

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2017

N° 213

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**DES de MEDECINE GENERALE**

Par

ALINE MERGEY

Née le 30 Juin 1987

à DIJON (21)

---

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2017

---

**« INTERET DU SITE INTERNET PREVENCLIC DANS LA  
PRATIQUE PREVENTIVE EN CABINET DE MEDECINE  
GENERALE EN LOIRE-ATLANTIQUE »**

---

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Madame le Docteur Clotilde DUCRET-PALLIER

## SERMENT MEDICAL D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## REMERCIEMENTS ...

**Au Professeur Remy SENAND**, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon Jury de Thèse et merci pour votre investissement au Département de Médecine Générale,

**Au Professeur Jean-Noël Trochu**, vous me faites l'honneur de votre présence à ce Jury, votre expérience permet de mieux juger mon travail. Je vous en suis extrêmement reconnaissante,

**Au Professeur Cécile Bouton**, pour votre enthousiasme à la proposition de participer à mon Jury. Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance,

**Au Docteur Clément Le Glatin**, pour avoir accepté de participer à ce jury et pour votre analyse de mon travail. Je vous en suis très reconnaissante,

**Au Docteur Clotilde Ducret-Pallier**, merci d'avoir accepté immédiatement d'être ma directrice de thèse alors que tu ne me connaissais pas et que tu n'avais jamais fait cela auparavant. Merci pour ta patience, ta disponibilité et tes conseils tout au long de ce travail de thèse. Sois assurée de ma sincère reconnaissance,

**A ma famille**, pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études, jusqu'au bout de ce travail (et dans les moindres recoins de la relecture !),

**A Antoine**, pour ton aide dans ce travail pour ta patience et ton soutien dans ces périodes de stress, tu as été pour moi un pilier sur lequel je pouvais me reposer,

**A tous mes amis de médecine**, pour leurs conseils, leur soutien, et pour toutes ces heures à débattre de la pratique médicale,

**A tous mes autres amis**, pour leur soutien, leurs encouragements et pour tous ces bons moments passés ensemble,

**Un grand merci aux médecins généralistes** ayant pris le temps de participer à cette étude, sans qui ce travail n'aurait pas été possible,

**Un grand merci également à M<sup>elle</sup> Lucie Mallogi**, interne en Santé publique, **et M<sup>me</sup> Brigitte Dessomme**, statisticienne, qui m'ont guidé et conseillé pour le travail sur mes données,

**Et à tous les autres** dont j'ai croisé la route lors de mes études de médecine : co-externes, co-internes, infirmières, médecins, qui m'ont permis d'évoluer, d'apprendre, de me perfectionner au fil de ces années et d'être ce que je suis actuellement.

## Liste des abréviations :

**OMS** : Organisation Mondiale pour la Santé  
**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
**EsPeR** : Estimation Personnalisée des Risques  
**CES** : Comité économique et sociale  
**CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs Salariés  
**InVS** : Institut de Veille Sanitaire  
**Eprus** : Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires  
**WONCA** : Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners  
**D.E.S** : Diplôme d'Etude Spécialisée  
**SFMG** : Société Française de Médecine Générale  
**CREDES** : Centre de Recherche et de Documentation en étude de la Santé  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine  
**ECOGEN** : Eléments de la Consultation en médecine GENérale  
**HTA** : HyperTension Artérielle  
**APS** : Agir pour la Promotion de la Santé  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**MSA** : Régime social de la population agricole  
**ROSP** : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique  
**LUSS** : Ligue des Usagers des Services de Santé  
**DMP** : Dossier Médical Personnalisé  
**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
**SOFRES** : Société Française d'Enquête par Sondage  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**ANSM** : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  
**MST** : Maladies sexuellement Transmissibles  
**AIDES** : Association de Lutte contre le Sida  
**CRAT** : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes  
**HON** : Health On the Net  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
**DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SERMENT MEDICAL D'HIPPOCRATE</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>7</b>  |
| I)    La Prévention .....   | 8         |
| 1) Définition .....   | 8         |
| 2) Législation.....   | 11        |
| II)   Prévention au cabinet de médecine générale.....   | 14        |
| 1) Place de la prévention dans la pratique de la Médecine Générale .....                      | 14        |
| 2) La position du médecin généraliste vis-à-vis de la prévention .....                        | 18        |
| 3) Outils à disposition des médecins pour la démarche préventive.....                         | 20        |
| 4) Et du point de vue des patients.....   | 27        |
| III)  Internet dans le milieu médical .....   | 28        |
| A) Internet et Santé.....   | 28        |
| 1) La E-santé.....  | 28        |
| 2) Utilisation d'Internet dans la recherche d'information sur la santé .....                  | 31        |
| 3) Apports positifs et négatifs d'Internet dans la recherche<br>d'information en santé.....   | 33        |
| B) Internet, promotion de la santé et prévention.....   | 37        |
| <b>MATERIEL ET METHODE</b> .....  | <b>42</b> |
| <b>RESULTATS ET ANALYSES</b> .....  | <b>50</b> |
| I)    Partie Descriptive .....  | 51        |
| A) Nombre de sujets et taux de réponse .....  | 51        |
| B) Caractéristiques des populations étudiées .....  | 51        |
| - Les Médecins .....  | 51        |
| 1) Caractéristiques de l'échantillon des médecins.....  | 51        |
| 2) Pratique préventive.....   | 53        |
| 3) Evaluation du site Prevencliv par les médecins .....                                       | 55        |
| 4) Opinion des médecins sur l'intérêt du site Prevencliv<br>dans la pratique préventive ..... | 57        |
| 5) Apport du site Prevencliv par rapport aux brochures.....                                   | 58        |
| 6) Retourneront-ils sur le site Prevencliv suite à cette étude ?.....                         | 59        |
| - Les Patients .....  | 59        |
| 1) Caractéristiques de l'échantillon des patients .....                                       | 59        |
| 2) Les patients et Internet .....   | 61        |
| 3) Avis sur les supports utilisés dans la prévention.....                                     | 62        |
| 4) Conséquences de la consultation portant sur la prévention .....                            | 63        |

|  |   |            |
|--|---|------------|
| II)  | Partie Analytique : Analyse des pratiques et de l'intérêt du site .....   | 64         |
| A)   | Utilisation du site Prevencliv .....  | 64         |
| B)   | Documents remis en fin de consultation issus du site Prevencliv .....   | 66         |
| C)   | Intérêt supplémentaire du site par rapport aux brochures selon<br>différentes variables.....                        | 68         |
| D)   | Avis des médecins concernant le site Prevencliv sur différents aspects<br>selon les différents thèmes évoqués ..... | 70         |
| <b>DISCUSSION .....</b>  |   | <b>73</b>  |
| I)   | Sur la Méthodologie .....   | 74         |
| 1)   | Validité Interne de l'étude .....   | 74         |
| 2)   | Validité externe de l'étude .....   | 74         |
| II)  | Sur les Résultats .....   | 78         |
| 1)   | La représentativité de l'échantillon des médecins.....  | 78         |
| 2)   | La représentativité de l'échantillon des patients .....   | 79         |
| 3)   | L'utilisation d'Internet par les patients .....   | 81         |
| 4)   | Le point de vue des médecins sur l'intérêt du site Prevencliv .....   | 81         |
| 5)   | Le point de vue des patients sur les supports .....   | 85         |
| 6)   | Sur l'analyse des pratiques .....   | 87         |
| -  | Thèmes de prévention évoqués .....  | 87         |
| -  | Utilisation du site .....   | 87         |
| -  | Remise des documents via le site .....  | 88         |
| 7)   | L'analyse de l'intérêt des médecins envers le site .....  | 89         |
| -  | De manière globale.....   | 89         |
| -  | Selon le thème .....  | 89         |
| III)   | Perspectives de développement.....  | 90         |
| <b>CONCLUSION.....</b>   |   | <b>92</b>  |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   |   | <b>94</b>  |
| <b>ANNEXES.....</b>  |   | <b>101</b> |
| Annexe 1 : Questionnaire Médecin .....                               |   | 102        |
| Annexe 2 : Tableau des consultations .....                           |   | 106        |
| Annexe 3 : Questionnaire Patient .....                               |   | 107        |
| Annexe 4 : Thèmes de prévention présents sur Prevencliv .....        |   | 109        |
| Annexe 5 : Boite Questionnaire patient-Brochures de Prévention ..... |   | 110        |
| <b>RESUME.....</b>   |   | <b>112</b> |

# **INTRODUCTION**

# **1) Prévention :**

## **1) Définition**

Le terme de prévention dérivant du latin *praeventio* qui signifie « action de devancer, de prévenir en avertissant », est un terme difficile à définir car très large.

« La prévention fait partie de ces concepts dont nous avons tous une connaissance intuitive mais qui finalement posent des difficultés dès lors qu'il s'agit d'en livrer une définition précise » [1].

La première définition de la prévention fut donnée par l'OMS en 1948 sous ces termes : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » [1]. C'est donc anticiper la survenue de maladie en limitant les causes potentielles.

En 2002, avec la loi du 4 mars, une autre définition en sort : « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. La politique de prévention tend notamment à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ; à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ; à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive; à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé et à développer également des actions d'éducation thérapeutique » [2,3].

Cette définition est la plus complète du concept de prévention, reprenant l'ensemble des pratiques de prévention.

La loi du 9 Août 2004 apporte un pendant supplémentaire à cette définition en y incluant la notion de consultation de prévention au cabinet de médecine générale [4]. De plus, elle resitue la prévention dans le champ plus large de la santé publique qui comprend toutes les dimensions de l'amélioration de l'état sanitaire de la population qu'elles soient curatives ou préventives.

En 2008, le rapport Flajolet ajoutait à cette définition le principe de « gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie » et de « participation active de la personne ou du groupe ciblé » [1].

La prévention se caractérise également en différentes classifications.

Celle de l'OMS est basée sur un aspect chronologique de la maladie :

*La prévention primordiale* : elle concerne l'éradication des facteurs de risques connus des maladies dans une population saine.

Ex: Elimination de la culture, de l'élaboration et du commerce de certaines substances (drogues dures, alcool, tabac).

1. *la prévention primaire* : elle vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire le nombre de nouveaux cas (l'incidence de la maladie). Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé (vaccination, nutrition, tabac par exemple).

2. *la prévention secondaire* : au début des symptômes, elle vise la réduction de durée d'évolution d'une maladie (la prévalence de la maladie) en intervenant au stade le plus précoce. Elle repose sur le diagnostic précoce de celle-ci grâce au dépistage : des cancers ou des facteurs de risque cardio-vasculaire par exemple.

3. *la prévention tertiaire* : une fois la maladie installée, elle vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et à prévenir les récurrences. Elle limite par conséquent, les incapacités et les handicaps secondaires à une pathologie aiguë ou chronique [1].

4. *la prévention quaternaire* : qui désignait initialement, en santé publique, l'accompagnement en fin de vie d'une population malade à un stade évolué de la maladie (soins palliatifs) et donc qui ne vise pas une amélioration de la santé.

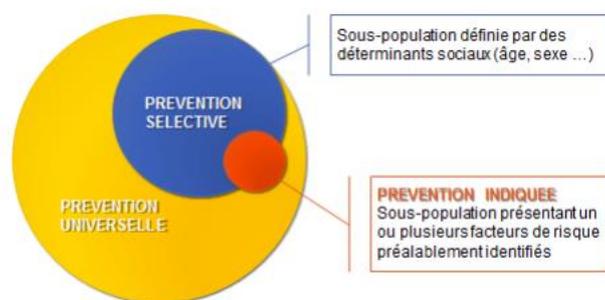
Une définition plus récente de la prévention quaternaire la considère comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation. Elle vise à protéger des interventions médicales invasives, et propose des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables comme pour le dépistage du cancer de la prostate. Elle a donc pour but d'éviter la iatrogénèse.

Ces démarches de prévention peuvent être individuelles ou collectives. Elles demandent une forte implication des individus et doivent amener à des changements de comportement [5].

Celle de RS Gordon en 1982 distinguait 3 types de prévention en se basant cette fois-ci sur la population cible des actions de prévention (figure 1) :

- *La prévention universelle*, destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé.
- *La prévention sélective*, en direction de sous-groupes de population spécifique (selon le sexe, l'âge, la profession..) donnés dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment).
- *La prévention ciblée ou indiquée*, fonction de sous-groupes de la population mais aussi fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à ce sous groupe (glycosurie chez les femmes enceintes par exemple) [1].

**Figure 1** : Les trois niveaux de prévention définis selon le modèle de Gordon



Et celle qui a été mise en évidence par le rapport Flajolet en fonction du type d'action :

- par les risques concernant le champ sanitaire
- par les populations avec le concept d'éducation pour la santé
- par les milieux de vie, rendus sains et favorables
- par les territoires, pour profiter de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations.

Ces différentes définitions et classifications montrent la difficulté à définir ce concept de prévention et son évolution, son enrichissement au cours des années.

Actuellement, l'INPES définit la prévention comme l'évaluation d'un mal probable (maladies, complications), l'élaboration d'un plan d'action contre ce mal et une décision pour prendre de court l'évolution spontanée des choses. En d'autres termes, la prévention a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences. Elle s'appuie sur les données épidémiologiques concernant les conditions d'apparition et de progression des maladies.

La prévention est à différencier de plusieurs autres concepts reliés les uns aux autres que l'on pourra être amené à voir par la suite, tels que la promotion de la santé, l'éducation à la santé ou l'éducation thérapeutique.

Lorsque des maladies liées au mode de vie ont fait leur apparition dans les années 50-60, il a été instauré le concept d'éducation à la santé. Il a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité [6].

En 1978, à Alma Atta (URSS), l'OMS et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance se réunissaient lors d'une conférence internationale pour définir la santé des soins primaires. Les concepts de prévention, d'éducation en faisaient partie intégrante : « les soins primaires comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention

et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels » [7].

L'éducation à la santé étant jugée par la suite insuffisante car une bonne santé ne se réduit pas à la seule absence de maladie ou d'handicap, le terme de promotion de la santé a été définie dans la Charte d'Ottawa en 1986 [8]. Elle a pour but de donner à la population les moyens de maîtriser et d'améliorer sa santé. Elle repose pour cela sur les trois piliers d'action suivants:

1. S'engager pour la santé en influençant les facteurs politiques, biologiques et sociaux,
2. Promouvoir les compétences dans le but de réduire les écarts de niveau de santé et de réaliser le potentiel de santé le plus grand possible,
3. Coopérer avec tous les acteurs au sein et en dehors du secteur de la santé.

La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé : elle ne se cantonne pas seulement à préconiser des modes de vie qui favorisent la bonne santé, elle vise le bien-être complet de l'individu. Promouvoir la santé veut ainsi dire élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, réorienter les services de santé, permettre à la population d'acquérir des aptitudes individuelles. Elle tient ainsi compte, au-delà des facteurs de risque de maladie, des autres déterminants de la santé soit le logement, le revenu, le travail, l'environnement social et familial qui influent également beaucoup sur la santé [6,8].

L'éducation thérapeutique désigne elle, un ensemble de pratiques visant à permettre au patient d'acquérir et de renforcer ses compétences sur sa maladie et ce qui en découle, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les soignants. Elle passe par des messages éducatifs au cabinet mais aussi par des stages ou des réunions organisés par des associations ou structures spécialisées : « Réseau Asthme » par exemple. Elle concerne aussi l'entourage du malade dans certains cas [6].

## 2) Législation

A la fin des années 1990, alors qu'antérieurement on prônait surtout le curatif, la prévention est redevenue un objectif des autorités de santé publique. Le rapport de la Conférence nationale de Santé de 1997 insiste sur « des priorités de santé axées sur la prévention des maladies chroniques les plus prévalentes et accessibles à des moyens de prévention scientifiquement démontrés efficaces » [9].

La loi du 4 mars 2002 crée un établissement public de l'État, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Il a pour missions « l'expertise en matière de prévention et de promotion de la santé et la mise en œuvre de programmes de santé publique pour le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire » [2,9].

En 2004, la loi du 9 août reprend la description des « programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités » en y ajoutant la notion de « consultation de prévention en médecine générale » et en précisant que « les

modalités de participation des professionnels de santé libéraux à la mise en œuvre de ces programmes sont régies par des contrats de santé publique prévus au code de la sécurité sociale » [4,9].

Cette loi est donc basée sur une volonté d'organiser une activité de prévention plus systématisée par les médecins généralistes avec un cadre et un contenu structurant. Un système d'aide informatique à la décision en prévention (Estimation Personnalisée des Risques : EsPeR) a même été créé dans ce cadre. Il permet de hiérarchiser les priorités de prévention chez un patient donné, et de lui proposer des actions de prévention en accord avec les données scientifiques actuelles. Il se base sur différents facteurs tels que les antécédents familiaux, les comportements du patient (tabac, alcool..), les caractéristiques cliniques et biologiques, la prévalence des maladies dans l'environnement, le calcul du risque cardio-vasculaire et des cancers [10].

Dans un même temps, la loi de 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie et la convention signée début 2005 sur « le parcours de soins et la coordination », précisent que le médecin traitant assure une relation de proximité avec ses patients. Ceci le situe « au cœur du développement de la prévention de la santé ». Par ailleurs, les orientations de gestion du risque adoptées en juin 2005 par l'Assurance maladie et complétées en septembre 2005, mettent « la prévention et l'information de l'assuré » comme l'un des cinq objectifs privilégiés pour les prochaines années [11,12].

**Tableau 1** : Les orientations en matière de Prévention (septembre 2005)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Contribuer à la mise en œuvre de la politique de prévention coordonnée par l'État en :<ul style="list-style-type: none"><li>- se mobilisant plus spécifiquement sur certains plans (parmi les 5) et sur plusieurs objectifs (parmi les 100)</li><li>- promouvant les programmes nationaux et régionaux qui les déclinent,</li><li>- favorisant la participation des professionnels de santé et des assurés (site ameli.fr, plateforme de service...).</li></ul></li><li>2. Développer des programmes personnalisés de prévention :<ul style="list-style-type: none"><li>- autour du médecin traitant et du « parcours personnalisé de prévention », - en favorisant la complémentarité entre médecin traitant et CES,</li><li>- en mettant l'accent aussi sur le domaine bucco-dentaire.</li></ul></li><li>3. Développer l'accompagnement des pathologies lourdes en :<ul style="list-style-type: none"><li>- favorisant une offre en éducation thérapeutique ciblant 5 pathologies (asthme, diabète, maladie cardio-vasculaire, insuffisance rénale et obésité).</li></ul></li><li>4. Lutter contre les inégalités de santé en :<ul style="list-style-type: none"><li>- évaluant les actions de l'Assurance maladie au regard de leur impact dans le champ des inégalités,</li><li>- réévaluant les actions et objectifs des CES dans ce domaine,</li><li>- expérimentant des dispositifs innovants et favorisant les recherches en sciences sociales en lien avec le Conseil scientifique de la CNAMTS.</li></ul></li></ol> |
|--|

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (H.P.S.T) promulguée le 21 juillet 2009 place la prévention et la santé publique comme objectifs prioritaires et un de ses principaux axes s'intitule « Prévenir avant d'avoir à guérir ». Elle définit un cadre d'action pour développer la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, la prévention par différents points :

- 1 – contribuer à l'offre de soins ambulatoires en assurant pour les patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé.
- 2 – orienter les patients selon leurs besoins dans le système de soins et le secteur médico-social.
- 3 – s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients soit effective.
- 4 – veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- 5 – assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- 6 – contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- 7 – participer à la permanence des soins [12].

En 2012, l'avis du conseil économique, social et environnemental publié dans le journal officiel du 14 février 2012, veut faire de la prévention une exigence de santé publique. Il veut la définir comme élément clé d'une meilleure gestion de la santé tout au long de la vie en donnant l'occasion à chacun d'être acteur de sa propre santé et souhaite pour cela, organiser de nouvelles approches de la prévention [5].

Les organismes de remboursement des soins étudient même le concept d'une consultation de prévention à des périodes clés de la vie qui ferait l'objet d'un remboursement.

Le 26 janvier 2016, a été promulgué la nouvelle loi santé [13]. Cette dernière fait de la prévention le cœur de notre système de santé :

- elle veut organiser le déploiement d'un parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée afin de permettre à chaque enfant et adolescent « d'apprendre à prendre soin de soi et des autres » et d'éviter les conduites à risque,
- elle instaure la désignation d'un médecin traitant pour les enfants de 0 à 16 ans afin d'avoir un suivi et de renforcer le dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage ou, plus tard, des conduites addictives,
- elle tend à créer de nouveaux outils pour lutter contre le tabagisme (paquets neutres, interdiction de fumer dans la voiture en présence d'enfants par exemple),
- elle veut améliorer l'information nutritionnelle par exemple sur les emballages de produits de consommation,
- elle veut combattre l'alcoolisation excessive des jeunes,
- elle encourage le dépistage des infections sexuellement transmissibles (développement des tests de diagnostic rapides et d'auto-tests),
- elle souhaite renforcer la réduction des risques, dont les usages de drogues (salles de consommation à moindre risque).

La même année, l'INPES, l'InVS et l'Eprus s'unissent pour devenir Santé Publique France créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et faisant partie de la loi de modernisation du système de santé.

La prévention prend donc progressivement une place capitale au sein de notre système de santé.

## **II) Prévention au cabinet de Médecine Générale :**

### **1) Place de la prévention dans la pratique de la Médecine Générale :**

Reprenons la définition européenne de la profession de médecin généraliste éditée en 2002 par l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes, WONCA (Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners) et réactualisée en 2005 ainsi qu'en 2011 :

*« Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend **la promotion de la santé, la prévention des maladies** et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » [14,15].*

Cette définition consensuelle de la médecine générale est déterminée selon onze critères dont deux concernent le domaine de la prévention :

- premier contact avec le système de soins,
- approche centrée sur la personne,
- mode de consultation personnalisée,
- continuité des soins dans la durée,
- coordination des soins,
- démarche décisionnelle spécifique,
- prise en charge simultanée,
- intervention au stade précoce et non différencié de la maladie,
- développement de la promotion et de l'éducation pour la santé,
- action spécifique en termes de santé publique et réponse globale aux problèmes de santé [16].

Par le D.E.S de médecine générale introduit en France par l'arrêté du 22 septembre 2004, les généralistes sont devenus des spécialistes en soins primaires. Leurs fonctions génériques sont définies par la loi de modernisation sociale n°2002-73 (article 60). Et certaines de ses nouvelles fonctions font référence à l'organisation ou à la participation à des actions en santé publique, à l'éducation du patient, à la promotion et à la gestion en santé. Ces fonctions semblent appropriées vu que le médecin généraliste se place au centre de la prise en charge du patient comme attesté par la loi du 13 août 2004 qui prévoit la coordination des soins autour du médecin traitant. Ce rôle central a été renforcé par l'Arrêté du 20 novembre 2004 avec l'élaboration du formulaire de « déclaration de choix du médecin traitant » [15].

De même, au Canada, suivant le Référentiel pédagogique des Compétences CanMeds de 2015 que doivent détenir les médecins spécialistes et généralistes, la « promotion de la santé » est également une des sept compétences attendues pour l'excellence de la pratique médicale. *« En tant que promoteurs de la santé, les médecins mettent à profit leur expertise et leur influence en œuvrant avec des collectivités ou des populations de patients en vue d'améliorer la santé. Ils collaborent avec ceux qu'ils servent afin d'établir et de comprendre leurs besoins, d'être si nécessaire leur porte-parole, et de soutenir l'allocation des ressources permettant de procéder à un changement »* [17].

En Belgique, plusieurs auteurs d'articles portant sur le rôle du médecin généraliste dans la prévention mettent en évidence le fait que le médecin généraliste en reste l'acteur majeur par sa relation propre avec le patient : *« L'approche globale du patient constitue ainsi un point fort de la médecine générale comme de l'éducation pour la santé du patient », « Le médecin suit ses patients sur plusieurs années, ce qui lui donne maints atouts en matière d'éducation pour la santé », « Il est en mesure d'assurer le lien entre l'individuel et la collectivité par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population au sein de laquelle il travaille. Il relaie, contextualise et personnalise les messages de santé publique de dimension collective en des messages individualisés, audibles par chacun car émis dans le langage de chacun, connu du médecin traitant. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués »* [16].

Le médecin généraliste étant le point central du concept de parcours de soins coordonnés, a ainsi une place privilégiée pour conduire des actions de prévention auprès des patients. L'éducation pour la santé fait donc partie intégrante de l'activité des médecins généralistes, que ce soit en termes de conseils, d'accompagnement, de prévention, de dépistage et de modifications de comportements.

Rappelons que même la législation prône le médecin généraliste comme acteur de la prévention en instaurant avec la loi de santé publique de 2004, le concept de « consultation de prévention » en cabinet de médecine générale [4].

De même, si on se base sur les motifs de consultation, l'enquête de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) en 1995 repris en 2007 dans un article de la revue *Medecine* et en 2009 dans le Baromètre Santé, met en évidence que le premier motif est l'HTA (13,68 % des séances), et en second, les vaccinations (8,35 %). L'hyperlipidémie vient au quatrième rang (6,13 %) et l'examen systématique en sixième avec 4,24 %. Ces quatre domaines

correspondent à peu près au tiers de l'activité (32,35 %) et sont des thèmes majeurs de prévention (risque cardiovasculaire, vaccination). Ceci confirme que la part de la prévention dans l'activité du généraliste est bien plus importante qu'il ne peut paraître de prime abord [18].

L'enquête du CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) en 2002 montre un passage des dépenses de prévention de 2,1 % à 7,5 % de la consommation médicale totale. Ces dépenses sont liées pour 40 % à la prise en charge des facteurs de risque, pour 44 % à la prévention et au dépistage des maladies, notamment dans le cadre d'exams systématiques, pour 8 % à la procréation et à la ménopause. On constate ainsi que la prévention représente 0,8 % des dépenses de soins hospitaliers, 8 % des dépenses de soins ambulatoires, et 15 % des dépenses de médicament [18].

Si on se concentre sur l'activité des médecins, selon le Baromètre Santé des Médecins Généralistes de 2009 de l'INPES édité en 2011, 97,6 % des médecins sont plutôt favorables ou très favorables à la vaccination, 59,1 % déclarent proposer une sérologie VIH aux patients ayant eu un changement dans leur vie affective. En ce qui concerne les addictions, 63,2 % abordent la question de la consommation du tabac, 23 % pour l'alcool et 7,8 % pour le cannabis. 95,3 % des médecins traitants apportent des informations et des conseils dans le cadre de maladies chroniques. On note également que 8,6 % font systématiquement et 25,1 % font souvent, eux-mêmes des activités éducatives. 45,2 % d'entre eux orientent vers d'autres intervenants pour des activités éducatives.

Plus de 98% des médecins déclarent que la prévention fait « tout à fait » ou « plutôt » partie de leur rôle pour les thèmes du tabagisme, de l'alcoolisme, de l'alimentation, de l'activité physique et du risque cardiovasculaire. 90,8% sont également d'accord pour le rôle qu'ils y jouent en ce qui concerne le thème du cannabis, et 79,7% dans le domaine de la vie affective et sexuelle [19].

Ces chiffres montrent donc l'implication importante des médecins généralistes dans le domaine de la prévention avec des variations selon le thème.

De même, le projet ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), premier recueil de données de consultation de médecine générale réalisé en 2014 lors d'une thèse, montrait que l'activité des médecins généralistes y était dominée par les situations de prévention (11,0 % sur 38 % des principaux thèmes de consultation), incluant la promotion de la santé, le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle non compliquée, dyslipidémie, diabète de type 2) (figure 2). La prise en charge des situations de prévention était initiée par le médecin généraliste dans 52,8 % des cas, alors qu'elle l'était dans 9,4 % des cas pour les autres problèmes de santé [20].

**Figure 2:** Top 10 parmi les 45 642 résultats de consultation du projet ECOGEN

| Code         | Rubrique  | n             | (%)            |
|--------------|---|---------------|----------------|
| A98          | Gestion santé/médecine préventive                   | 5 000         | (10,95)        |
| K86          | Hypertension non compliquée                         | 3 189         | (6,99)         |
| R74          | Infection aiguë des voies respiratoires supérieures | 1 969         | (4,31)         |
| T93          | Trouble du métabolisme des lipides                  | 1 691         | (3,70)         |
| A97          | Pas de maladie                                      | 1 235         | (2,70)         |
| P76          | Dépression  | 1 216         | (2,66)         |
| T90          | Diabète non insulino-dépendant                      | 1 093         | (2,39)         |
| R78          | Bronchite aiguë/bronchiolite                        | 697           | (1,53)         |
| P06          | Perturbation du sommeil                             | 669           | (1,47)         |
| T86          | Hypothyroïdie/myxoedème                             | 647           | (1,42)         |
| <b>Total</b> |   | <b>17 406</b> | <b>(38,14)</b> |

En 2015, dans l'étude ancillaire de ce projet ECOGEN portant uniquement sur les consultations préventives des médecins généralistes, la proportion médiane de consultations préventives par médecin pour les 148 médecins généralistes inclus était de 14,9 % [21]. Celle-ci variait de 0 à 78,3 % selon le médecin participant et était plus importante en zone urbaine [21].

Laperche, dans le cadre des 5èmes journées de la prévention à Paris de 2010, rappelle qu'en médecine générale, l'éducation du patient fait partie de l'approche thérapeutique en intégrant lors de soins curatifs des démarches de prévention (dépistage, conseils..) [16].

Toute consultation peu importe le motif peut conduire au domaine de la prévention. Les consultations pour un motif aigu même si elles peuvent être trop ciblées par leur raison elle-même peuvent amener à discuter de certains thèmes de prévention. Par exemple, un patient venant pour un lumbago peut être à même d'entendre des conseils sur l'hygiène de vie concernant l'activité physique, un épisode viral de la sphère ORL (ortho-rhino-laryngée) peut amener à discuter du tabac et de ses effets néfastes sur la guérison ou de l'inutilité des antibiotiques à cette étape là.

Les consultations pour certificat semblent être le moment le plus propice à faire de la prévention car on a plus de temps et on bénéficie d'une plus grande attention de la part du patient qui ne vient pas chercher une réponse précise. De même, ce motif de consultation est intergénérationnel et nous permet un contact avec différentes populations. Différents sujets peuvent être ainsi abordés : l'alimentation, le tabac, les troubles du sommeil. Rappelons le questionnaire pour les adolescents : TSTS (traumatisme, stress, tabac, sommeil) que l'on fait lors d'une consultation de certificat de sport pour un adolescent afin de déceler un mal être, et qui en est une excellente preuve.

On sait que 95,3 % des patients ont une maladie chronique et consultent pour celle-ci dans le cadre de renouvellement de médicaments entre autre. Pour ces patients, on doit faire un travail d'éducation thérapeutique qui leur permettrait d'acquérir des compétences afin de mieux

comprendre leur maladie et de pouvoir la prendre en charge de manière active. De même, la consultation pour le renouvellement peut être l'occasion de refaire un point sur les vaccinations, les dépistages des différents cancers (sein, col de l'utérus, colorectal). Souvent, les médecins intègrent des rappels dans leur logiciel pour ne pas oublier cet aspect là.

De même, même si la demande de soins de la part des patients reste la plus fréquente en consultation, ils sont de plus en plus dans une recherche de démarche préventive : « je suis en bonne santé et je souhaite y rester ».

On note donc bien de manière générale, le rôle de promotion, d'éducation pour la santé et de prévention que le médecin généraliste détient [16].

## 2) La position du médecin généraliste vis-à-vis de la prévention :

Si on reprend les données du « Baromètre Santé des Médecins Généralistes » de 2009, 98% des médecins considèrent avoir un rôle dans la prévention concernant plusieurs thèmes comme le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique, le risque cardiovasculaire et l'alcoolisme. Par contre, seulement 79,7 % pensent l'avoir dans le domaine de la vie affective et sexuelle [19].

Il apparait donc que malgré le rôle évident du médecin de famille dans la prévention du fait de sa proximité avec le patient, certains sujets de prévention restent difficiles à aborder pour les médecins. Ainsi, ils osent moins parler de la vie sexuelle et affective pour 58,7 % d'entre eux, et des drogues illicites pour 57 % d'entre eux [22]. 60,4 % sont également moins à l'aise concernant le suivi de patients alcooliques, et délèguent alors plus facilement aux organismes adaptés, de même pour les opiacés. La prévention du tabac et celles concernant l'alimentation et l'activité physique semblent être les domaines posant le moins de souci [22].

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité des médecins dans l'éducation thérapeutique, prenons les trois principales maladies chroniques : asthme, diabète, HTA. Plus de la moitié (56,5 %) se sentent efficaces pour les trois maladies. Ce sentiment est en diminution par rapport à 2003 où le sentiment d'efficacité était de 66 %, probablement lié au nombre croissant de patients et au manque de temps résultant de plannings chargés. 41,5 % se sentent efficaces pour une ou deux de ces maladies et 2 % se sentent inefficaces [19]. Ce sentiment d'efficacité augmente si les médecins ont fait une formation en éducation pour la santé ou si ils jugent avoir suffisamment de collaboration avec des spécialistes [23].

On note également que malgré l'importance de la prévention dans notre société, il n'est pas toujours évident d'en faire au cabinet par manque de temps. Ecouter le patient, s'enquérir de ses connaissances, de ses appréhensions et de ses peurs, adapter ses messages de prévention en fonction du patient qui se trouve en face de nous, revenir sur des messages de prévention. Tout cela nécessite du temps qu'il ne faut pas sous-estimer et qui est difficile à prendre pour des médecins déjà débordés [16,23].

On retrouve ce même constat dans le « Baromètre Santé des Médecins Généralistes », avec 91,4 % des médecins qui pensent que davantage de temps permettrait d'assurer un meilleur rôle dans la prévention (figure 3) [19].

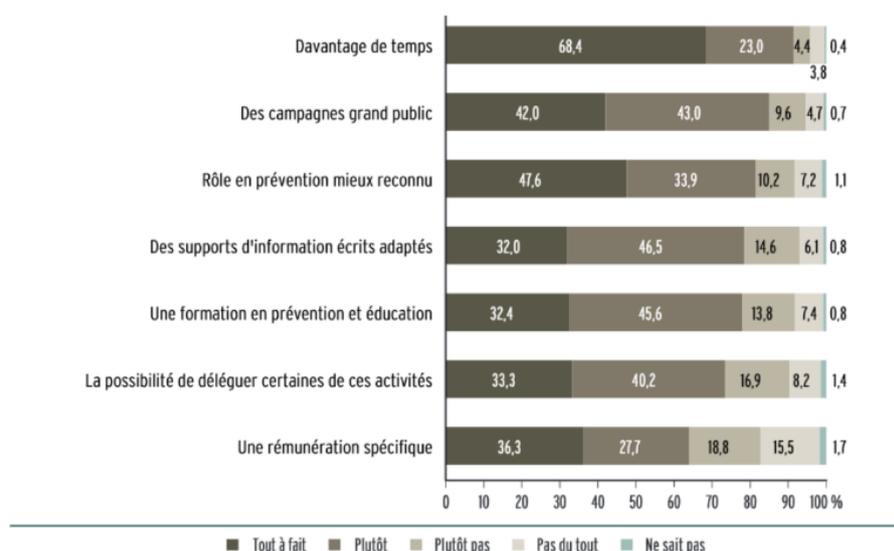
L'évolution vers la prévention de notre activité suppose par ailleurs le développement de connaissances médicales ciblées dans le champ de la prévention et du dépistage, et sur des compétences de communication et de négociation différentes de celles que l'on peut apprendre en situation de soins curatifs ou d'urgence. Plusieurs études qualitatives ont montré le besoin de formation à la prévention et au dépistage exprimé par des médecins généralistes de différentes nationalités et leur ressenti d'inefficacité à obtenir des patients la modification de leurs habitudes alimentaires, de leur exercice physique ou de leur consommation de tabac ou d'alcool [22,23].

Ainsi dans le Baromètre Santé, pour 78 % des médecins généralistes questionnés, avoir une meilleure formation sur ce thème leur permettrait une meilleure action en termes de prévention [19].

Autre élément favorisant les pratiques de prévention selon les médecins sont les supports d'information écrits et les campagnes de prévention grand public à hauteur respectivement de 78,5 % et 80 % (figure 3).

On remarque que l'argument de la rémunération spécifique n'est pas celui mis le plus en avant par les médecins (64 %) (figure 3).

**Figure 3 :** Eléments permettant de mieux remplir les missions de prévention et d'éducation. Baromètre santé médecin généraliste 2009 [19].



Ainsi malgré certains thèmes de prévention, le médecin généraliste se sent globalement à la hauteur des missions de prévention et plutôt investi. Leur frein principal reste le temps à y

accorder lors des consultations à la vue de leur planning chargé. Il faut ainsi que les moyens leur permettant d'accomplir leur mission de prévention soient le plus efficaces possibles.

Dans la thèse du Dr Ducret Pallier de 2015, portant sur l'intérêt porté par les médecins généralistes sur la prévention, sur 46 médecins interrogés, 45,7 % n'étaient « pas d'accord » pour dire qu'ils disposaient de tous les moyens nécessaires pour faire de la prévention et aucun n'était « tout à fait d'accord » pour dire d'en disposer [24].

Mais quels sont les moyens mis à disposition pour faire de la prévention au sein du cabinet de médecine générale à l'heure actuelle?

### 3) Outils à disposition des médecins pour la démarche préventive :

- Dossier médical, Logiciel métier, Tableau de bord de suivi

En effet, un dossier médical bien tenu, à jour, permet de faciliter la pratique préventive par le recueil systématique des antécédents, des facteurs de risques, des vaccinations, des examens complémentaires et des consultations de spécialistes. Ces différentes données nous permettent d'avoir une vision globale et actualisée du patient.

Certains logiciels métiers, en plus de centraliser toutes les données du patient avec la réception et l'intégration des comptes-rendus de consultation et des bilans biologiques dans le dossier, contiennent des rappels pour différents éléments préventifs : la vaccination, le dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein ou colo-rectal, aidant ainsi le médecin dans sa démarche préventive. Les courbes de poids, de suivi tensionnel aident également en ce sens.

De même, certains logiciels comme Eo proposent des tableaux de bord de suivi pour le diabète et l'HTA avec des alarmes nous indiquant à quel moment nous devons refaire des tests biologiques ou cliniques.

- Supports papiers : Affiche, brochure, plaquettes

La recherche de meilleurs supports est un critère important pour les médecins généralistes afin de faciliter leur mission. On note un manque d'accès à des outils pratiques comme on pourrait en trouver pour l'aide au diagnostic, à la thérapeutique, à la surveillance [19].

Au sein d'un cabinet, en termes de supports relayant les idées de prévention, on retrouve les affiches dans la salle d'attente, les documents disposés à l'entrée du cabinet ou ceux donnés par le médecin généraliste lors d'une consultation. Ces documents reprennent des grands thèmes de prévention. Ils existent sous différentes formes (livre, brochure, plaquette, carte, mémo) et sont déclinés de différentes façons en fonction de la catégorie d'âge ou de la catégorie sociale (avec adaptation du langage).

La brochure de prévention représente une forme de communication particulière du discours de prévention. Trouvée dans la salle d'attente ou donnée par le médecin, elle permet de donner

au patient un message sur la santé de manière réduite, simple et agréable à lire. Elle est le témoin d'une volonté de modifier ses habitudes afin d'améliorer sa santé [25].

Mais les affiches ou les documents laissés à l'entrée ne suffisent pas à faire correctement intégrer les messages de prévention au patient, il manque le relationnel. Cela a toujours plus d'impact si ceux-ci sont donnés dans le cadre d'une consultation avec une relation médecin-patient permettant la discussion. Mais on en revient à la limite du temps, les agendas bien remplis ne permettent pas toujours qu'on décortique les thèmes de prévention avec le patient surtout lorsque les sources sont aussi multiples (papiers, numériques..). De plus, on peut imaginer que dans notre société actuelle en perpétuel mouvement où tout doit être rapide et facilement accessible, les sources papiers (brochures, affiches, plaquettes..) ont tendance à devenir obsolète. Les patients peuvent les perdre ou les mettre à la poubelle car trop encombrant, ou pas à disposition au moment souhaité. Même pour les médecins, la multiplicité des supports papiers peut être un désavantage. Le stock n'est pas toujours facile à renouveler, il prend de la place et il faut tous les connaître pour pouvoir les présenter au mieux et à la catégorie d'âge adapté.

- Internet :

Internet peut être en partie une solution car il permet une centralisation et une disponibilité des données en chaque instant.

En effet, plusieurs sites, chacun traitant d'un seul thème de prévention, sont accessibles au patient. On peut ainsi citer : Tabac Info Service ou Alcool Info Service pour les addictions, « goubliémapilule » ou « choisirsacontraception » pour le thème de la contraception, « mangerbouger » en ce qui concerne la nutrition et l'activité physique.

Il existe aussi des sites où sont regroupées des informations sur différents thèmes de prévention, comme sur les sites de l'INPES (actuellement Santé Publique France), d'Ameli Santé ou de l'HAS entre autres. Le site d'Ameli Santé donne des renseignements plutôt à destination des patients, sur différentes pathologies telles que leur définition et les facteurs de risque associés, les conseils et les traitements adaptés, ainsi que leur prévention. On retrouve ces informations dans l'encart « Santé » dans la partie « Assuré ». Elles sont classées par ordre alphabétique. A destination des praticiens, peu de thèmes sont traités. L'INPES, lui, à destination des praticiens et des patients, offre un accès à différents supports (brochure, affiche, dépliant, coffret pédagogique par exemple) traitant l'ensemble des thèmes de prévention dans l'onglet « Espace Thématique ». Les informations se retrouvent en rentrant le thème, la catégorie d'âge, le support et le public visé. Le site de l'HAS, plutôt réservé aux praticiens, met à disposition des outils, des guides ainsi que des recommandations de bonne pratique pour quelques thèmes de prévention en allant sur les encarts « Evaluation et Recommandation » ou « Outil, Guides et méthodes » et en recherchant l'intitulé qui nous intéresse. Mais que ça soit les uns ou les autres, l'accès aux différents documents n'est pas très ergonomique et rapide. Cela nécessite beaucoup de clic et une attention soutenue pour lire les différents encadrés, donc peu compatible avec la pratique du cabinet où l'efficacité alliée à la rapidité est de mise au vu des plannings chargés.

En juin 2015, a également été conçu un site internet, mais uniquement réservé aux médecins, où sont recensées les recommandations actuelles concernant la prise en charge non médicamenteuse des cinq principaux facteurs de risque cardiovasculaire. Ce site, Prevendoc, à but préventif, contient différents questionnaires par facteur de risque et des propositions d'ordonnance de conseil en fonction des réponses.

Les médecins ont comme rôle de guider les patients vers ces sites d'information et de conseil en santé publique. Ils peuvent également les utiliser comme support lors de consultation. Mais, il existe beaucoup de sites internet concernant la prévention, et il n'est pas chose aisée de tous les connaître. Et cela peut parfois prendre du temps de les rechercher lors d'une consultation.

Prevencliv, site recensant une grande partie de la documentation de l'INPES, a ainsi été créé en 2015 dans le but d'en centraliser les principaux et d'avoir accès à différents supports tels que des questionnaires, des brochures par exemple de manière rapide et efficace pour les praticiens.

- Médiatisation ou Campagnes Grand Public :

En effet, les médias par la télévision ou les journaux, permettent du fait de leur grande diffusion, d'émettre des informations et des conseils en prévention à une large part de la population via des publicités, des émissions ou encore des articles.

Mais cela reste un outil surtout adapté pour des informations générales sur différents thèmes de la prévention mais pas pour des conseils spécifiques et adaptés à chacun.

- Entretien Motivationnel- Intervention brève

Notons tout de même que montrer une brochure ou un site internet, ne suffit pas à faire de la prévention correctement. Il y a aussi la relation médecin-patient, la discussion qui va en découler qui possède un rôle important. L'approche du médecin pour modifier les habitudes du patient peut passer par une intervention brève, concept tiré de l'entretien motivationnel.

En effet, on peut se rendre compte que certaines attitudes du médecin ne marchent pas auprès des patients pour l'aider dans son changement de comportement. Au contraire, on pourrait même créer plutôt des résistances dans ce cas. La menace, le blâme ou le jugement renforcent les excuses, les justifications de la part du patient. Les arguments scientifiques de l'avis expert et une attitude directrice en cherchant à convaincre de l'utilité du changement entraînent un accord passif sans effet réel. La simple prise de parti ou être trop pressé sans prendre en compte le rythme du patient sont autant de mauvaises façons d'accompagner un changement [26].

L'entretien motivationnel et l'intervention brève sont de bonnes approches afin d'amener le patient à un changement de comportement.

L'entretien motivationnel est une technique psychothérapeutique pour aider le patient à résoudre son ambivalence face à un comportement problématique pour le conduire au changement. Il a d'abord été utilisé dans le cadre de l'addiction à l'alcool puis s'est étendu au port du préservatif, à l'observance médicamenteuse dans les maladies chroniques, au sevrage

tabagique, aux règles hygiéno-diététiques dans les maladies cardio-vasculaires [27]. Ce concept a été instauré par S. Rollnick et W. Miller. L'entretien motivationnel se focalise sur les premières étapes du changement décrit par le cycle de Prochaska et Di Clemente (**pré-contemplation, contemplation**, décision, action, consolidation, rechute).

Il est centré sur l'intérêt et les préoccupations actuelles du patient. Il est basé sur un climat de non jugement, du respect de l'autonomie du patient et de partenariat pour aider le patient. L'entretien s'appuie sur certains outils de communication : les questions ouvertes, la reformulation-reflet, la valorisation, l'incitation aux déclarations motivationnelles et les résumés. On cherche par cet entretien à renforcer également le sentiment d'efficacité personnelle, à montrer au patient qu'il est capable de surmonter les obstacles et de réussir son changement [26, 28, 29].

L'intervention brève, elle, consiste en l'évaluation des comportements de santé du patient, en l'apport de conseils auprès du patient en fonction de ses besoins pour ensuite aboutir sur un accord d'objectifs réalistes en l'aidant à s'appuyer sur les ressources nécessaires, à surmonter les obstacles et à organiser le plan d'action et le suivi. Elle se déroule en plusieurs étapes qui ne sont pas à chaque fois indispensables et ne doivent pas être forcément suivies dans un ordre chronologique, mais elles permettent de structurer [30] :

*L'agenda* : avoir l'accord du patient, définir le comportement à discuter.

*Evaluer l'ambivalence* : explorer l'ambivalence afin de faire surgir du discours un changement, comprendre le vécu avec les croyances, les représentations, les connaissances et expériences antérieures (avantages et désavantages de son comportement), quantifier la consommation si nécessaire.

*Aviser, conseiller* : informer en respectant les 3 phases : explorer les connaissances et le questionnement du patient, informer en répondant spécifiquement à ses besoins et questions, vérifier sa compréhension et son opinion concernant ces informations.

*Accord* : définir ensemble des objectifs en précisant la 1ère étape.

*Aider* : clarifier et valoriser les ressources internes et externes (réseau, entourage, qualités..), anticiper les barrières (échecs antérieurs, manque de confiance en soi) en valorisant l'essai car le patient peu confiant peut développer des mécanismes de défense.

*Arranger* : Définir les modalités de suivi, définir les méthodes d'évaluation des résultats et les échéances [30].

Ainsi la transmission d'un message clair et adapté de prévention résulte d'un ensemble de facteurs : en premier lieu d'une bonne formation et d'une bonne technique d'approche de la part des professionnels de santé et en deuxième lieu, de bons outils sur lesquels s'appuyer.

- Développement professionnel continu

Selon l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 du code de Santé Publique, le développement professionnel continu des professionnels de santé constitue une obligation que chacun doit satisfaire, en participant chaque année à un programme [31].

La formation des médecins généralistes à la prévention fait partie de ces programmes de développement et présente un atout majeur pour la pratique préventive au cabinet. Il est

important d'apprendre au médecin à faire passer des messages de prévention à leurs patients avec des méthodes de communication adaptées.

On a également pour cela les Diplômes Universitaires dédiés à l'éducation pour la santé, la promotion de la santé et l'éducation thérapeutique du patient accessibles dans 23 des 37 Universités de Médecine Française.

Il existe aussi dans la formation française, des Masters dédiés à ce domaine précis.

On retrouve également les démarches associatives permettant de former les médecins, comme les campagnes de prévention initialisées par l'association APS « Agir pour la Promotion de la Santé » auprès de médecins généralistes dans les régions Loire Atlantique, Maine et Loire et Vendée entre 2005 et 2011 (à l'origine du projet de Prevenclis). Elles portaient sur 13 grands thèmes de la prévention. L'association guidait les médecins généralistes par des conseils et de la documentation dans leurs démarches préventives.

- Consultation dédiée :

En effet, on pourrait imaginer des consultations uniquement dédiées à la prévention. Mais, on constate que les patients viennent rarement voir le médecin pour uniquement parler de prévention (3.3% de l'ensemble des motifs de consultation du patient selon les données d'une thèse en 2015) [21]. Ils ont l'habitude de prendre un rendez-vous quand ils ont un problème médical aigu à gérer, mais ils sont peu investis par la démarche de prévention. Devant ce constat, on suppose donc que ces consultations peuvent être suggérées par un organisme social ou par le médecin.

A noter, dans l'étude ancillaire du projet ECOGEN portant sur les activités préventives opportunistes des médecins généralistes de 2015, 77,9 % des 8032 consultations à caractère préventif étaient à l'initiative des médecins et 22,1 % étaient à l'initiative des patients [21].

Depuis les ordonnances de 1945, créant le système de protection sociale français, chaque assuré peut bénéficier gratuitement tous les cinq ans d'un bilan de santé complet à visée préventive selon l'article L321-3 du Code de la sécurité sociale. Cette consultation dédiée est assurée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans les centres d'Examen Santé. Et si une anomalie est retrouvée, une consultation gratuite est proposée chez le médecin généraliste.

De même, la MSA (Régime social de la population agricole) rembourse intégralement à hauteur d'une C+C/2 une consultation de médecine préventive à 16 ans. L'adolescent remplit un questionnaire avant de voir le médecin, orienté sur la prévention afin de préparer la consultation. Le médecin lui, au cours de l'examen, doit remplir un dossier portant sur l'état physique, émotionnel et relationnel du patient. Différents thèmes de prévention sont ainsi évoqués : addiction, MST, activité physique, nutrition, état psychique, sommeil par exemple.

Il existe donc grâce aux organismes sociaux des possibilités de consultations dédiées mais ceci reste à approfondir.

- Rémunération spécifique existante

Ré-évoquons le problème du temps qui est un facteur limitant de la prévention en cabinet de médecine générale. Certains médecins pensent que si la prévention faisait partie d'une rémunération spécifique, celle-ci serait déjà plus favorisée.

Une thèse de 2015 portant sur les activités préventives des médecins généralistes (étude ancillaire du projet ECOGEN) mettait en évidence une durée de 17.8 minutes pour les consultations incluant de la prévention contre 16.5 minutes pour les autres consultations n'en incluant pas [21]. On constate donc que la réalisation de soins préventifs rallonge le temps des consultations. Or dans une médecine où le paiement à l'acte prime, cette constatation entraîne forcément un impact financier. C'est dans ce contexte là que le paiement à la performance a toute son importance, apportant une rémunération complémentaire aux médecins sous condition qu'ils remplissent certains critères de santé publique.

En 2009, l'assurance maladie instituait le CAPI (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles), évaluant la qualité des pratiques avec des indicateurs dans trois domaines principaux: la prévention et le dépistage, les maladies chroniques et l'optimisation de la prescription [32].

Avec la nouvelle convention médicale en 2012, les indicateurs ont été repris et complétés dans le cadre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Chaque médecin choisit librement ses indicateurs (entre 1 et 4) en fonction de son type d'exercice, et est ainsi rémunéré selon l'atteinte de ses objectifs. La base de la rémunération est fondée sur une patientèle de 800 patients par médecin (moyenne actuelle de 1000 patients) et dépend de la réalisation totale ou partielle des objectifs et du taux de progression. La formule de calcul de la rémunération est :  $\text{nombre de points} \times \text{valeur du point (7euros)} \times \text{nombre de patients} / 800 = \text{rémunération annuelle}$ . Il existe 4 types d'indicateurs dont un concernant la prévention et la santé publique. Celui-ci intègre 8 points (entraînant une rémunération à hauteur de 1750 euros): le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, la prescription de vasodilatateurs et des benzodiazépines chez les personnes âgées, la vaccination antigrippale, le volume de prescription des antibiotiques (hors ALD et âges extrêmes) (Tableau 2).

**Tableau 2 :** Indicateurs de la ROSP de 2012 :

| THEME   | INDICATEURS   | POINTS     |
|---|---|------------|
| INDICATEURS D'ORGANISATION DU CABINET           | Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle   | 75         |
|   | Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié   | 50         |
|   | Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices  | 75         |
|   | Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé   | 150        |
|   | Affichage dans le cabinet et sur le site ameli.fr des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients | 50         |
|   | <b>TOTAL</b>  | <b>400</b> |
| INDICATEURS DE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES | Nombre de dosages de l'HbA1   | 30         |
|   | Résultats du dosage de l'HbA1 c < à 8,5 X   | 15         |
|   | Résultats du dosage de l'HbA1 c < à 7,5 %   | 25         |
|   | Résultats du dosage de LDL < 1.5 g/l  | 10         |
|   | Résultats du dosage de LDL < 1.3 g/l  | 25         |
|   | Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)   | 35         |
|   | Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine   | 35         |
|   | Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose   | 35         |
|   | Résultats de la mesure de la pression artérielle  | 35         |
|   | <b>TOTAL</b>  | <b>250</b> |
| INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTÉ PUBLIQUE  | Vaccination antigrippale des 65 ans et plus   | 20         |
|   | Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD  | 20         |
|   | Dépistage du cancer du sein   | 35         |
|   | Vasodilatateurs   | 35         |
|   | Benzodiazépines à demi-vie longue   | 35         |
|   | Durée de la prescription des benzodiazépines  | 35         |
|   | Dépistage du cancer de l'utérus   | 35         |
|   | Usage pertinent de l'antibiothérapie 35   | 35         |
|   | <b>TOTAL</b>  | <b>250</b> |
| INDICATEURS D'EFFICIENCE                        | Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotiques  | 60         |
|   | Prescriptions dans le répertoire d'IPP (inhibiteurs de la pompe à protons)  | 60         |
|   | Prescriptions dans le répertoire de Statines  | 60         |
|   | Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs  | 55         |
|   | Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs  | 55         |
|   | Ratio IEC/IEC + sartans   | 55         |
|   | Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires                             | 55         |
|   | <b>TOTAL</b>  | <b>400</b> |

La valeur du point a est fixé à 7 €

On a également la rémunération en fonction du nombre de tests de dépistage du cancer colorectal (Hémocult®) réalisé.

En Belgique, où la prévention a une place importante dans l'exercice médical, il existe un acte côté pour la consultation de prévention, intitulée le DMG+ (volet préventif du dossier médical global pour les patients âgés de 45 à 75 ans). Cet acte est remboursé à 100% chaque année civile et sa valeur était fixée en 2012 à 10,29 €. Le médecin s'engage dans ce cas, à parcourir les 10 items contenus dans le DMG+ avec son patient sur une période de 3 ans. Ces items regroupent l'évaluation de l'état général (activité physique, alimentation, tabac, alcool), l'évaluation du risque cardiovasculaire global, les dépistages du cancer colorectal, du sein, du col de l'utérus, les vaccinations DT, grippe et pneumocoque, le dépistage du diabète de type 2 pour les groupes à risque, le dépistage de l'insuffisance rénale pour les groupes à risques, le dosage des lipides chez les plus de 50 ans tous les 5 ans, le dépistage de la dépression [33].

Le retour d'expérience de la ROSP française montrait une plus value de ce système de rémunération pour les 3 types d'indicateurs ne concernant pas la prévention, avec une amélioration de l'organisation du cabinet ou un bon suivi des maladies chroniques par exemple. Par contre, il existait des résultats encore peu visible pour la prévention. De plus, les 8 points de la prévention ne représentaient pas une large part des thèmes de prévention mais étaient au contraire, assez restreints et peu pertinents dans un objectif d'amélioration des soins.

Ainsi, une nouvelle ROSP a été éditée en 2016 avec cette fois ci 12 points pour la prévention au lieu de 8. Elle inclue maintenant les addictions (tabac, alcool), la pratique prescriptive des antibiotiques, le dépistage du cancer colo-rectal en espérant ainsi une amélioration de la promotion de la prévention au cabinet [34].

Une rémunération spécifique et bien cadrée peut ainsi apparaître comme un élément favorable à la réalisation de prévention au cabinet.

#### 4) Et du point de vue des patients :

Les patients s'intéressent de plus en plus à leur santé. Selon une étude de l'INSEE, 84 % des Français se préoccupent de leur alimentation qu'ils considèrent équilibrée, 40 % déclarent exercer une activité « sportive » régulière. De même, ils participent au dépistage des cancers à hauteur de 69% pour le cancer du sein, de 85% pour le cancer du col, et de 24% pour le cancer colorectal [35].

Aux USA, sur 1 203 personnes interrogées sur l'intérêt d'un examen médical annuel, 63 % l'estiment nécessaire. Plus de 90 % pensent que le médecin doit alors discuter des problèmes d'alimentation, d'exercice physique, de tabac et d'alcool. 90 % en attendent un examen clinique (cœur, poumons, réflexes, prostate), une prise de TA, moins de 80 % un examen de la vue et de l'audition. Divers examens complémentaires sont demandés : frottis cervical (75 %), mammographie (71 %), PSA (65 %), cholestérol (65 %), glycémie (41 %), analyse d'urines (40 %), Hemocult (39 %), radiographie thoracique (36 %) [36].

Ainsi, les patients semblent favorables à une médecine de prévention.

Pour diffuser de manière efficace des messages de prévention et faire en sorte que les patients soient réceptifs à ces messages, il faut en priorité s'enquérir de ce que souhaite le patient, savoir ce qu'il recherche dans la prévention.

La Luss (Ligue des usagers de service de santé), via son rôle de fédération francophone d'associations de patients, a pu mettre en évidence pour «Santé pour tous» un certain nombre d'attentes de la part du patient et de recommandations pour le médecin dans ses activités de prévention [16].

Les messages de prévention ont plus de chance d'être assimilés s'ils répondent à une préoccupation du patient au moment où ils sont diffusés. Face à différents thèmes de prévention, le patient sera plus réceptif à celui qui directement le concerne à ce moment-là de sa vie. Ce n'est peut-être pas d'arrêter de fumer qui le préoccupe maintenant malgré sa bronchite, mais plutôt une crainte du cancer colorectal parce qu'un membre de son entourage vient justement d'apprendre qu'il doit y faire face. Il paraît opportun de partir des souhaits des patients, de leurs questionnements pour que les messages de prévention atteignent leur objectif. Cela nécessite, pour le médecin, de bien connaître le patient pour respecter son rythme et savoir à quel moment intervenir. Certains messages de prévention n'ont pas d'impact sur le patient, soit parce qu'ils n'arrivent pas au bon moment, soit parce qu'ils sont

perçus comme culpabilisants. Le patient peut alors ressentir les messages de prévention comme intrusifs et refuser de donner des informations ou minimiser ses comportements.

Un dialogue, un échange, une valorisation des comportements positifs déjà mis en œuvre, favorisent une meilleure appréhension des messages de prévention. Le patient est demandeur d'une information exprimée dans un langage compréhensible pour lui et adaptée à sa situation (lorsqu'on a recours aux portages des repas, le message standard «5 fruits et légumes par jour» pourrait paraître décalé pour le patient).

Bien informer, c'est personnaliser son message en fonction de la personne que l'on a face à soi, tenir compte de son contexte, de ses particularités. C'est également partir de ce que le patient connaît déjà, vérifier ses représentations et éventuellement les rectifier et s'assurer de la bonne compréhension et interprétation du message. Il s'agit également de ne pas sous-estimer la capacité de compréhension du patient et de ne pas omettre de donner des informations. Le patient a besoin d'être écouté, entendu dans ses attentes et ses préoccupations. Il a besoin de se sentir considéré comme un réel partenaire dans la prévention pour pouvoir en être également un acteur [16].

Les patients attendent que leur médecin généraliste adopte une position proactive en matière de prévention [37]. Ils accordent aussi une grande importance à la communication avec le médecin quant à la décision de pratiquer ou non un acte préventif [38].

Dans une étude européenne portant sur le point de vue des patients sur la prévention de la nutrition et de l'activité physique, 33 % des patients déclaraient préférer être informés par une brochure, et un tiers directement par leur médecin généraliste. Les autres étaient partagés entre le conseil d'un spécialiste et la discussion en groupe, ou n'ont pas répondu. 37 % de l'ensemble des patients ont déclaré ne jamais avoir évoqué ces sujets avec leur médecin généraliste alors que respectivement, 87 % et 83 % des patients considéraient la nutrition et l'activité physique comme élément important d'une bonne santé. 48 % estimaient vouloir modifier leurs habitudes alimentaires et 51 % pensaient devoir augmenter leur activité physique [39].

Ainsi, les patients comptent sur leur médecin généraliste pour les conseiller, les guider en terme de prévention et cela de manière adaptée à leurs attentes, à leurs besoins.

### **III) Internet dans le milieu médical :**

#### **A) Internet et Santé :**

##### **1) La E-santé :**

Trouver d'autres façons de soigner semble primordial du fait du vieillissement de la population qui entraîne une augmentation des maladies chroniques, une majoration des dépenses de santé, une hyperspécialisation de la médecine et une désertification médicale.

Ceci est valable pour les soins curatifs mais aussi dans le domaine de la prévention.

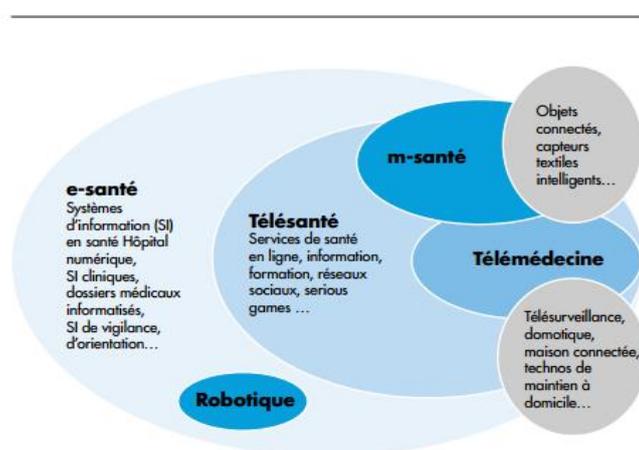
La solution peut être trouvée en la **E-santé**, soit l'application des technologies de l'information et de la communication à l'ensemble des fonctionnalités qui impactent sur la santé des citoyens et des patients. Elle a pour but de faciliter et d'améliorer la prévention, le diagnostic, le traitement et le suivi médical ainsi que la gestion de la santé et du mode de vie [40,41]. Ce terme a été utilisé pour la première fois en 1999 lors du 7e congrès international de télémédecine.

Que regroupe la E-santé ? L'utilisation d'internet dans le cadre de la recherche d'informations médicales certes, mais également les systèmes d'informations de santé ou hospitaliers (échange d'information entre hôpital et ville ou entre différents services : le DMP, le système de la carte vitale) et la télésanté, incluant la télémédecine et la m-santé (figure 4).

La télémédecine comprend les consultations en visioconférence (téléconsultation), la surveillance à distance d'un patient par des professionnels de santé (télésurveillance) ou encore l'échange d'avis entre professionnels de santé (télé-expertise).

La m-santé comprend les appareils électroniques, les applications sur mobiles, les objets connectés qui ont un lien avec la santé (bracelet, capteur de paramètre physiologique) [39].

**Figure 4** : La E-Santé



Petit rappel historique, les premiers ordinateurs sont apparus après la Seconde Guerre mondiale mais leur accessibilité au grand public ne s'est fait qu'en 1976.

Les premiers logiciels de gestion de cabinet médical comme « Medigest » ou « 123Santé », ont vu le jour dans les années 1980 [41].

La télétransmission est rendue obligatoire en 1996 par les ordonnances Juppé et a été effective en 1998.

Dans le même temps, la norme HPRIM permettant des échanges avec les laboratoires d'analyses médicales et la messagerie Apicrypt favorisant un échange sécurisé des données médicales, ont vu le jour [41].

En 2004, la loi sur le dossier médical informatisé ou Dossier Médical Personnel DMP est votée et sera appliquée en 2011.

En 2006, on voit naître un télé service avec le portail Ameli Espace Pro permettant de voir les remboursements des assurés. Il s'est étoffé depuis avec la possibilité de faire différentes tâches administratives comme la déclaration de médecin traitant, les protocoles de soins, les arrêts de travail et la commande de matériel.

Au début des années 2000, l'utilisation de la E-santé est à sens unique du côté des médecins. Mais par la suite avec la généralisation d'Internet à haut débit, des lieux d'échanges ouverts aux patients vont ainsi se créer (blog, forum) [41].

La télé-médecine est définie pour la première fois en France en 2009 dans l'article L6316 du Code de la Santé Publique. Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 développe les composantes de la télé-médecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale, réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale) et en expose les conditions de mise en œuvre et l'organisation [42].

### **Tableau 3** : Quelques dates sur la télé-médecine

| <u>Exemples de télé-médecine :</u>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 1905 : transmission d'un électrocardiogramme (ECG) à 1,5 km (Willem Einthoven)</li><li>• 1920 : première licence radio de service médical aux bateaux publiée à New-York</li><li>• 1948 : transmission d'image radiographique par téléphone à 38 km (USA)</li><li>• 1959 : consultation de psychiatrie (vidéo)</li><li>• 1994 : première démonstration de téléradiologie: Scanner piloté de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada) sur un patient situé dans l'appareil de l'Hôpital Cochin, à Paris</li><li>• 2001 : une opération de téléchirurgie entre New York (où était le chirurgien) et Strasbourg (où était la patiente).</li></ul> |

Le terme m-santé est évoqué pour la première fois en 2005 par le Pr Robert Istepanian, universitaire londonien, pour désigner « l'utilisation des communications mobiles émergentes en santé publique ». Elle est définie en 2009 par l'OMS comme « Pratiques médicales et de santé publique supportées par des appareils mobiles tels que les téléphones mobiles, les dispositifs de surveillance des patients, les assistants numériques personnels et autres appareils sans fil » [42].

**Figure 5** : La m-santé en quelques chiffres

---

#### DES CHIFFRES MIROBOLANTS

##### LES APPLICATIONS

- Le volume mondial des applications mobiles santé (au sens large) est passé de **6000** en 2010, à **20000** en 2012 et **100000** en 2013.
- Toutes fonctions confondues, une boutique comme l'AppStore compte **500** nouvelles applis chaque mois.
- En France, sur une veille de **4000** applis santé/bien-être (réalisée par DMD), on observe que **60%** sont destinées au grand public et **40%** aux professionnels de santé. Cependant, la tendance serait en train de s'inverser.

##### LES OBJETS

- **15** milliards d'objets connectés sont recensés aujourd'hui dans le monde, **80** à **100** milliards sont annoncés d'ici 2020.
- **3** millions ont été achetés en France en 2013 pour un chiffre d'affaires de **64** millions d'euros (Etude GFK) : balances, montres, bracelets...
- **23%** de Français déclarent utiliser un objet connecté (sondage BVA/Syntec numérique), **11%** en auraient déjà adopté un dans le contexte santé / bien-être.

Nous allons pour notre part nous concentrer sur l'utilisation d'internet dans la recherche d'information sur la santé que ça soit dans le domaine curatif ou préventif.

## **2) Utilisation d'Internet dans la recherche d'information sur la santé :**

En France, l'usage général d'Internet est de plus en plus répandu et en hausse passant de 74 % en 2010 à 86 % en 2014, touchant de plus en plus toutes les générations. Cette utilisation reste quand même plus présente chez les jeunes, et les personnes avec un statut social élevé, plus diplômées ou ayant des revenus élevés et ce depuis ces débuts [43,44].

Les premiers sites ayant trait à la santé sont apparus au milieu des années 1990 [45]. Ils ne cessent d'augmenter conçus par des agences sanitaires, des associations de patients, des professionnels, des établissements de soins, des assureurs, mais aussi des groupes de presse.

En 2013, environ 49 % des Français sont des « internautes santé », c'est-à-dire qu'ils utilisent internet pour rechercher des informations médicales ou sur la santé dont 10 % plusieurs fois par semaine [45,46]. 28 % ont un usage mobile de la santé par l'intermédiaire d'un smartphone ou d'une tablette [46]. Ce développement des pratiques de l'internet santé s'accompagne également de nouveaux usages comme les échanges et le dialogue sur le thème de la santé.

En 2014, ils sont 69 % à être internautes santé. 54 % recherchent des informations ou des conseils sur la santé (+17 % par rapport à 2010) et 15 % cherchent des informations sur des thèmes de prévention tels que le tabac, les MST, la nutrition par exemple [43]. En 2015, on compte 7 millions de Français mobinautes santé, c'est-à-dire d'internautes qui s'informent sur la santé via leur mobile ou tablette. Mais, moins de 10 % font appel à une application au quotidien.

En 2007, L'INSERM (l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) dans l'étude WHIST mettait en évidence des facteurs discriminatifs concernant la population qui faisait des recherches sur la santé via internet : le jeune âge, le revenu élevé, la situation sociale élevée, les diplômes soit les mêmes facteurs imputables qu'à l'accès à Internet [44]. Ce constat a été également retrouvé dans diverses études internationales comme en témoigne la revue de littérature de l'HAS de 2007 sur le sujet [47]. En 2014, ces facteurs discriminatifs ne sont plus retrouvés pour les internautes santé mais seulement dans le cadre de l'utilisation générale d'Internet. En effet, l'INPES dans son étude montre qu'au sein des internautes, l'intérêt pour la santé varie peu selon l'âge, les liens avec le niveau d'étude ou le statut social sont moindres et celui avec le niveau de revenu disparaît au contraire de ce que l'on retrouve dans les données correspondantes à l'utilisation générale d'internet. Par contre, les femmes ont plus d'intérêt pour la santé que les hommes, 74 % contre 63 %, malgré une utilisation équivalente d'internet de manière globale [43].

Selon la TNS Sofres (Société française d'enquête par sondage) en 2013, les recherches réalisées par les internautes santé portent principalement sur une maladie ou un problème de santé (92 %) et dans plus de la moitié des cas, sur des maladies chroniques (cancer, diabète, insuffisance rénale...). Ces recherches s'orientent également vers les traitements et les médicaments pour 63 % des utilisateurs du web santé [46]. En 2014, selon les données de l'INPES, on retrouve les mêmes principaux sujets de recherche soit les problèmes de santé actuels, les maladies, les traitements, la nutrition, la santé de l'enfant et la grossesse, la maternité. On remarque des variations sur le sujet selon le sexe ou l'âge, les jeunes se renseignent plus sur les MST/ le tabac par exemple donc plutôt à la prévention alors que les sujets âgés s'intéressent plutôt aux maladies ou au traitement donc au curatif [43].

Concernant les sites sur lesquels vont les internautes « santé » en 2014, 48 % vont sur des sites non identifiés, 26 % sur Doctissimo, 9 % sur Google, et 4 à 6 % sur les sites spécifiques à la santé ou institutionnels comme l'INPES ou [santé.gouv](http://santé.gouv.fr), avec quelques variations selon le thème recherché [43]. Dans le classement des 1 000 sites les plus visités, édité par Google le 31 mai 2010, Doctissimo se classait au 722<sup>e</sup> rang [45].

Selon une étude réalisée par IPSOS en 2010 et présentée par le Conseil de l'Ordre lors d'un débat sur l'information de santé en ligne, on note qu'après les médecins, c'est Internet qui arrive en deuxième position parmi les sources d'information pour les internautes de 2010 alors qu'il n'était pas cité comme source d'information légitime en 2006. La part d'internautes ayant confiance en l'information offerte sur internet est passée de 48 % en 2006 contre 74 % en 2010 [45]. Malgré tout, les internautes continuent quand même à considérer que la meilleure source d'information en matière de santé reste leur médecin (89 %) [45].

En 2014, une autre étude met en évidence que 32 % des internautes considèrent les informations sur internet crédibles contre 18 % en 2010. Cette crédibilité est considérée forte pour les sites spécifiques de santé à hauteur de 41 %, sur les sites institutionnels à hauteur de 53 %, et moyenne pour Wikipédia à hauteur de 76 % et pour Doctissimo à hauteur de 59 % [43].

Certains résistent à l'expansion d'internet. En effet, 54 % considèrent ne parler de santé qu'avec leur médecin ou leur pharmacien, 25 % disent ne pas avoir le réflexe internet pour les questions de santé et pour finir, certains n'ont tout simplement pas internet ou ne savent pas s'en servir convenablement. Le manque de confiance dans internet dans la santé ne se classe qu'à la 7e position des raisons, ce qui montre encore une fois que globalement les gens croient en la véracité des informations trouvées sur internet [46].

On note ainsi qu'Internet prend une place de plus en plus importante dans la relation médecin-patient. En effet, la plupart des patients viennent en consultation, en ayant déjà fait des recherches sur leur état de santé sur Internet, et le médecin, lui, utilise des sites internet pour sa démarche diagnostique ou thérapeutique et en recommande aux patients. J'ai pu ainsi le constater lors de mon stage chez le praticien. Certains médecins généralistes donnent aux patients des sites sur lesquels ils peuvent se rendre afin d'être acteur de leur santé comme si on leur délivrait une ordonnance.

Par exemple, dans le domaine de la contraception : les sites « choisir sa contraception » ou « oubliéemapilule » à une adolescente permet de s'assurer qu'elle ait une source fiable sur laquelle retourner pour avoir un rappel de l'information déjà donnée au cabinet et pour l'autonomiser dans la gestion de sa contraception.

De même, il existe un site créé par un médecin spécialisé en médecine physique et de rééducation aux Nouvelles Cliniques Nantaises : [www.nantes-mpr.com](http://www.nantes-mpr.com). Ce site recense diverses pathologies rhumatologiques, en explique la physiopathologie, et donne des conseils, des exercices à réaliser par le patient. Ce site que l'on donne aux patients comme on donnerait une ordonnance de kinésithérapie ou d'antalgiques pour des lombalgies ou une épicondylite a été, à ma grande surprise, bien accueilli par les patients. En effet, j'aurais pensé ceux ci résistants à l'introduction d'un tiers entre eux et le médecin traitant, hostiles à la prescription d'un site en réponse à leurs questions sur les pathologies, opposés à l'obligation induite de devenir acteur de leur traitement. Mais au contraire, ils ont trouvé cela novateur, ils étaient curieux de ce qu'ils allaient en apprendre. J'ai pu constater une implication de certains avec des résultats visibles (diminution de la raideur chez un patient lombalgique).

### **3) Apports positifs et négatifs d'Internet dans la recherche d'information en santé :**

En ce qui concerne les aspects positifs de l'utilisation d'internet, en 2013, en France, l'étude de la TNS Sofres met en évidence un enrichissement de la relation médecin-patient grâce à internet. Pour 61 % des utilisateurs, les informations trouvées sur le net permettent de mieux prendre en charge sa santé ou celle de ses proches. Elles rendent la relation médecin-patient plus positive, grâce à des échanges plus riches (58 %), les patients allant sur les sites pour mieux comprendre ce que leur a dit le médecin [45,46]. Le médecin n'est plus le seul détenteur d'information sur la santé avec Internet, ce qui rend la relation un peu plus équilibrée [45].

Au Canada, 70 % font des recherches sur la santé sur le net selon les données de 2009. Et la quête d'informations relatives à la santé apparaît comme l'un des motifs les plus fréquents

d'utilisation d'internet [48]. Selon les Canadiens, l'information sur la santé en ligne peut accroître les connaissances, la compétence et la participation des patients aux stratégies de prise de décision. Cela rend la relation médecin-patient plus interactive avec des débats et des dialogues entre les deux intervenants possibles, loin de l'image paternaliste du médecin. De même, ils peuvent échanger avec d'autres patients sur leurs expériences personnelles concernant leur santé [47]. Ces échanges sont constructifs car différents de ceux qu'ils pourraient avoir avec le médecin explorant d'autres domaines de la maladie (comme l'impact sur la vie sociale et familiale, la gestion au quotidien, le vécu des traitements ou des examens par exemple). Ils peuvent exposer leurs doutes ou leurs craintes sur diverses questions de santé, librement, ce qui n'est pas toujours facile ou possible avec son médecin. Ceci apporte une autre dimension à la prise en charge. Ce dialogue entre patient semble être l'une des toutes premières motivations des internautes [45].

Le médecin souligne également le fait qu'ils peuvent aller plus loin dans les explications, les patients ayant déjà réalisé un travail de recherche [47, 48].

Internet est également un lieu de ressource pour les professionnels de santé. Ils l'intègrent à leur savoir, pour apporter une réponse aux attentes des patients. Il permet de faire des recherches en temps réel sur un sujet dont le médecin n'a pas toute la maîtrise pendant la consultation grâce à l'accès à diverses sources :

- les recommandations sur les prises en charge diagnostiques ou thérapeutiques publiées par les sociétés savantes comme l'HAS ou l'ANSM
- les sites portant sur les médicaments et leurs caractéristiques : Vidal, Banque Claude Bernard
- les sites des Collèges Nationaux ou des Sociétés Françaises de chaque spécialité ou les sites spécifiques : Orphanet, Pasteur,
- les sites dédiés à la prévention : tabac-info-service, alcool-info-service, manger-bouger.fr
- les documents pédagogiques (cours, cas cliniques, vidéos, thèses) et les sites créés par des services hospitaliers sur des prises en charge : nantes-mpr, e-cardiogram
- les sites de vulgarisation médicale (Doctissimo, Santé médecin.net)
- les sites récents d'aide à la prise en charge diagnostique ou thérapeutique : Antibioclic, Gestacliv, CRAT, PEDIADOC.

Il permet grâce à des sites comme Antibioclic d'avoir une homogénéité dans les prises en charge basées sur des recommandations. Il facilite le travail du médecin généraliste lors de consultations spécialisées en lui apportant une trame de travail qui est la même pour tout le monde évitant ainsi les oublis comme par exemple avec PEDIADOC et Gestacliv. Il est également un outil de travail permettant des échanges constructifs entre les différents professionnels de santé.

On met également en évidence un effet positif d'Internet sur l'état de santé des patients. Selon une revue de la littérature de 2007 réalisée par l'HAS, les patients trouvent que la consultation d'Internet pour les informations concernant la santé et les soins, améliore leur compréhension des maladies et de leurs traitements. Ceci les rend alors plus autonome dans leur décision. Ces

informations permettent, par ailleurs, un meilleur échange avec leur médecin. Elles les amènent à changer de comportement (alimentaire, exercice physique etc..). Ils tiennent quand même pour une grande majorité à avoir l'avis de leur médecin sur les informations trouvées [47].

En 2014, concernant la réalité d'un impact sur leur changement de comportement vis-à-vis de leur santé, 10 % des internautes « santé » répondent « oui tout à fait » et 27 %, « plutôt oui ». Ainsi, un français sur cinq en 2014 a changé la façon de s'occuper de sa santé, deux fois plus qu'en 2010, ce qui témoigne d'un effet positif [43].

Au Royaume-Uni, dans une étude portant sur la vision de l'information de santé sur Internet, chez les adolescents, ces derniers confèrent au net un rôle d'échange, de partage d'information qui les attire. Via les médias sociaux sur internet, ils peuvent trouver un soutien dans leurs pairs, échanger leurs expériences et cela les rassure. Pour eux, le net permet par ailleurs d'avoir des informations complémentaires avec à la fois des documents de référence (car malgré tout ils se soucient de la qualité de la source) mais également des avis d'autres internautes et donc d'autres visions de la santé via les forums ou les vidéos. L'anonymat est quelque chose de recherché pour eux via le net car ils reconnaissent que ce n'est pas toujours facile de parler de leurs problèmes avec leur médecin souvent « plus vieux » qu'eux [49].

De même, le manque de temps est un facteur important dans l'information du patient lors d'une consultation au cabinet et Internet fait partie des solutions évoquées.

Mais, du point de vue des médecins français, Internet n'est pas toujours la bonne solution. Certains sont craintifs de cette source d'information parfois peu fiable [45,47]. Certes, elle peut amener à des dialogues productifs mais parfois les médecins doivent se battre contre des idées erronées de la part des patients, forgées à partir de ces sources. L'étude de 2010 mettait en évidence cette crainte par ce chiffre de 31% d'internautes déjà confrontés à une réaction hostile de la part de leur médecin à l'évocation de l'information de santé trouvée sur internet [45].

Ce ressentiment de la part des médecins résulte de l'existence d'une extrême hétérogénéité de l'information de santé sur Internet [45]. En effet, la santé a subi un lent processus de médiatisation depuis les années 90 et l'information à la santé est devenue une information grand public régie par différents intervenants (laboratoires, groupes privés, institutions, assurances..). Ces différentes sources amènent à une information beaucoup trop pléthorique.

On différencie **l'information médicale** transmise par des sources scientifiques et des professionnels de santé, encadrée par des autorités professionnelles et **l'information de santé** issue de différentes sources publiques ou privées (presse, laboratoire, assurance) non spécialisées, et non contraintes par les lois. Et c'est cette dernière qui est largement diffusée via internet. « [...] *l'information médicale concerne des données de santé pour un individu ou une population, en général issues d'un professionnel de santé. Ses caractéristiques sont la confidentialité, et des règles précises concernant leur conservation, leur utilisation et leur communication. [À différencier] d'une information de santé qui peut être des données générales : vaccination, diététique par exemple en dehors du professionnel de santé (entretien avec médecin 1, réalisé le 2 août 2006).* », « [...] *l'information de santé, c'est quelque chose*

*de beaucoup plus vulgarisée que notre monde à nous médecins, extrêmement technique. L'information de santé c'est de l'information grand public, mais pas expliquée, des bons conseils, des sites Internet qui se consacrent au bien-être ou peut-être la publicité des laboratoires pharmaceutiques (entretien avec médecin 2, réalisé le 10 août 2006). » [45].*

Ce type de sites défend des intérêts économiques et n'est pas soumis au même contrôle que les sites où l'on trouve de l'information publique et scientifique [45].

Ainsi, une norme censée certifier la qualité de l'information a été mise en place en 2004. L'HAS s'est ainsi adressé à la Fondation HON (Health on the Net) qui a créé le cahier des charges de la norme HON. Cette dernière s'attache à encadrer le contenant. En d'autres termes, les sites dédiés à la santé doivent afficher leurs sources de financement, la source de l'information diffusée et la qualité des auteurs, et s'assurer que la publicité est reconnaissable. La certification est gratuite pour l'éditeur et repose sur une démarche volontaire. Mais cela ne reste pas suffisant, vu qu'en 2010 seulement 1333 sites sur 43000 recensés ont la certification, ceux qui ont déjà une grande notoriété comme Doctissimo ou Santé-AZ au féminin n'ayant pas besoin d'y recourir, et certains sites pourtant de qualité n'estimant pas utile d'avoir recours à cette certification pour authentifier leurs données [45,50].

A noter que la stratégie de recherche est souvent également mauvaise avec un niveau de maîtrise de la navigation de la part du patient souvent limité, ce qui n'amène pas l'utilisateur à des réponses de qualité. La plupart du temps, les utilisateurs n'utilisent pas de portail d'accès médical et cliquent sur les 1ères réponses au risque d'une reformulation du mot clé.

Aux Etats-unis, les études soulèvent en effet les problèmes liés à la façon dont les recherches sont effectuées. Hansen et al ont étudié la manière dont les adolescents cherchent de l'information sur Internet et ont constaté qu'ils utilisaient généralement des termes de recherche trop simples et ne faisaient pas attention à la qualité des sources. Cette méthode de recherche ne les amène pas sur des sites de qualité concernant la santé. Koo et Skinner, en utilisant des termes de recherche simples sur des sites de recherche populaires pour obtenir des informations sur l'arrêt du tabac chez les adolescents, ont constaté que seulement 14 des 30 premiers sites récupérés étaient directement pertinents pour l'arrêt du tabagisme chez les adolescents [51].

Par ailleurs, le référencement et le contenu des sites eux-mêmes sont souvent labiles, avec une évolution rapide des résultats fournis en tapant les mêmes mots clés. Les sites sont insuffisamment documentés et relayés.

Toujours aux Etats-Unis, des études ont mis également en évidence les problèmes de qualité de l'information et les difficultés rencontrées par les jeunes pour trouver des réponses à leurs questions spécifiques. On note ainsi que le filtrage peut restreindre l'accès des jeunes à l'information sur la santé. Dans une étude sur le filtrage concernant les données en lien avec la sexualité, Richardson et al ont constaté qu'au niveau le moins restrictif du filtrage, le blocage concerne 1,4% des sites d'information sur la santé et, à des niveaux plus restrictifs, 5 % à 25 % d'entre eux. Les adolescents n'ont donc pas pleinement accès aux sites d'information sur la santé [51].

Comme en France, le point négatif relevé par les médecins canadiens reste la fiabilité des informations trouvées sur internet concernant la santé et l'utilisation qu'en fait le patient. Ils

craignent que cela engendre des angoisses non fondées, ou amène à des prises de décisions non adaptées. Mais ils reconnaissent malgré tout l'esprit critique des patients, ils savent que beaucoup se méfient des renseignements qu'ils trouvent sur Internet et demandent encore l'avis auprès de leur médecin [48].

Dans ce contexte, les médecins canadiens aimeraient être alors un peu mieux formés sur l'information en santé via Internet et sur les sites fiables qu'ils peuvent conseiller à leurs patients [48]. En effet, cela fait partie du rôle de médecin de savoir guider les patients dans la vaste sphère qu'est internet et de leur apprendre à faire le distinguo entre les sites de qualité et les sites de source douteuse.

Internet peut être un bon outil pour impliquer le patient dans sa prise en charge, pour l'aider à devenir un acteur dans ses soins, et non plus un sujet passif. Mais il ne faut pas que cet outil et que les multiples informations qu'il regorge soient délétères pour le patient. Il est donc de la responsabilité du praticien d'utiliser Internet et de participer à son amélioration, soit de manière active en participant à l'élaboration de sites de qualité ou de manière plus passive en aidant le patient à faire le tri entre les différentes sources et en lui apprenant les règles permettant de sélectionner les informations fiables.

## B) Internet, promotion de la santé et prévention :

« La Promotion de la santé, processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci, exploite des stratégies populationnelles visant à créer un consensus tant au niveau des comportements que des environnements favorables à la santé » (Renaud et Lafontaine 2010). Certaines de ces stratégies proposent des interventions à caractère individuel ou à destination du plus grand nombre. Internet peut aider à l'application de ces stratégies [52].

Dans la promotion à la santé, on retrouve 4 secteurs thématiques d'application possible d'Internet :

- comme moyen d'intervention (concours offrant de l'information et visant des changements de comportement),
- comme centre de recherche (documentation),
- comme instrument de recherche (collecte de données),
- comme base dans le cadre du développement professionnel (éducation continue en ligne).

L'utilisation d'internet nous permet d'avoir des actions d'éducation à la santé, d'engendrer des programmes de prévention, de promotion de la santé et de sensibilisation aux risques, de mettre en place des dispositifs d'accompagnement et d'échange [52,53].

Internet constitue ainsi un moyen incontournable de diffusion d'informations et d'interventions en promotion de la santé et par la même en prévention du fait de différents facteurs qui lui sont propres :

- une diffusion rapide et à grande échelle de l'information,

- une intervention uniforme, soit un contenu identique et homogène pour tout le monde,
- une capacité à personnaliser l'information en fonction des caractéristiques de l'individu entraînant une meilleure satisfaction et une fidélisation,
- une accessibilité 24h/24 en tous lieux et à la demande : la recherche étant faite lorsque l'utilisateur l'a décidé au moment où il était le plus motivé fait que l'intégration des informations est d'autant meilleure,
- un échange avec des populations difficiles à joindre : les jeunes, ou ceux habitant loin des lieux urbains,
- un anonymat pour les internautes,
- une multiplication des contacts possibles entre professionnels et utilisateurs,
- un meilleur rapport coût-efficacité [52].

Un article portant sur l'impact d'un site internet dans une campagne de prévention faite au Québec sur le thème de l'alimentation « le Défi Santé 5/30 » a montré qu'internet constituait le meilleur moyen d'accompagnement [52,54]. Cette campagne utilisait la télévision, les journaux, internet pour diffuser les informations. Sur le site, les patients pouvaient y afficher leur objectif personnel en termes d'alimentation, d'activité physique et de poids qui était réajusté par les professionnels de santé. Ils avaient accès à des ressources de santé. Ils recevaient par courriel de l'information liée à leur objectif. L'accompagnement virtuel en tant que soutien technique apparaît déterminant pour atteindre les objectifs souhaités. En plus, l'outil internet propose de nombreux atouts comme la possibilité de courriels, les forums de discussion, les tests d'auto-évaluation avec résultats immédiats, la mise à disposition d'une multitude de conseils instantanés, un lien entre différents supports de communication, la publication de témoignages du public, la possibilité d'archivage ou d'impression. Le site apportait également de l'information générale sur la santé, la nutrition et l'activité physique accessibles même aux internautes non inscrits. Les résultats des études ont montré que c'était le site internet et l'accompagnement virtuel qui ont été les éléments les plus motivants dans cette campagne [52,54].

Toujours au Québec, une autre campagne de prévention via l'outil internet sur le thème du sevrage tabagique a été effectuée. La campagne s'intitulait : « Défi j'arrête, j'y gagne ». Internet a permis d'apporter à la population un maximum de support tel que des conseils pratiques pour arrêter de fumer, des témoignages d'ex fumeurs, des contacts pour un appui disponibles, des renseignements sur le tabac, un forum de discussion. Afin d'apporter un soutien au sevrage, il a été envoyé 22 messages électroniques aux participants sur un an [52,55]. Les résultats de l'étude de Gomez-Zamudio et Renaud en 2009, montrent que l'envoi des courriels a eu un impact sur la cessation tabagique à 6 semaines et 6 mois d'abstinence. L'impact positif de ces courriels s'explique par le fait qu'on adresse à l'internaute une information ciblée en fonction du stade du changement. De plus, l'internaute le lit à un moment désiré et non imposé, et il a accès de surcroît à un soutien virtuel (conseils/ témoignages) ou réel (parrain ou ligne téléphonique) [55].

Dans une de leurs études, Wantland et al démontrent qu'une intervention visant à une réduction des maladies chroniques utilisant internet, génère davantage de changements au niveau des connaissances et du comportement ou des habitudes de vie des participants [55].

Dans l'étude de Franklin et al sur le thème de prévention « nutrition », on note que les adultes qui répondent aux messages par mail en s'enregistrant sur le site internet, ont modifié et même amélioré leur régime alimentaire. Mais n'oublions pas le biais lié au fait qu'en s'inscrivant, cela dénote déjà d'une attitude pro-active de leur part. Ce biais est applicable à toute prévention en lien avec internet car les personnes en s'inscrivant sont présélectionnées par leur désir d'agir [55].

Internet rend possible l'instauration d'une communication personnalisée avec un public ciblé. Il permet aux patients d'avancer à son rythme, de poser des questions qu'il n'aurait pas osé poser au médecin au moment où il le souhaite, du fait d'une disponibilité 24/24. Les sites permettent aussi une garantie d'anonymat pour les populations ayant une crainte de faire l'objet de discrimination (MST, drogues..). Par exemple, dans le cas de la dépression ou les problèmes concernant la sexualité, les patients expriment mieux leurs affects et leur demande d'aide [56].

Par contre, un élément important doit être tenu en compte : le facteur éthique. En effet, il doit être bien notifié que les données personnelles inscrites sur internet ne seront pas divulguées.

Si on poursuit l'analyse des études traitant de l'impact sur les comportements en matière de santé des interventions en ligne, certaines montrent donc un impact positif avec une amélioration des connaissances et un changement dans les habitudes, mais ils en existent qui ne mettent pas en évidence cette efficacité. Ceci s'explique par le fait que les études ne précisent pas si c'est un changement obligatoire ou volontaire, ni quels sont les outils d'interventions utilisés et par le fait que la mesure du changement ne s'appuie pas toujours sur de simples observations. En définitif, il n'est pas toujours aisé d'évaluer l'impact d'action d'Internet dans le cadre de la prévention sur la population. Ceci est en cours de recherche au Québec [52,56].

Prenons maintenant le cas des adolescents, catégorie d'âge le plus exposée aux risques potentiels pour la santé : drogues, tabac, alcool, MST, surpoids, mais que l'on ne voit que très rarement dans nos cabinets car libéré du contrôle parental. Ils s'intéressent peu à tout ce qui touche à leur santé ou ne savent pas comment en parler. Aux Etats-Unis, des études montrent que les adolescents veulent discuter de leurs problèmes avec les professionnels de santé, mais souvent ils ne le font pas. Par exemple, Klein et Wilson dans une étude aux Etats Unis, ont mis en évidence que sur un échantillon d'adolescents américains, la majorité (70,9 %) étaient exposés au moins à 1 des 8 risques potentiels pour la santé, mais que la plupart (63 %) ne l'avaient pas évoqué à leur médecin [51].

Internet, dans cette catégorie d'âge plutôt attirée par les nouvelles technologies, peut apparaître comme un atout majeur pour les faire s'intéresser à leur santé et faire ainsi de la prévention, et ce d'autant plus dans les catégories sociales les plus en difficulté.

Ainsi dans une thèse réalisée en 2013 sur le rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité, 52,4 % des collégiens de 3<sup>ième</sup> de Grenoble utilisaient Internet comme source de santé sur la sexualité, le plaçant en troisième position

après les amis et les médias (télévision, radio). Le médecin généraliste était la 8<sup>ème</sup> source citée, avec son évocation par 17,2 % des collégiens [57].

En 2007, aux Pays-Bas, une étude a été réalisée portant sur un outil Internet permettant le suivi, la rétroaction personnalisée et le renvoi dans le cadre de soins préventifs de routine pour les adolescents et sa comparaison avec les pratiques habituelles (soit en utilisant du papier et du crayon). Les commentaires électroniques ont été évalués positivement. Les étudiants ont perçu les conseils nutritionnels sur mesure comme étant plus agréables, plus ciblés personnellement. De plus, la qualité de la consultation et l'acceptabilité n'ont pas été différente selon la méthode utilisée [58].

Aux Etats-Unis encore, une étude a été réalisée portant sur une intervention familiale via Internet visant à réduire l'usage de drogues et limiter les comportements sexuels à risque chez les adolescents hispanophones. Ce programme contenait des documents de référence sur ces deux sujets de prévention ainsi que des exercices et des vidéos. Dans l'ensemble, les parents participants ont exprimé un avis positif en ce qui concerne l'intervention et ont déclaré qu'ils avaient pu ainsi apprendre des choses sur ces thèmes de prévention pour leurs enfants. Les résultats indiquaient qu'une intervention familiale basée sur Internet n'était pas seulement réalisable et acceptable pour les familles hispaniques, mais offrait également une option viable pour atténuer les obstacles à la participation et favoriser la mise en œuvre d'interventions préventives au sein de familles [59].

Voilà ce qu'il en est pour les campagnes de prévention grand public utilisant des sites internet, mais qu'en est-il de l'utilisation d'un site dans le cadre de la pratique préventive au cabinet de médecine générale.

Une étude en 2008 a voulu mettre en évidence la faisabilité et l'acceptabilité par les médecins généralistes et leurs patients d'une consultation de prévention structurée via un site internet [60]. Les aspects positifs ressortant de cette consultation de prévention sont l'aspect convivial, ouvert, agréable, détendu ressenti par les 2 parties. Il est souligné également la concentration des patients lors de cette consultation, leur investissement, l'interactivité qui se crée entre médecin et patient. Cette consultation a permis par ailleurs la détection de problèmes occultés jusque là. Les patients estiment que c'est une consultation utile à 98,5 %, ils sont satisfaits du temps passé (en moyenne 25-30min) et se sentent rassurés à 61,2 % [60].

Parmi les aspects négatifs, on retrouve une durée de consultation jugée trop longue pour les médecins, une consultation chaotique lié à l'outil informatique qui génère du temps mort, une gestion difficile du stress généré par l'évocation de tous les risques possibles. Justement en ce qui concerne les données de morbidité et de mortalité, les médecins semblent gênés par cette approche très explicite de ces données alors que les patients surpris au début, sont au final plus rassurés en fin de consultation [60].

Pour 50 % des médecins, ce type de consultation est irréalisable. Pour l'autre moitié, s'il existait un aménagement tarifaire et d'organisation, ils seraient plutôt d'accord pour en faire de manière régulière.

Internet a-t-il donc sa place dans la pratique préventive au cabinet ou est-il sans intérêt ? Les brochures, les affiches suffisent-elles à faire de la bonne prévention ou Internet peut-il apporter un plus ?

En 2015, une interne a réalisé dans le cadre de sa thèse une enquête sur l'intérêt porté par les médecins généralistes, en Pays de la Loire, à la prévention suite à des campagnes sur 13 grands thèmes réalisés auprès d'eux entre 2005 et 2011. Sur les 325 médecins ayant participé aux campagnes, 46 avaient répondu à son enquête. Parmi ces 46, seulement 18 soit 39,1 % utilisaient encore les outils (CD Rom et documents téléchargés sur leur ordinateur) mis à leur disposition lors de ces campagnes. Les raisons évoquées pour expliquer la non-utilisation de ces outils étaient majoritairement le manque de temps (58,7 %), le manque de motivation (30,4 %) et la difficulté d'accès aux documents (30,4 %) [24].

Son enquête a mis en évidence que 45,7 % n'étaient « pas d'accord » pour dire qu'ils disposaient de tous les moyens nécessaires pour faire de la prévention et aucun n'était « tout à fait d'accord » de dire d'en disposer. De plus, 71,7 % de ses 46 médecins étaient « d'accord » ou « tout à fait d'accord » pour dire qu'un site internet permettrait d'accéder plus facilement aux documents. Seulement, 4,3 % n'étaient « pas d'accord » avec cette notion d'accès facile [24].

Elle a créé par conséquent au vu de ces résultats, un site intitulé Prevencliv recensant en un même endroit des outils destinés à la prévention, validés, issus essentiellement de la documentation de l'INPES. Ce site a été élaboré avec comme objectif une amélioration de la pratique préventive dans le cabinet de médecine générale.

Mais deux ans après la création de ce site, l'objectif est-il atteint ? Apporte-t-il réellement une amélioration dans la pratique préventive des médecins généralistes au cabinet ?

# **MATERIEL ET METHODE**

Pour évaluer si l'utilisation du site internet Prevencliv apporte un intérêt à la pratique préventive au cabinet lors d'une consultation de médecine générale en la facilitant par exemple, j'ai réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale avec variables quantitative et qualitative, auprès de 19 médecins généralistes de Loire-Atlantique, installés ou remplaçants, thésés ou non, volontaires, travaillant dans des cabinets en zone urbaine, semi-rurale ou rurale et ayant un accès internet. Chaque médecin devait inclure au maximum dix patients sur une durée d'un mois avec lesquels ils avaient évoqué des sujets de prévention en se servant ou non du site Prevencliv. Une partie des médecins ont effectué cette étude en février 2017 et l'autre partie, en mai 2017. Les médecins avaient donc un tableau à remplir à chaque consultation ainsi qu'un questionnaire-médecin à la fin du mois. Ils devaient par ailleurs, donner à chaque patient un questionnaire-patient que ce dernier devait remplir sur place et mettre dans l'urne prévue à cet effet. Le recueil des données s'est fait de façon prospective.

#### Site Prevencliv :

Prevencliv a été nouvellement créé par une interne en médecine générale en 2015 lors de son stage à l'IREPS et dans le cadre de sa thèse sur la prévention [24, 61]. Le but de ce site est de regrouper une grande partie de la documentation existante sur différents thèmes de prévention, éditée par l'INPES. Il propose ainsi des outils validés, sélectionnés et faciles d'accès pour réaliser des actions de prévention individuelles ou collectives. Il est né dans ce contexte actuel où la prévention prend une place de plus en plus importante dans la société et où Internet joue un rôle primordial dans la diffusion d'information dans le domaine de la santé.

Il a été créé à partir d'un CD-ROM et d'outils disponibles sur Internet, élaborés par l'association APS (Agir pour la Promotion de la Santé) à la suite de campagnes de prévention portant sur 13 thèmes, réalisées auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique, Maine et Loire et Vendée entre 2005 et 2011.

L'objectif de création de ce site était de faciliter l'apport d'informations par le médecin lors d'une consultation de médecine générale dédiée à la prévention. En effet, nous avons vu à plusieurs reprises dans divers articles que le temps était l'ennemi des médecins dans la pratique de la prévention. Les patients venant souvent pour un problème aigu, il reste peu de temps pour leur parler de prévention même si parfois on arrive à l'inclure dans le motif de consultation (infections ORL et tabac, renouvellement du traitement anti-diabétique oral et les règles hygiéno-diététiques par exemple).

Depuis 2010, les médecins ont au cabinet un panel de sites internet médicaux à leur disposition leur facilitant leur démarche diagnostique ou thérapeutique : Antibioclic, Pédiadoc, Gestaclic par exemple. Tous ces sites sont référencés sur un nouveau site créé par un médecin généraliste Nantais en 2016 : KIT MEDICAL [62]. Prevencliv en fait maintenant parti dans le cadre de la prévention.

Kitmedical présente les services web et applications mobiles utiles en médecine générale. Le site est gratuit, indépendant, et collaboratif : notez les services présentés ★★★★★ et signalez-nous ceux qui pourraient manquer !

RECHERCHE

SEARCH



EXERCICE MÉDICAL

VIE PROFESSIONNELLE

APPLICATIONS MOBILES

Ce site classe des grands thèmes de la prévention en fonction de la catégorie d'âge : enfants, adolescents, adultes et sénior.

**PREVENCLIC**

La prévention facile pour les professionnels de santé

Nouveautés

Sélectionnez la catégorie d'âge de votre patient

Enfant

Adolescent

Adulte

Senior

Ainsi pour les enfants, on trouve comme thèmes de prévention : les épidémies virales, la nutrition, le sommeil et l'asthme.



**PREVENCLIC**

ENFANT

Prévention épidémie virale Nutrition Sommeil Asthme

Sélectionnez ci-dessus le thème de prévention qui vous intéresse



Mentions légales - Politiques liées aux cookies

Avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Ce site respecte les principes de la charte HONcode. Vérifiez ici.



Pour les adolescents : les addictions (tabac, alcool, cannabis), la contraception/les IST, la nutrition, le mal être de l'ado, le sommeil.



Pour les adultes : les addictions, la nutrition, le mal de dos, le risque cardio-vasculaire, la contraception/ les IST, le sommeil, la souffrance au travail.

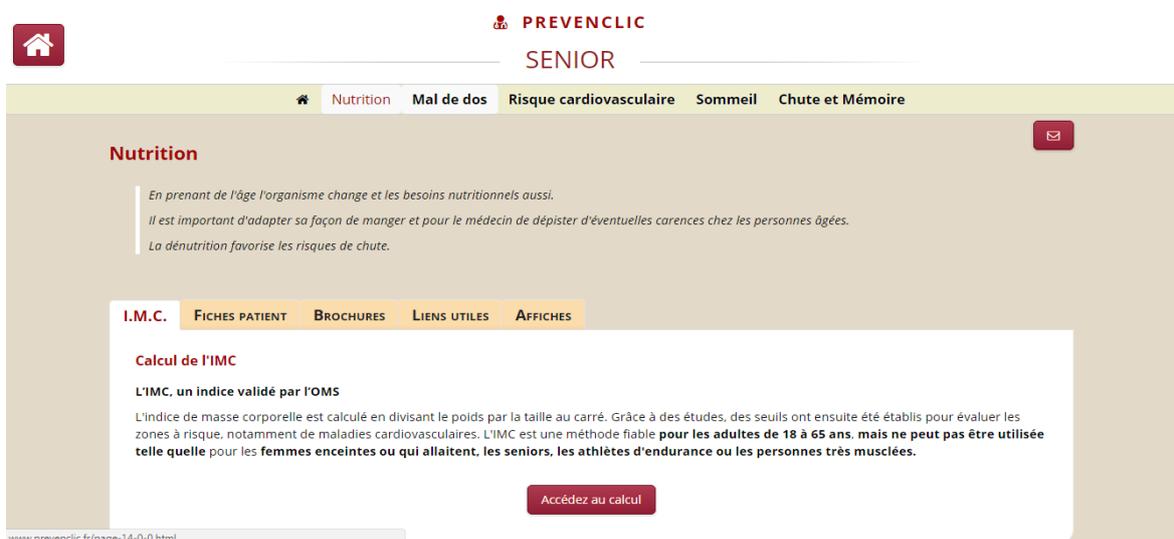


Pour les séniors : le mal de dos, la nutrition, le sommeil, l'item Chute et Mémoire, le risque cardiovasculaire.



Et dans chaque thème de prévention, vous pouvez trouver des informations sous différents formats : fiche info médecin-patient, brochure, lien internet, affiche.

Exemple avec le thème de la nutrition dans le groupe d'âge « Sénior »:



Ce site plutôt dédié aux médecins, est également accessible au patient : il peut ainsi répondre lui-même à des questionnaires comme celui du calcul d'IMC ou du sommeil, avoir accès aux liens internet dédiés à la prévention (choisirsacontraception.com, mangerbouger.fr) et aux brochures téléchargeables. Il existe même une fonctionnalité (logo enveloppe) permettant aux médecins d'envoyer par mail directement au patient la page évoquée lors de la consultation [60]. Ce dernier ayant l'adresse du site peut ensuite naviguer dessus à sa guise. Le médecin doit toutefois faire un travail en amont en lui présentant le site pendant la consultation afin qu'il ne s'y perde pas. En effet, certains aspects du site peuvent ne pas être adaptés au public

comme le test-score pour le risque cardiovasculaire un peu indigeste, trop technique et qui peut effrayer avec le terme « risque d'événements cardiovasculaires fatals ».

### Conception des questionnaires et du tableau :

Le questionnaire médecin [Annexe 1] avait été conçu à partir d'un article de la revue *Exercer* reprenant les données d'une étude française de 2008 portant sur la faisabilité et l'acceptabilité par les médecins généralistes et leurs patients d'une consultation de prévention structurée via un site internet [60]. Il a été modifié à deux reprises avec l'aide du Dr Ducret Pallier, ma directrice de thèse et les suggestions des médecins du cabinet médical de Savenay que j'ai sollicité pour l'étude. L'objectif était qu'il soit facile et rapide à remplir par les médecins. Il se constituait en trois parties : la première reprenant les caractéristiques du médecin en 4 questions; la deuxième, son activité de prévention et la connaissance du site en 4 questions; la troisième, son ressenti sur le site Prevencliv en 10 questions. Ce questionnaire était à remplir une seule fois, à la fin de l'étude.

Le tableau des consultations, conçu via le logiciel Excel, avait pour but de recenser les données de chaque consultation [Annexe 2]. L'objectif était de savoir quel support avait été utilisé lors de la consultation par le médecin, le temps accordé à la prévention et le ressenti par rapport à celui-ci et enfin les documents remis. Il n'avait pas été défini initialement un nombre de consultations précis mais plutôt une durée sur laquelle les médecins devaient réaliser ce travail soit un mois. Ce choix de durée s'expliquait par la difficulté de trouver des médecins généralistes acceptant de réaliser ce travail. Il fallait ainsi leur donner une durée ni trop courte pour que le travail soit tout de même assez représentatif, ni trop longue pour éviter des refus ou des abandons. La durée d'un mois leur paraissait à tous correcte. On s'est vite rendu compte que le nombre maximal de consultation réalisable en un mois avec les contraintes imposées par l'étude (comme le remplissage du tableau) était de dix consultations. Au début, nous voulions explorer l'intérêt du site qu'en se basant sur trois thèmes, les principaux à nos yeux, soit la nutrition, le tabac et l'alcool. Mais après discussion avec les médecins du cabinet médical de Savenay, premiers participants à l'étude, il s'est révélé plus judicieux d'élargir l'observation à tous les thèmes présents sur Prevencliv. Pour cela, il fallait ainsi que je joigne, au reste des documents, une note à l'attention des médecins où figuraient tous ces thèmes afin de leur faciliter la tâche [Annexe 4].

Le questionnaire patient [Annexe 3] avait également été élaboré à partir de l'article portant sur l'étude de 2008 en l'adaptant au site évalué [60]. Il a été modifié à trois reprises pour adapter le niveau de langage utilisé à la population générale, le premier essai étant trop technique dans les termes utilisés. Le niveau socio-professionnel avait également été rajouté pour définir les caractéristiques de la population suite à la lecture du livre « Le questionnaire : l'enquête et ses méthodes ». Ce questionnaire bien entendu anonyme, comprenait 19 questions dont une première partie portant sur les caractéristiques générales et médicales du patient (6 questions), une seconde partie concernant sa recherche d'information en santé sur internet (3 questions), une troisième partie sur son ressenti de l'évocation de la prévention pendant la consultation et des outils utilisés (10 questions). Il leur était également demandé s'ils étaient d'accord pour être recontactés à distance. S'ils acceptaient, ils devaient alors inscrire leur numéro de téléphone (toujours de façon anonyme).

Des urnes en carton portant l'image du site Prevencliv ont été fabriquées afin de garantir aux patients l'anonymat et la protection de leurs réponses et une facilité de recueil des questionnaires patient par les cabinets [Annexe 5].

J'ai donné en plus aux médecins dans leur « pack » des brochures de prévention de l'INPES que j'avais récupérées au centre documentaire de l'IREPS situé à l'hôpital St Jacques de Nantes afin qu'ils aient à leur disposition des documents papier leur permettant d'avoir le choix entre ceux-ci et des documents via Internet [Annexe 5].

#### Recrutement des médecins :

Le recrutement des médecins généralistes auprès de cabinets urbains, semi-ruraux ou ruraux et ayant un accès internet, s'est fait par convenance.

J'ai initialement recruté cinq médecins généralistes du cabinet médical de Savenay, ayant apporté leur contribution auprès du Dr Ducret-Pallier lors de l'élaboration de son site Prevencliv. Ils avaient effectué eux même une campagne de dépistage des troubles liés à l'alcool et au tabac dans les mois précédant mon intervention. Je les ai contactés via leur secrétaire puis par mail. Ils m'ont répondu un mois et demi plus tard et ont réalisé l'étude sur le mois de février 2017. Ce premier recrutement m'a permis de voir comment je devais procéder par la suite. J'ai donc demandé aux médecins des cabinets dans lesquels j'effectuais des remplacements, c'est à dire à St Colomban, au quartier St Clément à Nantes et à Missillac. Et j'ai, ensuite, fait un recrutement dans les environs de ces trois cabinets et autour de l'hôpital de Corcoué sur Logne où je travaillais également ; soit à Machecoul, Legé, Geneston, St Philbert de Grand lieu, Corcoué sur Logne, La Chapelle sur Erdre, St Sébastien, Rezé, Les Sorinières, Vigneux de Bretagne, St Herblain, Orvault. Je sélectionnais les cabinets où il y avait plusieurs médecins pour pouvoir en recruter le maximum à chaque fois. Pour la plupart de mes recrutements, j'avais pris le parti de me déplacer directement au cabinet pour leur présenter mon projet après mes journées de travail (Geneston, La Chapelle sur Erdre, St Sébastien, Rezé, Les Sorinières, St Herblain, Orvault) afin d'avoir une réponse rapide et en direct. Pour les autres, j'ai appelé les cabinets et je suis passée par les secrétaires qui transmettaient mon mail d'explications ou juste un message. Je rappelais ensuite quasiment tous les jours afin de les solliciter régulièrement pour connaître leurs réponses le plus rapidement possible.

La plupart n'ont pas répondu ou accepté par cette deuxième méthode.

Les médecins chez qui je m'étais déplacée ont reconnu le fait qu'ils acceptaient de participer car j'avais fait le déplacement. Sinon, ils n'auraient pas forcément répondu aux mails ou aux messages laissés par la secrétaire étant donné le grand nombre de jeunes médecins qui les sollicitent pour les thèses.

J'ai ainsi recruté trente-deux médecins généralistes dont cinq médecins et une remplaçante à Savenay qui ont fait ce travail sur le mois de février puis trois médecins dans le quartier St Clément à Nantes, deux médecins et une remplaçante à St Colomban, deux médecins et une remplaçante à Corcoué sur Logne, deux médecins à Legé, trois médecins à Machecoul, deux médecins à La Chapelle Sur Erdre, trois médecins à St Sébastien, deux médecins à Rezé, trois médecins à Missillac, un médecin à Geneston, une remplaçante au Loroux Bottereau qui ont effectué ce travail sur le mois de Mai.

Les cabinets de St Philbert de Grand Lieu, des Sorinières et de Vigneux de Bretagne soit onze médecins n'ont pas répondu à mes mails, et deux médecins de St Herblain et d'Orvault ont refusé lors de mon passage.

J'ai rappelé tous les cabinets à la moitié du mois afin qu'ils n'oublient pas le travail à faire et pour leur signaler mon passage quinze jours plus tard afin de récupérer les données.

#### Critères d'éligibilité et d'inclusion des patients donnés aux médecins :

Sujets des deux sexes, âgés de 0 ans à 99 ans, connus ou non du médecin, acceptant de répondre au questionnaire à la fin de la consultation et ayant évoqué un sujet de prévention avec le médecin au cours d'une consultation, ayant internet ou non au domicile.

Par contre pour les enfants en dessous de 16 ans et venant en consultation accompagné de leur parent, le questionnaire patient était rempli par les parents présents lors de la consultation.

#### Critères de non-inclusion des patients :

Il n'y avait pas de critère de non inclusion.

#### Analyse des données :

Les données ont été transférées sur le logiciel Microsoft Excel.

Des analyses descriptives simples ont été réalisées puis différentes données ont été croisées avec la réalisation d'un test du Chi 2 ou d'un test de Fisher si les conditions du Chi 2 n'étaient pas respectées, en retenant un seuil de significativité de 5%. Au-delà de ce seuil, toute valeur a été notée NS pour non significative. Pour certaines données, des moyennes et des médianes ont été calculées.

# **RESULTATS ET ANALYSES**

## I) Partie descriptive :

### A) Nombre de sujets et taux de réponse :

J'ai sollicité initialement 45 médecins par différentes méthodes, ainsi :

- pour 21 médecins : envoi de mails avec explication de l'étude (après avoir récupéré leur adresse via leur secrétaire),
- pour 5 médecins : transmission du message par la secrétaire,
- pour 10 médecins : déplacement direct à leur cabinet pour leur exposer le projet,
- pour 9 médecins : sollicitation lors de mes déplacements dans les cabinets.

Le taux d'acceptation des médecins a été de 71 %, le taux de refus de 4 %, le taux d'absence de réponse de 25 %.

Ainsi, 32 médecins au total ont été recrutés. Mais au bout d'un mois, seulement 19 ont réellement fait le travail d'étude, ce qui correspond à un taux de réalisation de l'étude par les médecins recrutés de 59 %.

Chaque médecin a recruté entre 3 et 12 patients, ce qui nous fait un total de 100 patients recrutés par les 19 médecins. Le taux de participation des patients au questionnaire a été de 68 %, étant donné que seulement 68 questionnaires sur les 100 donnés ont été remplis et mis dans les urnes.

### B) Caractéristiques des populations étudiées :

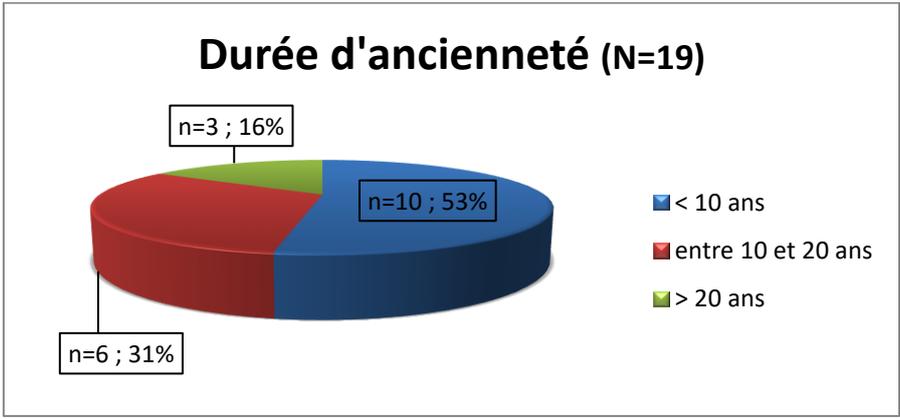
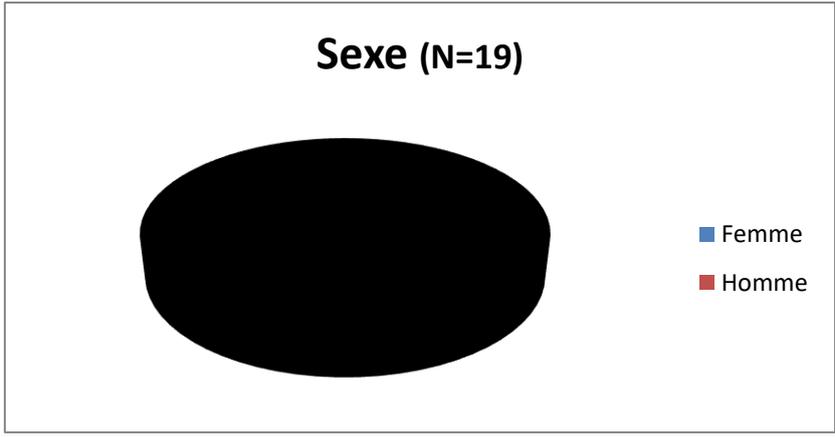
#### Les Médecins :

#### 1) Caractéristiques de l'échantillon des médecins N=19 :

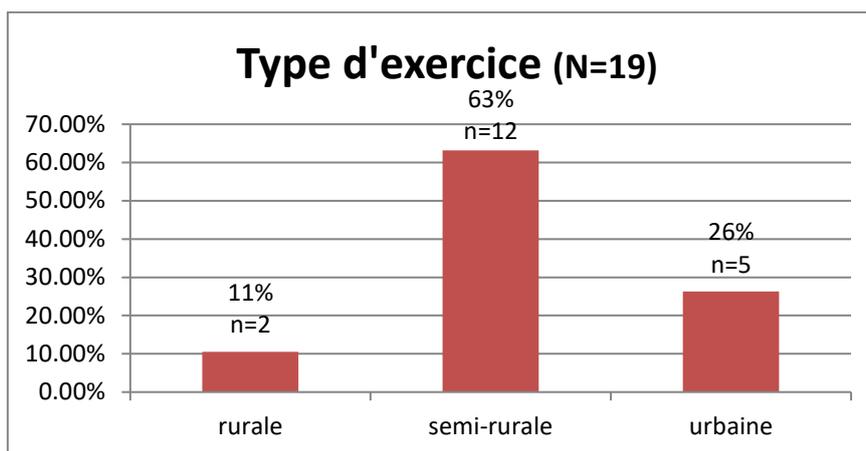
**Tableau 4 :** Caractéristiques de l'échantillon des médecins

|   |  |
|---|--|
| <b>Age</b>  | Entre 28 et 60 ans<br>Age moyen : 39 ans<br>Médiane : 37 ans |
| <b>Sexe</b><br>- Féminin<br>- Masculin  | 63 % (n=12)<br>37 % (n=7)                                    |
| <b>Durée d'ancienneté</b><br>- < 10 ans<br>- Entre 10 et 20 ans<br>- > 20 ans | 53 % (n=10)<br>31 % (n=6)<br>16 % (n=3)                      |
| <b>Type d'exercice</b><br>- Rural<br>- Semi-rural<br>- Urbain                 | 11 % (n=2)<br>63 % (n=12)<br>26 % (n=5)                      |

**Figure 5 :** Répartition des Médecins en fonction de l'âge, du sexe et de l'ancienneté



**Figure 6 :** Répartition selon le type d'exercice



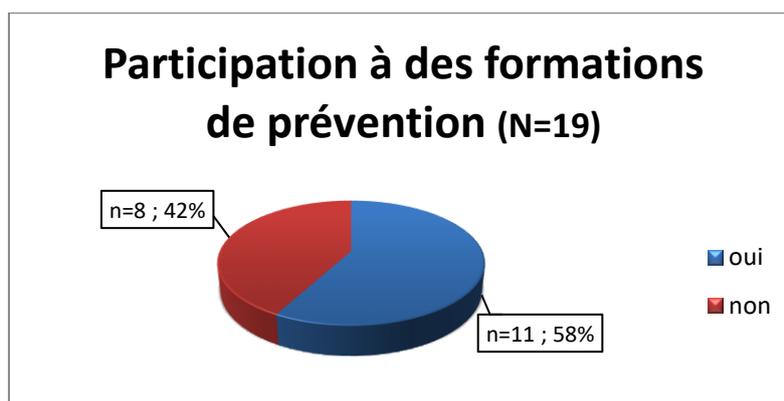
Au total, notre échantillon de 19 médecins a une moyenne d'âge de 39 ans et une médiane à 37 ans, avec 47 % d'entre eux se situant entre 30 et 40 ans. Il se constitue à 63 % de femmes et à 37 % d'hommes.

La majorité soit 53 % exerce depuis moins de 10 ans. 63 % travaillent en zone semi rurale et 26 % en zone urbaine.

## 2) Pratique préventive :

Pour 5 des 19 médecins soit 26 % de l'échantillon, le site Prevenclis était connu avant de débiter l'étude. Et parmi ceux-ci, 40 % l'utilisaient parfois et 60 % pas du tout.

**Figure 7 :** Participation des médecins à des formations de prévention

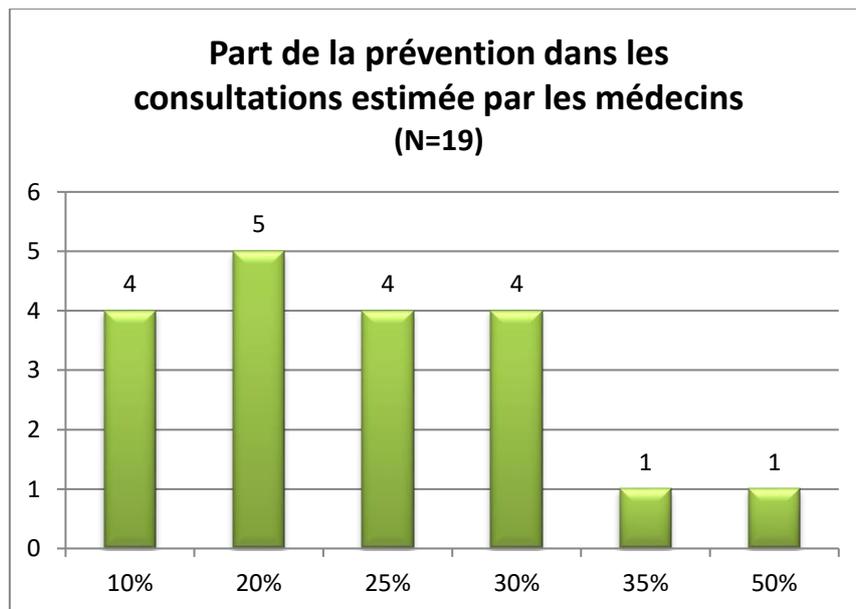


11 des 19 médecins, soit 58 % participent à des formations de prévention. Les différents thèmes de formation cités sont :

- Apprentissage de l'éducation thérapeutique du patient : 3
- Tabac : 2
- Alcool : 1
- Nutrition : 1

- Diabète : 1
- IST : 1
- Facteurs de risque cardiovasculaire : 1
- Médecine préventive de l'enfant : 1
- Suicide : 1

**Figure 8** : Part de la prévention dans les consultations estimée par les médecins



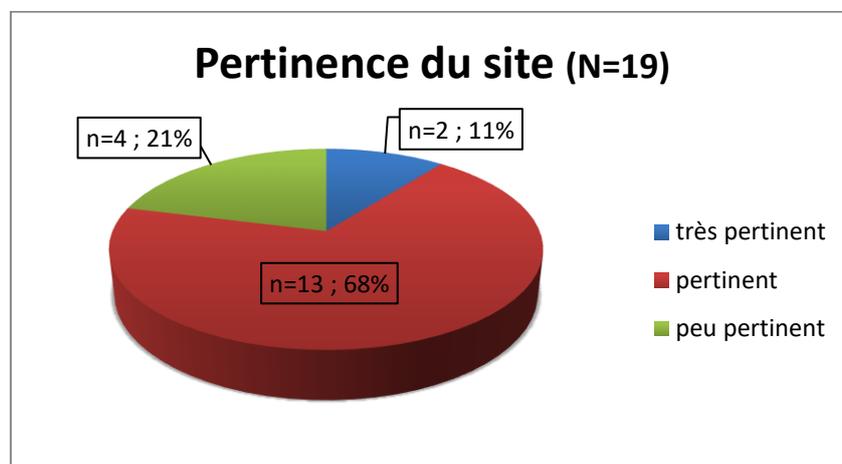
Pour 6 des 19 médecins, la part consacrée à la prévention leur paraît suffisante. Pour les 13 autres, ils souhaiteraient consacrer 2 à 2,5 fois plus de temps à la prévention.

On se rend compte que globalement, ce sont les médecins ayant fait des formations de prévention qui sont satisfaits du temps qu'ils accordent à la prévention lors de leurs consultations (à hauteur de 83 % des médecins satisfaits).

### 3) Evaluation du site Prevenclic par les médecins:

#### Pertinence :

**Figure 9 :** Point de vue des médecins sur la pertinence du site



La majorité à hauteur de 68 % trouve le site pertinent. Aucun des 19 médecins n'a entouré la réponse « pas pertinent ».

Il est demandé par 2 médecins l'ajout d'autres thèmes tels que la prévention chez la femme enceinte.

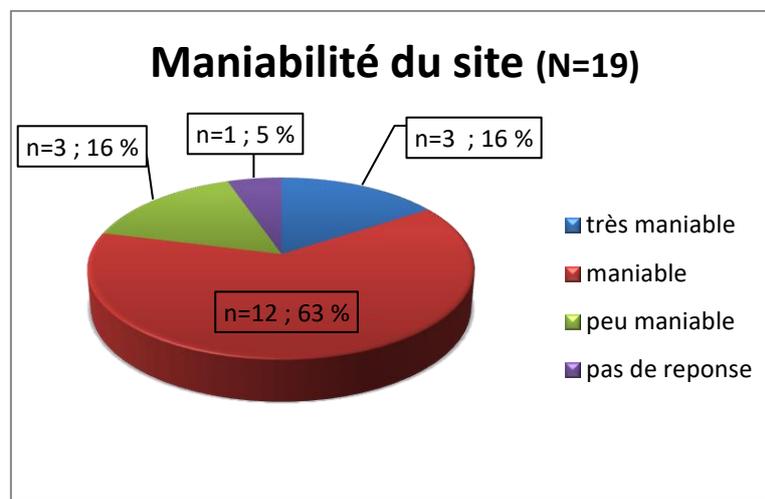
Dans l'encart libre, certains médecins déclarent le trouver « intéressant », « utile pour les patients mais aussi pour les médecins ». Il « regroupe des documents issus de l'INPES en un seul lieu avec un gain de temps possible », et on peut également y trouver « des tests à réaliser au cabinet ».

Les remarques négatives sont :

- « une pertinence variable selon les thèmes »
- « pour certains thèmes : il existe des sites dédiés et donc beaucoup plus fournis »
- « un site non adapté pour les patients » pour un médecin et « plus particulièrement pour les séniors » pour un autre
- « des documents en PDF pas toujours facilement exploitables »

### Maniabilité :

**Figure 10 :** Point de vue des médecins sur la maniabilité du site



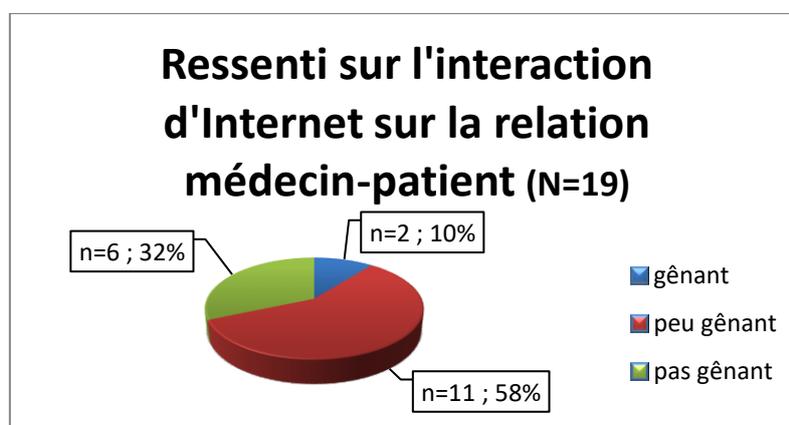
La majorité de l'échantillon à 63 % le trouve maniable. La réponse « pas maniable » n'a été choisie par aucun des médecins.

Les suggestions de modifications en réponse libre sont :

- « ajout d'un onglet de recherche » : 2
- « suppression de la classification selon la catégorie d'âge » : 1
- « ajout d'un espace où l'on pourrait commander les brochures ou les affiches de l'INPES » : 1

### Interaction d'Internet dans la relation médecin-patient lors d'une consultation :

**Figure 11 :** Point de vue des médecins sur l'interaction d'Internet sur la relation médecin-patient

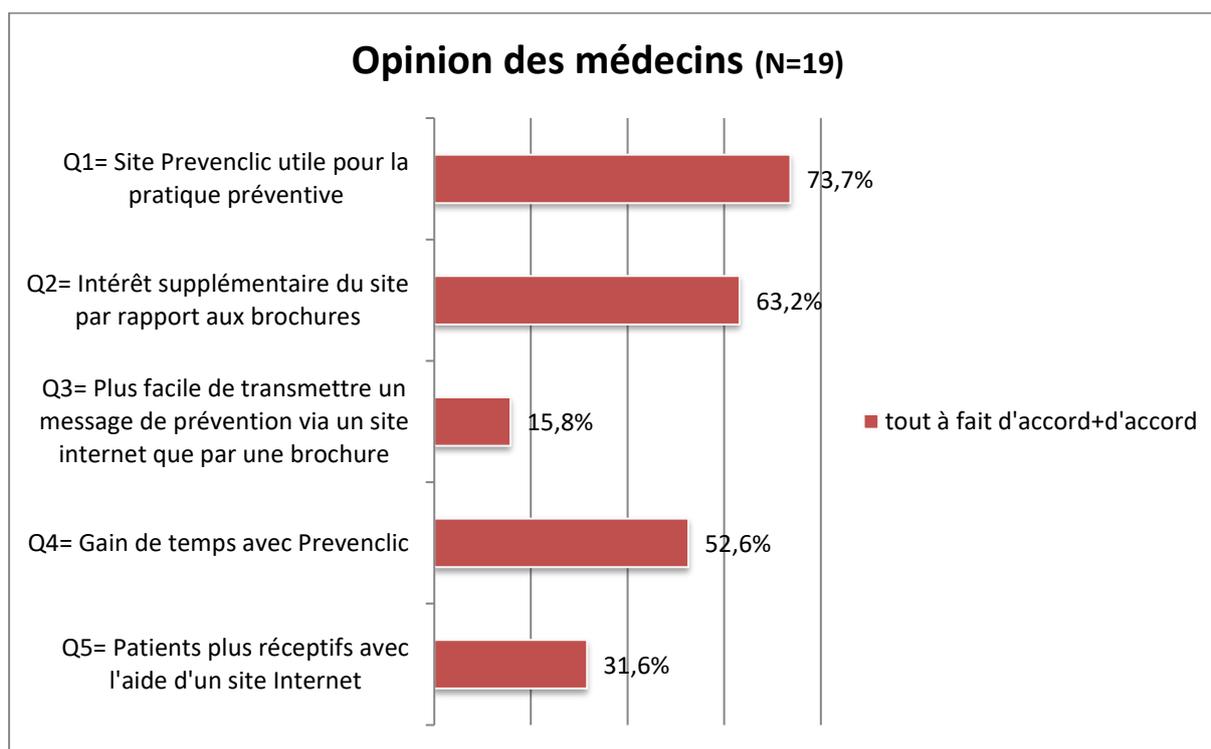


58 % considèrent l'utilisation d'Internet « peu gênante » lors d'une consultation. En tout cas, aucun des 19 médecins de l'étude ne la considère comme « très gênante ».

5 des 19 médecins ajoutent que les patients ont l'habitude de l'outil internet en consultation. Pour 4 des 19 médecins, cela dépend aussi de la demande et du type de patient. En effet, certains d'entre eux estiment que cet outil peut être moins approprié pour les personnes âgées.

#### 4) Opinion des médecins sur l'intérêt du site Prevencliv dans la pratique préventive :

**Figure 12 :** Opinion des médecins sur le site



**Tableau 5 :** Opinion des médecins sur le site

| Opinion des 19 médecins sur le site internet dans la pratique préventive | Q1            | Q2           | Q3            | Q4           | Q5            |
|--|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| <b>Tout à fait d'accord</b>  | 10,5 % (n=2)  | 21,1 % (n=4) | 0% (n=0)      | 10,5 % (n=2) | 0 % (n=0)     |
| <b>D'accord</b>  | 63,2 % (n=12) | 42,1 % (n=8) | 15,8 % (n=3)  | 42,1 % (n=8) | 31,6 % (n=6)  |
| <b>En partie d'accord</b>  | 15,8 % (n=3)  | 26,3 % (n=5) | 73,7 % (n=14) | 21,1 % (n=4) | 52,6 % (n=10) |
| <b>Pas d'accord</b>  | 10,5 % (n=2)  | 10,5 % (n=2) | 10,5 % (n=2)  | 26,3 % (n=5) | 10,5 % (n=2)  |
| <b>Pas de réponse</b>  | 0 % (n=0)     | 0 % (n=0)    | 0 % (n=0)     | 0 % (n=0)    | 5,3 % (n=1)   |

La majorité des médecins trouve après l'utilisation du site Prevencliv pendant l'étude que ce dernier est un outil utile pour la pratique préventive (73,7 %), apportant un bénéfice supplémentaire par rapport aux brochures (63,2 %) et qui permet un gain de temps en consultation (52,6 %).

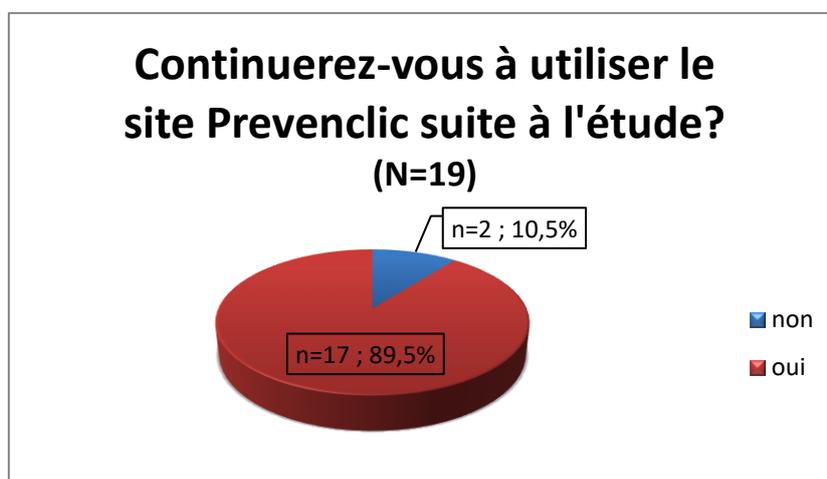
5) **Apport du site Prevenclic par rapport aux brochures :**

**Tableau 6 :** Réponses libres des médecins

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Médecin 1</b>  | Outil supplémentaire de communication et base de données facilement accessible  |
| <b>Médecin 4</b>  | Pour le moment, rien de plus car le site ne fait que reprendre la plupart des brochures   |
| <b>Médecin 5</b>  | Pas de gestion de brochures avec le site  |
| <b>Médecin 6</b>  | Aucune aide de mon côté mais outil d'information valable pour les patients  |
| <b>Médecin 7</b>  | On y trouve des tests de prévention utiles  |
| <b>Médecin 8</b>  | Permet de l'avoir toujours en ligne plutôt que de chercher les brochures partout  |
| <b>Médecin 9</b>  | Accès via internet pratique   |
| <b>Médecin 10</b> | Envoi des documents possible sur la boîte mail du patient. On peut y retourner facilement. Ne traînera pas ou ne finira pas à la poubelle comme une brochure. Recense en un seul endroit toutes les brochures |
| <b>Médecin 11</b> | Permet de retrouver facilement l'info pour le patient contrairement aux brochures qui peuvent s'égarer  |
| <b>Médecin 12</b> | Plus besoin de support papier   |
| <b>Médecin 13</b> | Plus riche en informations  |
| <b>Médecin 14</b> | Facilité d'accès  |
| <b>Médecin 15</b> | Rien de plus que le site de l'INPES   |
| <b>Médecin 16</b> | Gain de temps et de papier. Résumé sur un seul site. Par contre, non accessible pour tous les patients  |
| <b>Médecin 17</b> | Support pour le médecin pendant la consultation. Bien organisé en fonction de la tranche d'âge et du thème. Outil de relevé d'informations imprimables  |
| <b>Médecin 18</b> | Accessibilité rapide en consultation sans chercher  |
| <b>Médecin 19</b> | Facilité à consulter, pas de papier supplémentaire  |

6) **Retourneront-ils sur le site Prevenclic suite à cette étude ? :**

**Figure 13 :** Continuerez-vous à utiliser le site Prevenclic suite à l'étude



89,5 % des médecins participants déclarent qu'ils retourneront sur le site, soit les 5 médecins qui le connaissaient auparavant et 12 des 14 médecins qui n'avaient jamais eu vent de l'existence de cet outil.

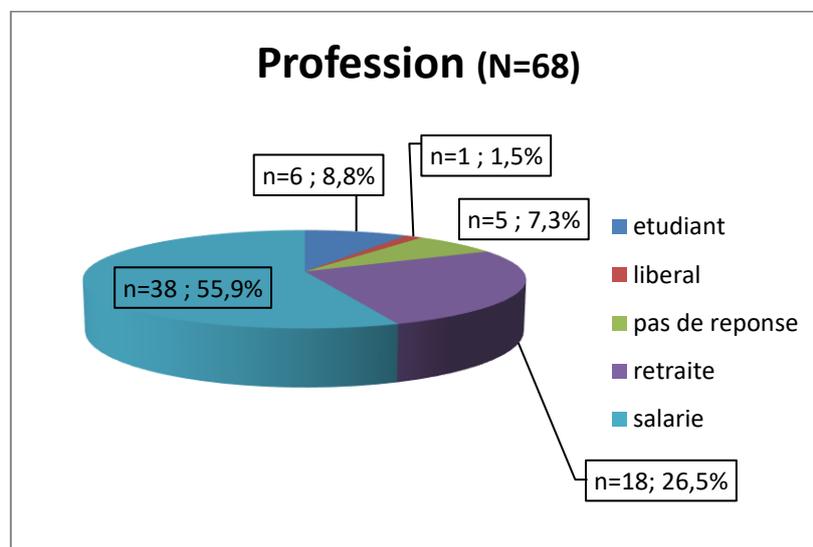
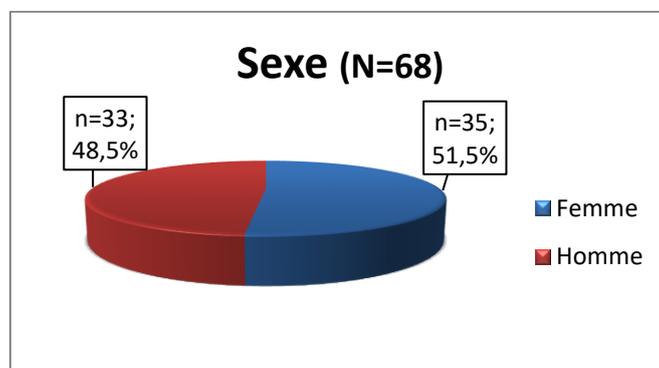
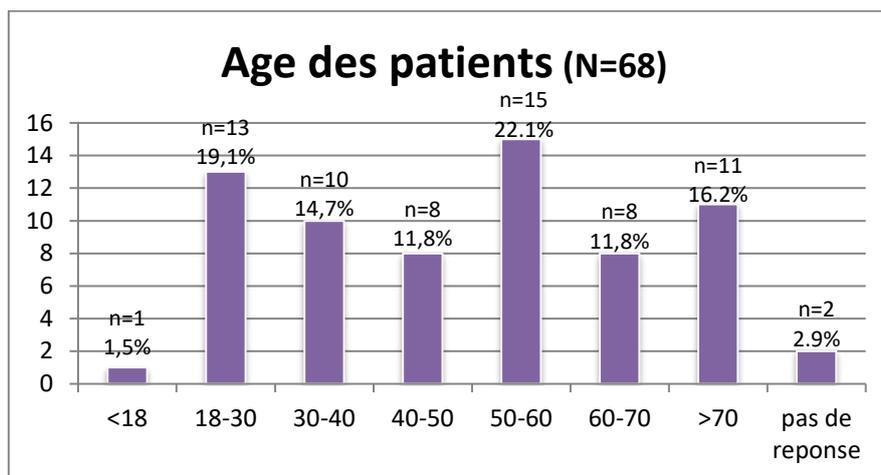
**Les patients :**

1) **Caractéristiques de l'échantillon des patients (N=68) :**

**Tableau 7 :** Caractéristiques de l'échantillon des patients

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Age :</b>           | De 16 à 90 ans<br>Age moyen : 47,8 ans<br>Age médian : 50 ans  |
| <b>Sexe :</b>          | Femme 51,5% (n=35)<br>Homme 48,5% (n=33)   |
| <b>Profession :</b>    | Etudiant 8,8% (n=6)<br>Salarié 55,9 % (n=38)<br>Libéral 1,5% (n=1)<br>Retraité 26,5% (n=18)<br>Pas de réponse 7,3% (n=5) |
| <b>Etat de Santé :</b> | Diabétique 13,2% (n=9)<br>Fumeur 27,9% (n=15)<br>HTA 22% (n=19)  |

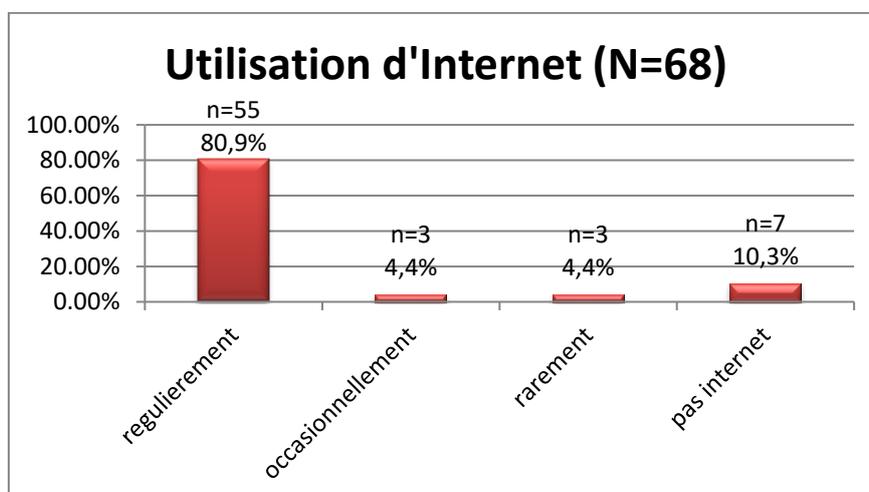
**Figure 14 :** Répartition des patients en fonction de l'âge, du sexe, de la profession



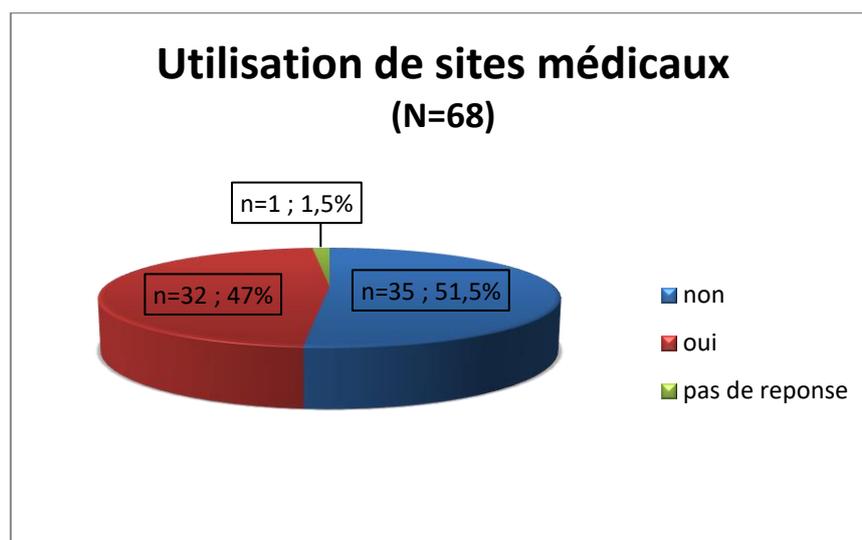
Au total, notre échantillon de 68 patients comprend toutes les tranches d'âges de manière plutôt équilibrée avec un âge moyen de 47,8 ans et un âge médian à 50 ans. 51,5 % d'entre eux sont des femmes et sont en majorité des salariés. 13,2 % des 68 patients ont un diabète, 27,9 % sont fumeurs et 22 % ont de l'hypertension artérielle.

## 2) Les patients et Internet :

**Figure 15 :** Fréquence d'utilisation d'Internet de manière générale



**Figure 16 :** Utilisation de sites médicaux par les patients



80,9 % des patients de notre échantillon utilisent internet régulièrement, 4,41 % occasionnellement ou rarement. 10,3 % n'ont pas internet. 51,5 % déclarent ne pas aller sur des sites médicaux.

Parmi ceux qui y vont, les sites médicaux cités sont :

Doctissimo : 19

Ameli : 1

Allo docteur : 1

Vulgaris : 1

Sites hopitaux : 1

Médecine santé : 1

Site portant sur les Huiles essentielles : 1

Ma contraception.fr : 1

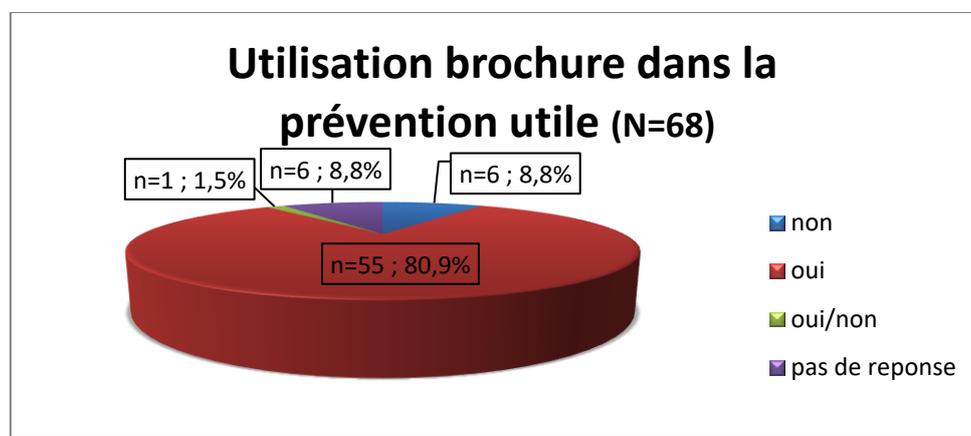
Google : 1

11 patients n'évoquent pas les sites sur lesquels ils se rendent.

### 3) Avis sur les supports utilisés dans la prévention :

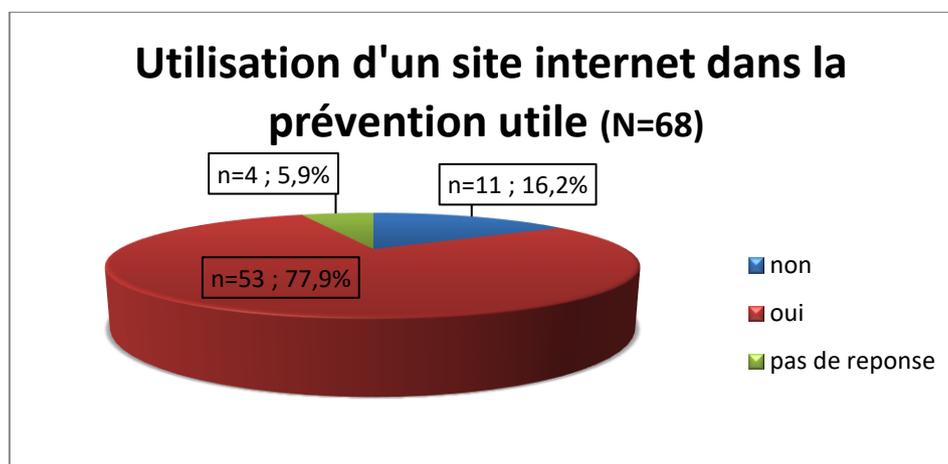
En tant que support dans la prévention, 80,9 % des patients trouvent l'utilisation des brochures utile et 77,9 % celle d'un site internet utile.

**Figure 17 :** Point de vue des patients sur l'utilité de la brochure en prévention



Les patients argumentent leurs réponses positives en décrivant les brochures comme « un support », « un soutien » permettant de leur faire un rappel sur les différents conseils sans avoir à les noter ou mémoriser. « On peut les amener partout » mais « on peut aussi les laisser sur le coin de la table en rappel ». En général, bien détaillées, elles concentrent des conseils et des exercices nécessaires. Le seul point négatif relevé par un patient est le fait « qu'elles puissent finir au fond d'un tiroir ».

**Figure 18 :** Point de vue des patients sur l'utilité d'un site internet en prévention



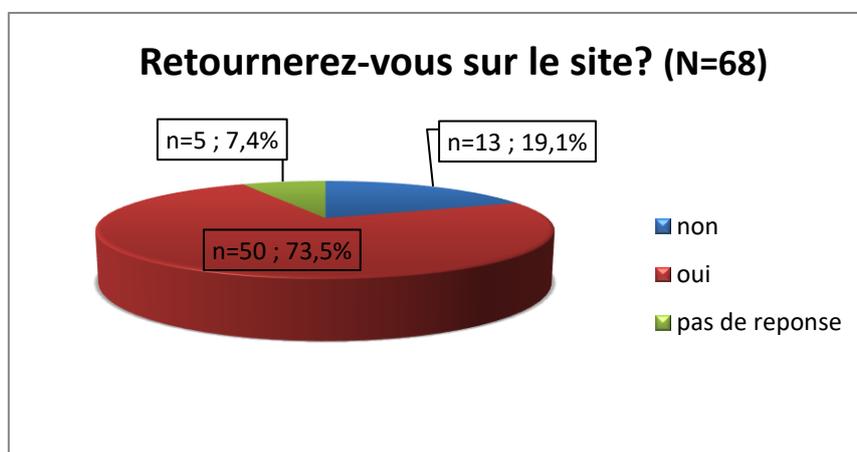
Pour internet, l'argument « d'un support aidant pour rappeler les conseils » est également évoqué. « La facilité d'accès, la rapidité de recherche et la disponibilité des documents » sont repris par plusieurs patients. De même, « l'abondance des conseils » possibles à trouver ainsi que « leur actualisation jour après jour » sont soulignées. Internet permet « une économie de papier » et présente « l'avantage de pouvoir offrir des conseils animés ».

3 patients avancent des arguments négatifs :

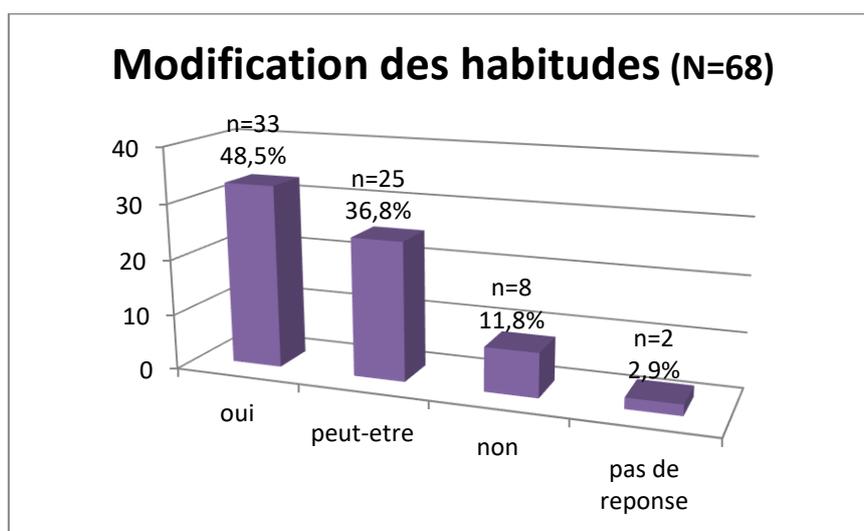
- l'un dit préférer les brochures sans détailler plus,
- l'autre considère « qu'il faut quand même faire un tri dans les informations trouvées »
- et le dernier n'a tout simplement « pas le réflexe internet ».

#### 4) Conséquences de la consultation portant sur la prévention:

**Figure 19 :** Retourneriez-vous sur le site ?



**Figure 20 :** Impact de ces consultations sur la modification des habitudes



73,5 % des 68 patients répondent qu'ils retourneront sur le site suite à la consultation. 48,5 % des 68 patients pensent « modifier leurs habitudes » suite à celle-ci et 36,8 % « peut être ».

A la fin du questionnaire, nous avons demandé aux patients si ils étaient d'accord pour laisser leur numéro de téléphone de façon anonyme afin qu'on les rappelle un mois plus tard pour connaître leur utilisation du site et leur avis sur ce dernier sur différents critères (fond, forme, thèmes, documents). Mais seulement, 10 patients ont inscrit leur numéro de téléphone soit 15 %. En définitif, ils n'ont pas été recontactés du fait d'un nombre trop restreint de patients d'accord pour obtenir une significativité des résultats et d'un manque de temps.

## **II) Partie Analytique : Analyse des pratiques et de l'intérêt du site :**

### **A) Utilisation du site Prevencliv :**

Les 19 médecins ont donc réalisé au total 100 consultations pendant lesquelles ils ont évoqué cette étude auprès de leur patient. Mais, parfois au cours d'une seule consultation, ils ont discuté de plusieurs thèmes de prévention avec le patient, utilisant des supports différents selon le thème. Ainsi, nous avons choisi de nous baser sur le nombre de thèmes évoqués et non sur le nombre de consultations pour éviter au maximum un biais de classement ou de mesure.

Ainsi, sur les 115 évocations de thèmes de prévention par les 19 médecins auprès de leurs patients, le site Prevencliv a été utilisé 78 fois soit pour 67,8 % d'entre elles. Lorsque les médecins n'utilisaient pas le site Prevencliv, ils se servaient soit d'autres sites, soit de brochures ou d'articles, soit d'aucun autre support.

Pour définir les pratiques préventives des médecins afin de mettre en évidence si un site internet pouvait leur être utile, nous avons choisi d'analyser cette utilisation du site Prevencliv en fonction de diverses variables telles que l'âge du médecin, le sexe, le type d'exercice, son engagement dans la formation à la prévention.

Par ailleurs, pour évaluer l'intérêt du site en consultation, on a croisé la donnée « utilisation du site » avec les variables concernant le point de vue des médecins sur le temps accordé à la prévention lors de la consultation, la pertinence, la maniabilité, l'interaction dans la relation médecin patient et les thèmes principaux. Ensuite, on a recherché s'il existait un lien significatif entre ces données en calculant le « p » par le test du Chi 2 ; ou le test de Fisher si les conditions du Chi 2 n'étaient pas respectées. Un lien significatif a ainsi été mis en évidence si  $p < 0.05$ .

Les thèmes principaux correspondent aux thèmes les plus évoqués lors des consultations de cette étude. Ainsi, sur 115 consultations, il y a eu 32 évocations de Mal de Dos, 26 concernant la Nutrition, 15 concernant le Risque cardio-vasculaire, 15 évoquant les Addictions (13 Tabac + 2 Alcool).

**Tableau 8**: Utilisation du site Prevencliv

| N=115  |                          | Utilisation Prevencliv lors des consultations = oui |       | p  |
|--|--------------------------|---|-------|--|
|  |                          | n   | % oui |  |
| <i>Age du médecin</i>                                    |                          |   |       |  |
|  | < 50                     | 57  | 65 %  | p = 0,206 (test du Chi 2) <b>NS</b>        |
|  | >50                      | 21  | 78 %  |  |
| <i>Sexe du médecin</i>                                   |                          |   |       |  |
|  | Femme                    | 49  | 77 %  | p = 0.025 (test du Chi 2)                  |
|  | Homme                    | 29  | 57 %  |  |
| <i>Type d'exercice</i>                                   |                          |   |       |  |
|  | Rural                    | 10  | 83 %  | p = 0,076 (test de Fisher) <b>NS</b>       |
|  | Semi-rural               | 44  | 60 %  |  |
|  | Urbain                   | 24  | 80 %  |  |
| <i>Participation à des formations de prévention</i>      |                          |   |       |  |
|  | Oui                      | 42  | 57 %  | p = 0,00064 (test du Chi 2)                |
|  | Non                      | 36  | 88 %  |  |
| <i>Temps accordé à la prévention</i>                     |                          |   |       |  |
|  | <15 min                  | n = 75  | 74 %  | p = 0,00059 (test de Fisher)               |
|  | >15 min                  | n = 3   | 23 %  |  |
| <i>Pertinence du site selon médecin</i>                  |                          |   |       |  |
|  | Oui                      | 72  | 76 %  | p = 6,77.10 <sup>-5</sup> (test du Chi 2)  |
|  | Non                      | 6   | 30 %  |  |
| <i>Maniabilité du site selon médecin</i>                 |                          |   |       |  |
|  | Oui                      | 74  | 76 %  | p = 6,49.10 <sup>-6</sup> (test du Chi 2)  |
|  | Non                      | 4   | 22 %  |  |
| <i>Interaction gênante d'Internet dans la relation :</i> |                          |   |       |  |
|  | Oui                      | 0   | 0 %   | p = 4,67.10 <sup>-6</sup> (test de Fisher) |
|  | Non                      | 78  | 74 %  |  |
| <i>Thème</i>   |                          |   |       |  |
|  | Addiction                | 6   | 40 %  | p = 4,79.10 <sup>-5</sup> (test de Fisher) |
|  | Nutrition                | 18  | 69 %  |  |
|  | Mal de Dos               | 31  | 97 %  |  |
|  | Risque cardio-vasculaire | 8   | 53 %  |  |
|  | Autres                   | 15  | 56 %  |  |

En ce qui concerne la pratique préventive, on ne met ainsi pas en évidence de lien significatif entre l'âge, le type d'exercice et l'utilisation du site étant donné que le p n'est pas inférieur à 0.05. Par contre, il existe un lien entre le sexe du médecin et l'utilisation du site, avec une utilisation plus importante par les femmes à hauteur de 77 % de leurs consultations contre 57

% pour les médecins de sexe masculin. On en retrouve un également entre la formation des médecins à la prévention et l'utilisation du site avec un taux de 88 % d'utilisation du site par les médecins non formés et de 53 % pour les médecins formés.

En ce qui concerne un possible intérêt du site Prevencliv, des liens significatifs ont été mis en évidence entre les différentes variables.

Ainsi, dans 74 % des consultations où Prevencliv a été utilisé, le temps accordé à la prévention a duré moins de 15 min contre 23 % d'une durée supérieure à 15 min. De même, pour 76 % des consultations où les médecins se sont appuyés sur le site, ils ont jugé celui-ci pertinent et maniable. Dans 74 % d'entre elles, l'interaction du site sur la relation a été jugée non gênante.

On peut également estimer que essentiellement les médecins se sont tournés vers le site plutôt que les brochures pour les thèmes « Mal de dos » et « Nutrition ».

### B) Documents remis en fin de consultation issus du site Prevencliv :

A la fin de ses 115 évocations de prévention, 73 fois des documents issus du site ont été donnés aux patients que ce soit juste le lien du site, ou des imprimés via le site ou les deux.

Lorsque les médecins n'ont pas donné de documents relatifs au site, ils ont remis 45 fois des brochures, 2 fois d'autres documents papiers tel que la photocopie d'un article de magazine, 5 fois un autre site (Prescrire ou Cardio-HAS) et neuf fois aucun document.

Pour les mêmes raisons d'analyse de pratique préventive et de mise en évidence de l'intérêt du site selon les médecins, nous avons croisé la donnée « Documents remis en fin de consultation issus du site » avec les variables : âge du médecin, sexe du médecin, type d'exercice, formation à la prévention, temps accordé à la prévention, pertinence/maniabilité/interaction sur la relation selon les médecins, thèmes principaux.

**Tableau 9** : Remise des documents du site

|                                 | Documents remis issus du site= oui |       | p                         |
|---------------------------------|------------------------------------|-------|---------------------------|
|                                 | n                                  | % oui |                           |
| <i>Age du médecin</i><br>N=132  |                                    |       |                           |
| <50                             | 53                                 | 50 %  | p = 0,028 (test du Chi 2) |
| >50                             | 20                                 | 74 %  |                           |
| <i>Sexe du médecin</i><br>N=141 |                                    |       |                           |
| Femme                           | 47                                 | 62 %  | p = 0.009 (test du Chi 2) |
| Homme                           | 26                                 | 40 %  |                           |

|  |    |      |  |
|--|----|------|--|
| <i>Type d'exercice</i><br>N=132                              |    |      |  |
| Rural  | 3  | 25 % | p = 0,062 (test du Chi 2)<br><b>NS</b> |
| Semi-rural   | 47 | 56 % |  |
| Urbain   | 23 | 64 % |  |
| <i>Participation à des formations de prévention</i><br>N=140 |    |      |  |
| Oui  | 47 | 50 % | p = 0.55 (test du Chi 2)<br><b>NS</b>  |
| Non  | 26 | 55 % |  |
| Temps accordé à la prévention<br>N=140                       |    |      |  |
| <15min   | 73 | 60 % | p = 0,217 (test du Chi 2)<br><b>NS</b> |
| >15 min  | 8  | 44 % |  |
| Pertinence du site selon médecin<br>N=141                    |    |      |  |
| Oui  | 69 | 58 % | p = 0.0011 (test du Chi 2)             |
| Non  | 4  | 19 % |  |
| Maniabilité du site selon médecin<br>N=136                   |    |      |  |
| Oui  | 70 | 58 % | p = 0.028 (test du Chi 2)              |
| Non  | 3  | 19 % |  |
| Interaction gênante d'Internet dans la relation<br>N=136     |    |      |  |
| Oui  | 0  | 0 %  | p = 0.0003 (test de Fisher)            |
| Non  | 73 | 58 % |  |
| Thèmes<br>N=141  |    |      |  |
| Addiction  | 4  | 22 % | p = 0,049 (test du Chi 2)              |
| Nutrition  | 16 | 52 % |  |
| Mal de Dos   | 24 | 67 % |  |
| Risque cardio-vasculaire                                     | 10 | 50 % |  |
| Autres   | 19 | 53 % |  |

En ce qui concerne l'analyse des pratiques préventives, un lien significatif a été retrouvé entre l'âge du médecin, le sexe du médecin et le fait de donner à la fin de la consultation des documents issus du site Prevenclik. Ainsi, les plus de 50 ans ont remis dans 74 % de leurs consultations, des documents issus du site contre 50 % pour les moins de 50 ans. Les médecins de sexe féminin en ont donné dans 62 % de leurs consultations contre 40% pour les hommes.

En ce qui concerne un possible intérêt du site Prevencliv, des liens significatifs ont été mis en évidence entre les différentes variables sauf avec la variable « temps accordé à la prévention ».

Ainsi, les médecins ont estimé le site pertinent, maniable et sans interaction gênante, dans 58 % des consultations où ils ont remis au patient des documents issus du site. Ils ont donné essentiellement de la documentation de Prevencliv lorsque les consultations de prévention concernaient un mal de dos, ou la nutrition. Pour le thème « Risque Cardiovasculaire », que ça soit pendant la consultation ou à la remise des documents à la fin, les médecins ont été plus partagés en se servant dans la moitié des cas du site.

**Tableau 10 :**

|                               |     | Utilisation de Prevencliv |     | Test du Chi 2 :<br>$p = 1.77. 10^{-7}$ |
|-------------------------------|-----|---------------------------|-----|--|
|                               |     | Oui                       | non |  |
| Documents remis issus du site | oui | 65 (89 %)                 | 8   |  |
|                               | non | 33 (49 %)                 | 35  |  |
|                               |     |                           |     | N = 119                                |

Ce tableau montre que majoritairement, les médecins qui ont utilisé le site Prevencliv pendant la consultation ont également remis à la fin de celle-ci des documents issus du site.

**C) Intérêt supplémentaire du site par rapport aux brochures selon différentes variables :**

On l'a vu précédemment, 63,2 % des 19 médecins sont « tout à fait d'accord » ou « d'accord » pour dire que le site a un intérêt supplémentaire par rapport aux brochures. Mais si on analyse cet avis pour chaque consultation en fonction des mêmes variables explicatives pour évaluer d'une autre manière les pratiques préventives afin d'en ressortir l'utilité de cet outil et l'intérêt du site, on obtient ce tableau :

**Tableau 11** : Intérêt du site Prevenclie

| N=115  | Intérêt supplémentaire du site par rapport aux brochures = Tout à fait d'accord + d'accord |                                  |   |
|--|--|----------------------------------|---|
|  | n  | % Tout à fait d'accord+ d'accord | p   |
| Temps accordé à la prévention                |  |                                  |   |
| <15  | 63   | 62 %                             | p = 0,004 (test de Fisher)                |
| >15  | 13   | 100 %                            |   |
| Age du médecin                               |  |                                  |   |
| <50  | 49   | 56 %                             | p = 2,09.10 <sup>-5</sup> (test du Chi 2) |
| >50  | 27   | 100 %                            |   |
| Sexe du médecin                              |  |                                  |   |
| Femme  | 38   | 59 %                             | p = 0.089 (test du Chi 2) <b>NS</b>       |
| Homme  | 38   | 75 %                             |   |
| Type d'exercice                              |  |                                  |   |
| Rural  | 10   | 83 %                             | p = 0,0004 (test de Fisher)               |
| Semi-rural                                   | 39   | 53 %                             |   |
| Urbain                                       | 27   | 90 %                             |   |
| Participation à des formations de prévention |  |                                  |   |
| Oui  | 43   | 58 %                             | p = 0,015 (test du Chi 2)                 |
| Non  | 33   | 27 %                             |   |
| Thèmes                                       |  |                                  |   |
| Addiction                                    | 8  | 53 %                             | p = 0,0007 (test du Chi 2)                |
| Nutrition                                    | 20   | 77 %                             |   |
| Mal de dos                                   | 29   | 91 %                             |   |
| Risque Cardio-vasculaire                     | 7  | 47 %                             |   |
| Autres                                       | 12   | 44 %                             |   |

On a mis en évidence des liens significatifs entre l'avis positif des médecins sur l'intérêt supplémentaire du site par rapport aux brochures et les différentes variables, sauf avec le sexe du médecin. Ainsi, pour 100 % des consultations des médecins de plus de 50 ans, les médecins ont trouvé un intérêt supplémentaire versus 56 % des consultations des médecins de moins de 50 ans, ainsi que dans 90 % des consultations des médecins pratiquant en zone urbaine et 83 % en zone rurale. Les médecins formés en ont vu un intérêt certain dans 58 % de leurs consultations.

Cet avis positif sur le site a été énoncé pour 91 % des consultations portant sur le thème « Mal de Dos », et 77 % pour le thème « Nutrition ».

Ceci permet de faire un état des lieux des avis sur ce nouvel outil selon les médecins et selon le thème.

D) Avis des médecins concernant le site Prevencliv sur différents aspects selon les différents thèmes évoqués :

- sur le gain de temps:

On l'a vu précédemment, 52,6 % des 19 médecins sont « tout à fait d'accord » ou « d'accord » pour dire que le site apporte un gain de temps. L'analyse de cet avis pour chaque consultation en fonction du thème permet d'obtenir ce tableau :

**Tableau 12 :**

| N=115  |                          | Gain de temps = Tout à fait d'accord + d'accord |                                  | p                         |
|--------|--------------------------|---|----------------------------------|---------------------------|
|        |                          | n   | % Tout à fait d'accord+ d'accord |                           |
| Thèmes |                          |   |                                  | p = 0,014 (test du Chi 2) |
|        | Addiction                | 6   | 40 %                             |                           |
|        | Nutrition                | 11  | 42 %                             |                           |
|        | Mal de dos               | 27  | 84 %                             |                           |
|        | Risque Cardio-vasculaire | 5   | 33 %                             |                           |
|        | Autres                   | 17  | 63 %                             |                           |

On a mis en évidence des liens significatifs entre l'avis positif des médecins sur le gain de temps apporté par l'utilisation du site et les différents thèmes. Ainsi, pour 84% des consultations portant sur le thème « Mal de Dos », un bénéfice sur le temps a été noté. Pour les thèmes « Nutrition », « Addiction », « Risque cardio-vasculaire », ce bénéfice est plutôt mitigé, avec un avis positif pour respectivement 42 %, 40 % et 33 % des consultations. Pour l'ensemble des autres thèmes, ce gain de temps est souligné pour 63 % des celles-ci.

- Sur l'utilité de l'outil pour la pratique préventive :

**Tableau 13 :**

| N=115  |                          | Outil utile pour la pratique préventive = Tout à fait d'accord + d'accord |                                  | p                                       |
|--------|--------------------------|---|----------------------------------|---|
|        |                          | n   | % Tout à fait d'accord+ d'accord |   |
| Thèmes |                          |   |                                  | p = 0,069 (test de Fisher)<br><b>NS</b> |
|        | Addiction                | 11  | 73 %                             |   |
|        | Nutrition                | 23  | 85 %                             |   |
|        | Mal de dos               | 21  | 66 %                             |   |
|        | Risque Cardio-vasculaire | 7   | 47 %                             |   |
|        | Autres                   | 22  | 81 %                             |   |

Dans cette analyse, on est proche de la significativité. Ainsi dans 85 % des consultations portant sur la « Nutrition », dans 73 % de celles portant sur les « Addictions », et dans 66% de celles portant sur le « Mal de Dos », le site est estimé utile. Il l'est un peu moins selon les médecins en ce qui concerne le « Risque Cardio-vasculaire » à hauteur de 47 % des consultations portant sur ce thème.

- *Sur la pertinence du site:*

**Tableau 14 :**

| N=115  |                          | Pertinence du site = très pertinent + pertinent |                              | p                          |
|--------|--------------------------|---|------------------------------|----------------------------|
|        |                          | n   | % Très pertinent + pertinent |                            |
| Thèmes | Addiction                | 10  | 67 %                         | p = 0,045 (test de Fisher) |
|        | Nutrition                | 18  | 69 %                         |                            |
|        | Mal de dos               | 30  | 94 %                         |                            |
|        | Risque Cardio-vasculaire | 13  | 87 %                         |                            |
|        | Autres                   | 24  | 89 %                         |                            |

On note un lien significatif entre l'avis des médecins sur la pertinence du site et le thème évoqué en consultation. Ainsi, globalement, pour tous les thèmes, ils ont trouvé le site pertinent en particulier pour le thème « Mal de dos » pour 94 % des consultations et pour le thème « Risque cardio-vasculaire » dans 87 % des consultations.

- *Sur la maniabilité du site:*

**Tableau 15 :**

| N=110<br>Car 2 sans réponse pour les thèmes Nutrition et Risque CV<br>Et 1 sans réponse pour le thème addiction |                          | Maniabilité du site = très maniable +maniable |                           | p                          |
|---|--------------------------|---|---------------------------|----------------------------|
|   |                          | n   | % très maniable +maniable |                            |
| Thèmes  | Addiction                | 9   | 69 %                      | p = 0,019 (test de Fisher) |
|   | Nutrition                | 21  | 84 %                      |                            |
|   | Mal de dos               | 32  | 100 %                     |                            |
|   | Risque Cardio-vasculaire | 12  | 92 %                      |                            |
|   | Autres                   | 23  | 85 %                      |                            |

Il existe un lien significatif entre la maniabilité du site et les thèmes évoqués comme démontré dans ce tableau avec un  $p < 0.05$ . Ainsi, dans 100 % des consultations évoquant le thème « Mal de Dos », dans 92 % de celles pour le « Risque cardiovasculaire », dans 84 % de celles pour la « Nutrition » et dans 69 % de celles concernant les « Addictions », les médecins ont jugé le site maniable.

## **Au Total :**

Pour faire un point sur les pratiques préventives mises en évidence par notre étude, nous avons remarqué que les médecins non formés à la prévention ou de sexe féminin ont eu plus tendance à utiliser le site Prevencllic pendant les consultations. De même, les médecins de plus de 50 ans ou de sexe féminin ont eu tendance à remettre plus fréquemment des documents issus de Prevencllic.

Concernant l'intérêt du site, les médecins ont globalement tous jugé que le site apportait un intérêt supplémentaire par rapport aux brochures surtout les plus de 50 ans et ceux travaillant en zone urbaine ou rurale. Seul les non formés à la prévention y ont vu un intérêt moindre.

De même, que ça soit pour l'utilisation du site pendant les consultations, ou concernant la remise de documents issus du site à la fin de celles-ci, les médecins ont estimé le site Prevencllic plutôt pertinent, maniable dans l'ensemble et n'entraînant pas une interaction gênante dans la relation médecin-patient.

On note également que l'utilisation de Prevencllic est associée de manière plus fréquente à une durée de consultation plus courte (moins de 15 min).

Notre analyse selon les thèmes a montré que globalement, la pertinence et la maniabilité du site ont été jugées positivement quelque soit le thème évoqué, avec une plus value pour les thèmes « Mal de Dos », « Nutrition », et « Risque cardio-vasculaire ».

Pour les thèmes « Mal de dos » et « Nutrition, les médecins se sont tournés essentiellement vers le site au cours de la consultation plutôt que les brochures ou d'autres sites déjà existants et ont remis préférentiellement des documents issus du site. Pour le thème « Risque cardio-vasculaire », ils ont été plus partagés avec une utilisation du site et une remise de documents issus de ce dernier dans environ la moitié de leurs consultations.

Les médecins ont noté un bénéfice sur le temps essentiellement pour les consultations ayant traitées le thème « Mal de dos ».

Un intérêt supplémentaire du site par rapport aux brochures a été surtout remarqué lors des consultations traitant du thème « Mal de dos » ou « Nutrition ».

# **DISCUSSION**

## **I) Sur la méthodologie :**

Nous sommes ici sur une étude observationnelle descriptive transversale visant d'une part à observer les pratiques préventives des médecins généralistes au cabinet et d'autre part à questionner les médecins et les patients sur leur point de vue concernant le site Prevencliv. Le but de cette étude est de mettre en évidence l'intérêt du site Prevencliv dans la pratique préventive via un questionnaire médecin et un questionnaire patient ainsi qu'un tableau de relevé de consultations avec des variables qualitatives (non dénombrables) et quantitatives (dénombrables).

### *1) Validité interne de l'étude soit le degré de correspondance entre les données et la réalité :*

Par mon étude, j'ai sélectionné qu'un échantillon de la population cible par convenance que ça soit du côté des médecins et des patients afin de travailler sur un nombre limité de participants. Les résultats sont donc soumis à des fluctuations d'échantillonnage entraînant des sources de variabilité dues au hasard. Ceci entraîne ainsi nécessairement une différence entre les valeurs obtenues dans l'étude et les vraies valeurs de la population source. Ces sources de variabilité sont d'autant plus grandes que l'échantillon est petit.

### *2) Validité externe de l'étude soit le degré de généralisation :*

C'est-à-dire le degré pour lequel les conclusions seraient valables pour d'autres personnes dans d'autres lieux et à d'autres moments que ceux de l'étude.

### *Biais de sélection :*

#### *- Méthode de diffusion du questionnaire au médecin:*

J'aurais pu créer un questionnaire via Google Forms puis l'envoyer par mail à différents médecins pour obtenir plus de participants et de manière plus dispersée/aléatoire mais nous étions coincées par la réalité du questionnaire patient. Je ne pouvais pas demander aux médecins d'en imprimer pour chaque patient qu'ils incluaient car non seulement cela leur faisait perdre du temps lors de leur consultation mais en plus ils auraient été obligés d'utiliser leur stock de papier. Or nous savons combien déjà la quantité de papier utilisé dans un cabinet par jour est importante. Je n'aurais eu que peu de participants. Il fallait donc que je me déplace pour leur donner tous les éléments mais aussi pour les récupérer. Faisant mes recrutements à la fin de la journée, j'ai pris essentiellement des cabinets autour de mes lieux de travail et de surcroît, des cabinets de groupe pour être plus efficace. Ce mode de recrutement par convenance a donc forcément entraîné un biais de sélection par la limitation de la zone géographique et par le choix de cabinets de groupe.

#### *- Recrutement des médecins :*

J'ai été confrontée à différents types de médecins lors de mon recrutement. Mais la majorité de ceux qui ont accepté de participer avait moins de 40 ans (68 % des 19 médecins). Ce déséquilibre a pu entraîner un biais. En tout cas, ceci paraît peu étonnant car ce sont souvent les plus enclins à participer à ce genre d'étude. Ils ont une plus grande connaissance de l'outil

informatique, l'exploitant de manière plus naturelle que nos aînés et sont plus ouverts aux changements des pratiques.

De même, la plupart ne connaissaient pas Prevencliv, mais ont vu là une occasion de découvrir ce site et de voir si cela pouvait modifier leurs pratiques. Ainsi, la majorité des médecins ont découvert le site pendant l'étude et donc n'avait pas le recul nécessaire pour bien l'appréhender. De ce fait, un autre biais potentiel a pu en découler.

Par ailleurs, on peut estimer que les médecins ayant répondu favorablement via la secrétaire ou les mails étaient déjà de base plus enclins à faire de la prévention, car on se doute bien que les médecins n'en faisant pas habituellement ne vont pas être naturellement attirés par ce sujet de thèse et répondre au mail.

#### - *Recrutement des patients :*

Les patients ont été choisis par les médecins également par convenance selon si ils avaient le temps ou si ils y pensaient. Le temps étant effectivement un élément précieux pour les médecins, cela a forcément influencé leur choix. Ils ont ainsi peut être pris des patients qu'ils estimaient pouvoir être apte à comprendre cette étude portant sur un site médical et être intéressé à y participer, donc peut être plus jeunes et plus ouverts à discuter de prévention. De plus, le questionnaire devant être rempli immédiatement à la fin de la consultation, ce détail a influé sur la sélection des patients. En effet, ceux qui ont pris le temps de répondre à ce questionnaire malgré déjà le temps d'attente et le temps de la consultation, sont probablement des patients plus enclins à faire attention à leur santé et peut être plus attirés par les nouvelles technologies dans le monde de la santé.

#### Biais de classement ou de mesure

Ce sont les biais qui interviennent pendant la réalisation de l'étude. Dans notre cas, on retrouve comme biais :

#### - Sur les conditions de réalisation de l'étude :

-*la durée de l'étude sur un mois*, limitant le nombre de consultations par médecin et donc l'inclusion d'un grand nombre de patients et impactant sur la représentativité des résultats obtenus.

Cette courte durée d'utilisation du site peut avoir été un facteur limitant ou favorisant la bonne évaluation du site. En effet, d'un côté, les médecins n'ont pas eu le temps de s'habituer au fonctionnement du site. Ils n'ont donc pas pu découvrir toutes les données et toutes les possibilités qu'offrait le site et ainsi d'apprécier son utilité. D'un autre côté, certains détails potentiellement critiquables à la longue de l'utiliser, ont pu être négligés, ce qui aurait conduit à surestimer le site.

-*la saison de réalisation de l'étude* : une série au mois de Février et une série au mois de Mai, ce qui peut influencer sur les thèmes de prévention selon la saison et donc rendre aussi les résultats hétérogènes car les qualités ou les défauts du site ne sont peut être pas équivalents pour tous les thèmes de prévention.

- Sur les questionnaires :

*-le niveau adapté de langage :* En effet, le terme « HTA » non adapté au langage des patients n'a pas été compris par tout le monde. Cette question aurait dû être tournée autrement, soit « Avez-vous des traitements pour la tension ? », plus explicite.

*-la précision du questionnaire :* Les deux questionnaires comprenaient beaucoup de questions ouvertes. Or peu de patients ont répondu à ces questions par manque de temps, d'envie ou par difficulté à argumenter de façon concrète. De plus, les réponses à ce type de question sont de manière générale, difficiles à analyser. Il aurait été préférable de cibler ces questions avec des propositions de réponse. Par exemple, pour la question « Trouvez vous que l'utilisation d'un site internet est utile », on aurait pu la compléter avec des propositions type : 1) car gain de temps, 2) car outil pratique, 3) car outil attractif ....par exemple.

Concernant le questionnaire médecin, le même constat peut être fait concernant les questions ouvertes. Nous avons obtenu peu de réponses car les médecins n'avaient pas forcément le temps de palabrer et la difficulté de les exploiter reste la même.

Ces questions ouvertes apportent néanmoins l'avantage de recueillir les remarques des deux parties, ce qui n'est pas possible de façon aussi libre avec les questions fermées.

*-le nombre limité de questions :* L'élaboration du questionnaire s'est faite de façon la plus concise possible afin d'en favoriser l'adhésion des médecins et des patients mais ce nombre peut être remis en question car cela a peut être également amené à des manquements. Entre autre, ce questionnaire visait à montrer l'intérêt d'un site internet par rapport aux documents papiers. Il aurait dû ainsi apparaître une question concernant la préférence des patients entre la documentation papier et le site internet. Les réponses aux deux questions « Trouvez-vous que l'utilisation de brochures est utile ? » et « Trouvez-vous que l'utilisation d'un site internet est utile ? » peuvent en partie répondre à ce questionnement selon les réponses respectives mais pas de manière assez précise.

*-la bonne compréhension des questions de la part des médecins ou des patients :*

On peut prendre pour exemple, la question concernant le ressenti sur le temps passé à faire de la prévention. En effet, une patiente m'a, à juste titre, fait souligner qu'une consultation pouvait être longue mais intéressante ou au contraire longue et pesante. Ce n'était donc peut être pas les meilleurs adjectifs à utiliser pour qualifier ce temps car chacun pouvait en avoir son interprétation.

*-la subjectivité de l'évaluation par les médecins généralistes et les patients :* beaucoup de questions portaient sur un avis personnel du médecin ou du patient et non pas sur des données concrètes.

*-l'influence de l'étude elle-même et son intitulé,* sur le médecin à utiliser Prevenclis plutôt que les brochures ou autre site.

*-l'influence du médecin envers le patient selon le type de support choisi.* En effet, selon comment le médecin a présenté le site ou les brochures au patient, cela a pu influencer le patient sur certaines de ses réponses au questionnaire.

Il aurait été peut être nécessaire de tester auparavant ces questionnaires sur un échantillon de personnes issues de la population générale pour le questionnaire patient et sur nos pairs pour le questionnaire médecin afin d'en évaluer la compréhension, la pertinence et l'acceptabilité générale par sa présentation et sa durée.

- Sur la précision de l'étude :

En effet, nous avons voulu explorer le point de vue à la fois du médecin et du patient. Mais un travail de la sorte demande beaucoup de temps et de précision dans la réalisation des questionnaires, dans les conditions de réalisation de l'étude, dans le recueil des données et leur interprétation. Il aurait été probablement préférable que deux thèses soit réalisées sur ce sujet, l'une traitant du point de vue du médecin et l'autre de celui du patient. Cela nous aurait permis de récupérer des résultats probablement plus approfondis voire plus significatifs, surtout concernant le point de vue du patient où les données dans l'étude sont peu développées.

Biais d'interprétation :

- Sur le classement des réponses données en texte libre :

Il était parfois difficile de trouver le sens exact de ce que voulait exprimer les patients et d'autre part de classer ces idées en quelques variables afin de pouvoir les analyser et en tirer des conclusions. Ce travail de recueil reste donc très subjectif, soumis à l'interprétation d'une personne. De même, ce constat peut être fait concernant les réponses libres des médecins.

A noter également, les données ayant été rentrées manuellement sur Excel, ceci peut forcément poser la question d'éventuelles erreurs humaines dans le recueil et le report.

Points forts de l'étude:

Le fait de me déplacer dans des cabinets m'a permis de pouvoir convaincre de participer des médecins différents de ceux qui auraient eu tendance à répondre favorablement aux mails, soit entre autres des médecins plus âgés, pas forcément à l'aise avec l'outil internet et ne faisant pas forcément de la prévention une priorité.

Le questionnaire patient étant anonyme, les patients ont répondu sans crainte du jugement.

Le remplissage du tableau des consultations a permis d'objectiver l'utilisation du site par les médecins et donc de pouvoir assurer que leurs réponses concernant leur ressenti sur le site étaient fondées.

On est face à une étude qui a tenté d'explorer le point de vue des deux acteurs d'une consultation : le médecin et le patient, sur un même outil. Quand on regarde les thèses ou que l'on fait une recherche bibliographique, il est rare de trouver des études essayant de recueillir les deux avis. En général, elles ne reposent que sur le point de vue du médecin ou du patient.

## II) Sur les résultats

### 1) La représentativité de l'échantillon des médecins : Tableau 4

La moyenne d'âge du panel de médecins participants était de 39 ans avec 68 % des effectifs en dessous de 40 ans (figure 5). Cet âge est nettement inférieur à l'âge moyen des médecins généralistes en Loire Atlantique qui, au 1er janvier 2017, était estimé à 50,8 ans avec 20 % des effectifs en dessous de 40 ans [63]. Ce jeune âge a pu rendre l'adhésion plus facile à ce genre de support et donc surestimer l'évaluation de l'outil. En effet, nous pouvons imaginer, qu'après des années d'installation, il soit difficile pour certains de nos confrères de modifier leurs habitudes et d'adhérer à ces nouveaux outils.

De même, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la répartition Homme et Femme des médecins généralistes en Loire Atlantique était de respectivement 53 % et 47 % [63]. Notre échantillon, lui, se constituait à 37 % d'hommes et à 63 % de femmes (figure 5). Mais ceci s'explique en lien avec l'âge assez jeune de notre panel et la féminisation de l'exercice médical (46 % de femmes médecins en 2017 contre 30,2 % en 2009 et 21,5 % en 2003 en France). Comme le met en évidence l'Atlas de la Démographie médicale, en dessous de 54 ans, la proportion de femmes médecins est plus importante que celle des hommes ; et inversement au dessus de 54 ans.

Enfin, la proportion de médecins exerçant en milieu rural semblait a priori beaucoup moins importante dans notre échantillon (11 %) qu'au niveau national (figure 6). En effet, selon les données de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), en 2013, environ 15 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en milieu rural. Une des explications probables de cette différence est la perception qu'ont les médecins généralistes de l'exercice en zone rurale qui diffère de la définition de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) : « une commune rurale est une commune qui présente une zone de bâti continu (soit une zone dans laquelle aucune habitation n'est séparée de la plus proche de 200m) [...] comptant moins de 2 000 habitants ou une commune dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu ». En effet, une thèse réalisée en 2013 sur les freins d'installation en zone rurale chez les médecins mettait en évidence que la plupart des médecins ne connaissent pas la définition de la ruralité [64]. Certains y intègrent la distance avec les hôpitaux ou les villes, d'autres les aménagements existants ou non. La définition de la ruralité est donc complexe et dépend surtout des représentations de chacun. Il en est de même pour la caractérisation du semi-rural qui reste floue, avec l'existence de différentes définitions [64]. Selon les Nations Unies, la population semi-urbaine est définie comme celle de localités dont la population est trop peu importante pour être classée comme urbaine et qui exerce en majorité des activités non agricoles. Ainsi, certains médecins comme ceux de Corcoué sur Logne ou St Colomban ne définissaient pas leur mode d'exercice comme rural mais plutôt en semi-rural alors que selon le jugement d'autres médecins et selon la démographie de ces villes, on aurait tendance à le qualifier pourtant de rural.

Concernant la part de prévention que les médecins pensent y accorder lors de leurs consultations, on remarque que la majorité l'estimait entre 20 % et 30 % (figure 8). L'enquête

de la SFMG (Société Française de Médecine Générale) en 1995 estimait que les activités préventives représentaient un tiers de l'activité soit 32,35 % des consultations [18]. De même, le projet ECOGEN (Eléments de la COnsultation en médecine GENérale), réalisé en 2014 montrait que l'activité des médecins généralistes y était dominée par les situations de prévention à hauteur de 29 % (11 % des 38% de consultations traitant un thème principal) [20]. Dans l'étude ancillaire de ce projet portant sur la pratique préventive, il avait également été mis en évidence que la proportion médiane de consultations préventives par médecin était de 14,9 % [21]. Ainsi, l'estimation des médecins de notre échantillon semble en accord avec ces données de littérature.

Par contre, au vu de cette estimation, ce que l'on peut conclure, lorsque l'on regarde le nombre restreint de consultations recensées en un mois dans l'étude par médecin, c'est qu'ils n'ont pas véritablement joué le jeu. On reprendra ce constat plus tard.

Les médecins généralistes, dans le Baromètre santé de 2009, relataient comme élément permettant de faciliter les missions de prévention au cabinet selon les médecins, la formation en prévention et en éducation à hauteur de 78 % [19]. On note dans notre échantillon que 58 % des 19 médecins ont déjà participé à une formation sur la médecine préventive (figure 7). Cette donnée, bien que peu extrapolable du fait d'un échantillon peu représentatif de la population médicale concernant l'âge et le sexe, permet quand même de souligner que la majorité a une tendance à se former. De plus, notre échantillon étant jeune avec une forte proportion de médecins en dessous de 40 ans à 68 %, on peut estimer que certains d'entre eux vont continuer ou commencer à se former dans ce domaine.

Ainsi, globalement, notre échantillon de médecins était plus jeune que la population de médecins généralistes en Loire-Atlantique, constitué en majorité de femmes (expliqué par la féminisation de l'exercice), représentant peu la pratique rurale. Il existe donc un biais de sélection. Par contre, l'estimation de leur activité préventive était semblable à celle de la population médicale générale.

## 2) La représentativité de l'échantillon des patients : Tableau 6

Selon l'INSEE, l'âge moyen de la population Française sexe confondu était de 41,2 ans selon l'analyse démographique au 1<sup>er</sup> janvier 2017 [65]. Dans notre échantillon, l'âge moyen de nos patients inclus était de 47,8 ans donc un peu plus âgé (figure 14).

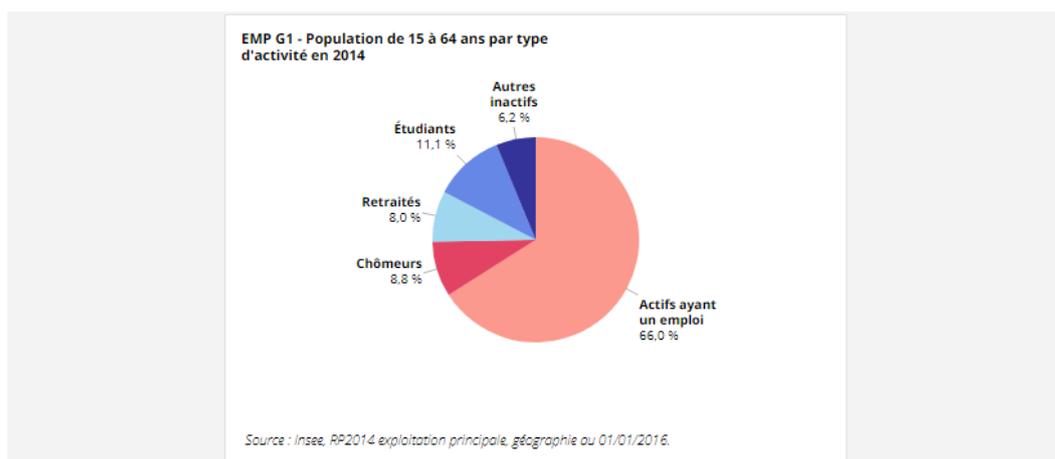
En 2012, la situation en Loire Atlantique était telle que les moins de 15 ans représentaient 19 % de l'effectif de la population régionale; les 15-64 ans, 63 % et les 65 ans et plus, 18 % de l'effectif [66]. Dans notre échantillon, la répartition était un peu différente avec un pourcentage moindre en moins de 15 ans avec 1,5 %, une proportion de 15-64 ans plus importante à hauteur de 78,8 % (figure 14). Les plus de 65 ans constituaient une part équivalente avec 19,7 % de l'échantillon. Ceci s'explique probablement par le fait qu'on voit très peu en consultation les adolescents hormis pour les certificats médicaux de sport (où on en profite pour faire de la prévention) mais ce n'était pas la saison. De plus, les médecins ont peut-être été frileux à inclure des patients jeunes du fait du questionnaire patient à remplir ne sachant pas si c'était au patient de le compléter ou aux parents présents lors de la consultation.

Effectivement, cela ne leur avait pas été précisé clairement en début d'étude. Un autre argument envisageable est le fait que les médecins ont préféré inclure des patients avec des antécédents notables nécessitant de la prévention, ce qui concerne donc une population plus âgée.

La proportion de femmes dans notre échantillon de 51,5 % (figure 14) était supérieure à celle de la population Française qui est de 49 % toujours selon les données de l'INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2017 mais sensiblement identique à la proportion de femmes en Loire-Atlantique qui est de 51,4 % selon les données de santé du département [65].

Avec nos données recueillies sur les patients, de 15 à 64 ans, nous retrouvons 11,5 % d'étudiants, 75 % d'actifs, 9,6 % de retraités et 5,8 % sans réponse (figure 14). Par rapport aux données démographiques en France de 2014 (figure 21), nous avons un plus fort taux d'actifs et pas d'évocation de chômage ou d'autres inactifs [65]. On peut, peut-être supposer que ceux qui n'ont pas répondu à cette question font partie de ces deux groupes là, n'ayant pas voulu le notifier malgré l'anonymat du questionnaire.

**Figure 21** : Population de 15 à 64 ans par type d'activité en 2014 (Données de l'INSEE) [64]



En 2009, dans les Pays de la Loire, le taux de diabétique était de 3.6 %, cette région étant la moins touchée par le diabète (4,4 % de diabétiques en France) [66]. Dans notre échantillon, ce taux était plus élevé à 13.2 % (Tableau 7). Ceci s'explique probablement par le fait que les médecins ont recruté plutôt des patients ayant des antécédents médicaux (diabète, obésité, HTA par exemple) et à qui il est important de donner des conseils et une éducation thérapeutique étant donné que l'étude portait sur la prévention (constat déjà évoqué pour l'âge). En effet, nous avons moins tendance à parler de prévention avec des patients dénués de soucis médicaux, même si cela reste tout aussi important d'en faire.

En 2012, 25 % des Ligériens de 25-75 ans déclaraient fumer quotidiennement [66]. Les patients de 16 à 90 ans inclus dans notre échantillon s'estimaient fumeurs à hauteur de 27,9 % (Tableau 7). Ce chiffre semble plutôt cohérent.

D'après des données validées par le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle, en France, en 2014, 11,6 millions de personnes se traitaient contre l'HTA, soit 30 % de la

population des plus de 35 ans [67]. Dans notre échantillon, ce taux était de 22 % avec possiblement une minimisation du taux exact étant donné que plusieurs patients m'ont fait remarquer qu'ils ne comprenaient pas cette question (Tableau 7).

Ainsi, notre échantillon de patients n'était pas tout à fait représentatif de la population cible, incluant peu de patients jeunes, de chômeurs ou d'inactifs, et avec une plus forte proportion de diabétiques ou de patients sous anti-hypertenseur que la moyenne. Ceci contribue également au biais de sélection.

### 3) L'utilisation d'Internet par les patients :

80,9 % des patients de l'échantillon ont répondu qu'ils utilisaient régulièrement internet et 4,41 % occasionnellement (figure 15). Par contre, seulement 47% ont déclaré aller sur des sites médicaux avec Doctissimo cité dans la moitié des cas (figure 16).

En 2014, l'INPES déclarait que l'usage général d'Internet concernait 86 % de la population [43]. Notre échantillon semble plutôt représentatif de ce fait.

L'institution déclarait également que le pourcentage d'internautes santé en France en 2014 était de 69 % [43]. Notre chiffre de 47 % de patients allant sur des sites médicaux semble plutôt faible en comparaison. Mais, attention, notre question ne comprenait que l'utilisation de sites médicaux alors que le terme « internaute santé » intègre aussi le fait d'utiliser des applications santé, des forums, des réseaux sociaux par exemple.

Selon l'INPES, 26 % des Internautes vont sur Doctissimo et 9 % sur Google [43]. Notre étude montre des résultats inférieurs, avec une évocation de Doctissimo dans 50 % et Google dans 2,6 %. Mais au vu de certaines réponses, je pense qu'encore une fois la question n'a peut être pas été comprise ou que les patients n'ont pas pris le temps de répondre correctement. En effet, certains patients ont mis des thèmes de recherche au lieu de sites médicaux précis : type médecine/santé ou huiles essentielles. De plus, on avait un fort taux d'abstention pour cette question à hauteur de 29%.

### 4) Le point de vue des médecins sur l'intérêt du site Prevencliv :

Les médecins ont utilisé le site Prevencliv dans 67,8 % de leurs consultations à caractère préventif. Ils se posent évidemment la question de savoir si pendant ce mois, ils ont pu utiliser le site en dehors de l'étude, c'est à dire sans forcément inclure de patients. Cette question est pertinente surtout lorsque l'on voit que les médecins ont inclus seulement entre 3 et 12 patients dans l'étude. En effet, si on se base sur leur estimation de la part qu'ils accordent à la prévention soit 20-30 % de leurs consultations, sur un mois de consultation, à environ 3-4 jours de consultation par semaine avec une moyenne de 20 patients par jour, ils auraient dû plutôt inclure entre 72 et 108 patients. Il existe probablement un manque de données notables, ce qu'il faut garder en mémoire pour le reste des résultats.

11 % des médecins ont trouvé le site proposé, très pertinent et 68 % pertinent (figure 9). La pertinence d'un site concerne sa capacité à apporter les informations que l'on recherche, avec

un niveau d'information adapté et de manière assez approfondi pour l'utilisateur [68]. Ce site a été créé par un médecin généraliste, en partenariat avec l'IREPS et avec l'avis de confrères, dans un but unique de faciliter la prévention au cabinet à destination initialement des médecins et par extension des patients. Il recense uniquement des documents de prévention. Le côté approfondi de l'information peut être l'élément qui peut faire défaut car en effet, certains médecins auraient peut être voulu d'autres thèmes ou plus de documents pour un thème donné.

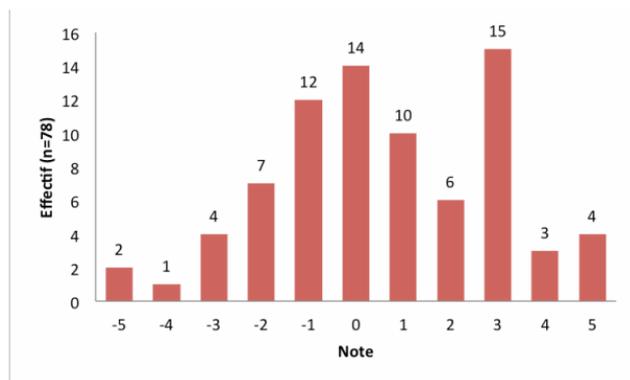
On peut affirmer que l'information trouvée y est de bonne qualité [68]. En effet, tous les documents de ce site sont issus de la documentation de l'INPES actuellement Santé Publique France, l'information est donc identifiée, sourcée. De plus, les informations trouvées sont fiables car issues d'une source contrôlée : les données de Santé Publique. Le site est par ailleurs mis à jour régulièrement, ce qui permet de renouveler et de mettre en évidence les dernières nouveautés en termes de documents dans le domaine de la prévention.

Un des arguments avancés pour la non-pertinence était l'existence de sites déjà dédiés pour certains thèmes de prévention comme tabac-info-service et donc l'absence d'intérêt d'en créer un autre. Cet argument peut être contourné en signalant que le site Prevenclis recense les autres sites internet possibles pour chaque thème. On les retrouve en cliquant sur « liens utiles ». Ceci permet ainsi d'avoir en un même lieu une ressource documentaire variée et riche sans avoir à ouvrir plusieurs fenêtres et d'avoir le choix de prendre le support avec lequel on est le plus à l'aise.

De même, 63 % des médecins trouvaient le site maniable (figure 10). Cela signifie qu'ils en appréciaient la structure, l'ergonomie (avec la sobriété, la lisibilité, la rapidité entre autre) et son esthétisme [68]. En effet, si on se réfère aux règles de création d'un site, Prevenclis comprend ces conditions : accéder à la page intéressée en 3 clics, un style épuré, un icône permettant de revenir à la page d'accueil en permanence, un temps de chargement rapide par exemple.

Concernant l'interaction d'un outil Internet sur la relation médecin-patient lors de la consultation, 10% des médecins trouvaient l'utilisation de cet outil gênant, 58 % peu gênant et 32 % non gênant (figure 11). Ils expliquaient leurs réponses par le fait que les patients avaient l'habitude de la présence de l'informatique lors d'une consultation. Une thèse portant sur l'impact de l'écran d'ordinateur en consultation de médecine générale du point de vue des médecins (2016), montrait cette même tendance de point de vue [69]. En effet, dans cette étude, les médecins cotaient l'impact global à 0,603 (figure 22). Pour eux, plus ils accordaient de temps à cet outil lors de la consultation, plus cela avait un impact négatif sur la relation avec le patient.

**Figure 22 :** Cotation de l'impact global de l'écran sur la relation médecin-patient [69]



Globalement, ils n'estimaient pas que l'écran puisse être une barrière à la communication verbale avec leur patient, ni qu'ils rataient certaines informations en étant concentrés sur l'ordinateur. 76 % estimait que la présence de l'écran n'empêchait pas le patient de se confier, au contraire cela lui laissait des temps pour s'exprimer [69]. Par contre effectivement, ils étaient plutôt d'accord avec le fait que cet outil fasse rompre en partie le contact visuel et que le patient puisse penser ne pas bénéficier de toute l'attention du médecin. En effet, avec le dossier médical informatisé, une étude a montré que 35.2 % de la durée d'une consultation médicale était dédié à l'écran d'ordinateur [70]. On peut s'imaginer que les médecins en rajoutant un outil internet pour la prévention en lieu et place des brochures, peuvent avoir peur de majorer ce temps, de créer des temps de silence supplémentaires pendant la recherche d'information et donc de rompre le contact avec le patient. Mais ce site est également dédié au patient et cela fait partie du temps dédié à la prévention que de le lui montrer et d'expliquer ce site pour qu'il puisse ensuite y naviguer seul. Dans ce cas, on ne rompt pas le contact. Au contraire, en tournant l'écran vers le patient afin de lui montrer le site, on le fait participer et les études ont montré que cela avait un fort impact positif dans la relation médecin-patient. On attire son attention en l'aidant à appréhender un nouvel outil riche en information tout en lui donnant des conseils de prévention.

On retrouve dans cette thèse, comme dans notre étude à travers les commentaires libres, que l'impact de l'utilisation de l'ordinateur dépend de l'âge du patient [69]. En effet, les patients âgés, moins habitués à cet outil, peuvent être plus facilement négatifs ou gênés par son utilisation au cabinet.

Il aurait été opportun lors de cette étude de demander également aux patients leurs avis sur cette interaction, afin de voir si ils ont globalement la même vision que les médecins sur l'impact qu'a l'ordinateur et donc Internet dans une consultation. En plus, en fonction de cette vision positive ou négative, on aurait pu présumer leur avis sur l'intérêt pour les patients d'un site concernant la prévention.

63,2 % des médecins de l'échantillon étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord » pour conférer au site un intérêt supplémentaire par rapport aux brochures (figure 12, Tableau 5). Et les arguments énoncés en réponses libres mettaient surtout en évidence le fait d'éviter d'avoir des brochures papiers qui prennent de la place, se perdent ou que l'on n'arrive jamais à avoir

en quantité suffisante au cabinet. Une thèse portant sur l'intérêt des brochures concernant la prévention des IST en 2009 par Dora Lévy a mis en évidence un défaut lié à ce type d'outil : un manque de réapprovisionnement qui a occasionné des manques de documents (par souci de commande ou de livraison) [71]. Un problème que l'on peut écarter avec l'utilisation d'un site internet qui concentre ces documents.

Deux médecins ont plutôt émis des avis négatifs concernant la plus value du site. L'un trouvait que le site n'apportait rien de plus par rapport aux brochures, et pour l'autre, il n'apportait rien de plus que le site de l'INPES. Et seulement, 52,6 % trouvaient que le site apportait un gain de temps (figure 12). Je pense et l'un des médecins me l'a également cité à l'oral, alors que je lui présentais l'étude, que ce qui rend résistant certains utilisateurs, c'est la multiplicité des sites dédiés à l'aide diagnostique ou thérapeutique déjà existants comme Antibioclic, ou Pediadoc. Le temps étant un enjeu précieux dans le travail au cabinet, certains craignent d'en perdre en utilisant ou en se rajoutant ce genre d'outil qu'il trouve inadapté à l'organisation d'une consultation. Mais, si on enregistre ce site sur sa barre d'outils parmi les favoris, son ouverture se réalise en deux clics. L'outil, en recensant une grande partie de la documentation de l'INPES et des liens utiles, a au contraire pour vocation le gain de temps. En effet, au lieu d'ouvrir plusieurs onglets avec : tabac-info service, alcool-info service, g-oubliepilule, choisirscontraception, manger-bouger et j'en passe, on peut se restreindre à n'avoir qu'un onglet avec Prevenclac pour la thématique prévention. De plus, le site est clair, ergonomique avec une classification par âge (identifiable par des images) puis par thèmes, qui permet un accès facile aux documents recherchés lors d'une consultation.

On pourrait imaginer aussi pour un gain de temps et pour être au plus près d'une démarche clinique, d'intégrer le site dans les logiciels métiers, ce qui permettrait par exemple, en fonction de résultats biologiques ou de facteurs de risque rentrés dans le dossier patient, d'avoir des alertes avec la possibilité d'imprimer des ordonnances contenant des conseils ou des brochures adaptées.

Concernant les questions, « Est-il plus facile de faire passer un message de prévention via un site internet ? » ou « Le patient est-il plus réceptif avec l'aide d'un site internet ? », les médecins ont répondu en majorité de façon mitigée puisqu'ils ont opté pour la réponse « en partie d'accord » à 73,7 % pour la première question et à 52,6 % pour la 2<sup>ème</sup> question (figure 5).

Il n'est pas aisé de trouver dans la littérature, une étude portant sur l'impact d'un site sur le patient dans le cadre de la prévention lors d'une consultation au cabinet. Par contre, diverses études portant sur l'utilisation d'un outil connecté pour des campagnes de promotion en ont évalué l'impact sur les patients.

Ainsi une étude britannique en 2011, baptisée « txt2stop », a mis en évidence que la réception de SMS incitant à l'arrêt du tabac augmentait le nombre de fumeurs déclarant avoir abandonné le tabac, cette affirmation étant vérifiée par un dosage de nicotine salivaire. Un autre programme intitulé T'Chat basé sur des échanges et des discussions, piloté par une psychologue, dans le cadre des troubles du comportement alimentaire a été mis en place en février 2011. Ce programme a montré que les patients appréciaient par ce biais, l'anonymat et le fait de pouvoir parler à un professionnel en dehors de son parcours de soin. Il a été

démontré que cela permettait également une meilleure compréhension et une meilleure acceptation de la maladie par l'entourage [72]. De même, dans l'étude de Franklin et al sur le thème de prévention « nutrition », on note que les adultes qui répondent aux messages par mail en s'enregistrant sur le site internet, ont modifié et même amélioré leur régime alimentaire [52,55].

Une revue systématique effectuée sur 39 articles issus de PubMed pour évaluer l'intérêt d'Internet comme outil d'éducation thérapeutique a mis en évidence que l'utilisation d'Internet pouvait induire des changements positifs dans les habitudes de vie des patients, bien sûr en complément d'une prise en charge classique. Ils ont également noté qu'Internet permettait d'améliorer la capacité d'aide à la décision des patients de façon supérieure ou égale aux supports papiers traditionnels [73].

Si on effectue une recherche bibliographique sur l'impact d'internet dans la santé ou plus précisément dans le domaine de la prévention, on note des avis divergents. Certains pensent qu'Internet offre un potentiel non négligeable, d'autres certifient qu'il faut se méfier de cet outil [52, 55, 56, 72, 73]. Or on ne peut pas avec l'évolution actuelle de la société et des technologies ne pas l'inclure dans le domaine de la santé. Un spécialiste de l'internet médical, Gunther Eysenbach de l'Université de Toronto, s'est interrogé sur l'impact d'Internet dans le domaine oncologique [74]. Selon lui, quatre modes d'utilisation d'Internet existent : la communication, les contenus, les liens en réseau et le commerce. Il a ainsi mis en évidence en analysant ces modes d'utilisation, qu'« Aujourd'hui, les effets d'Internet sur la prise en charge du cancer sont insaisissables et peut être ne seront jamais compris ». Pour lui, « on peut supposer (et tester) qu'il existe des associations entre l'emploi d'Internet et des variables comme : l'autoprise en charge, l'empowerment, l'anxiété, l'encouragement, la dépression ou les préjugés (positifs et négatifs) » [74].

Ainsi, il reste encore difficile à l'heure actuelle, de définir précisément l'impact d'Internet sur les patients et la modification de leurs habitudes.

De 26 % de médecins connaissant initialement ce site avec une utilisation épisodique pour 40 % et inexistante pour 60 %, on passe, suite à cette étude, à 89,5 % des médecins déclarant qu'ils retourneront sur le site (figure 13). Cette donnée en elle-même montre une certaine adhésion au site par les médecins. Il faudrait bien sûr pour s'assurer de cela, refaire un sondage 6 mois voire un an après auprès des médecins de l'échantillon pour savoir si on retrouve effectivement ce même chiffre. Mais on peut quand même y voir là un intérêt certain par les médecins pour cet outil.

##### 5) Le point de vue des patients sur les supports :

80,9 % des patients trouvaient l'utilisation d'une brochure dans la prévention utile (figure 17). Il est vrai que la brochure constitue une forme de communication particulière adaptée à la prévention. Elle permet de donner un message sur la santé de manière réduite simple et agréable à lire. Elle encourage l'utilisateur à devenir acteur de sa santé, de se prendre en main et de modifier certaines de ses habitudes afin d'éviter les risques potentiels, en l'informant et en le guidant.

En parallèle, 77,9 % des patients interrogés trouvaient l'utilisation d'un site Internet utile dans le cadre de la prévention (figure 18). Cette faible différence par rapport aux brochures peut peut-être s'expliquer par l'ancienneté de l'utilisation des brochures. En effet, les sites internet sur le thème de la prévention sont plus récents en comparaison des brochures. Ils sont donc utilisés de manière plus récente par les médecins et sont, par conséquent, possiblement moins connus par les patients.

Mais ce point de vue positif envers l'utilisation d'un site est une tendance que l'on retrouve dans certaines études concernant la médecine en générale. En effet, en 2004, dans l'enquête de Salo et al., 59 % des 328 patients enquêtés dans un service d'urgence répondaient qu'ils seraient très intéressés ou intéressés à ce qu'un site médical de bonne qualité traitant de leur problème de santé leur soit indiqué sur leurs papiers de sortie [47]. Ce constat a également été fait dans l'étude de Birchley et al en 2003 portant sur des patients de chirurgie colo-rectale [46]. Une étude en 2005 portant sur les parents amenant leurs enfants en consultation de gastro-entérologie pour un problème de constipation ou d'encoprésie a étudié la fréquence d'utilisation d'un site Web recommandé par un médecin. Sur les 83 familles ayant participé à l'étude, 65 % ont visité le site recommandé dans la semaine qui a suivi la consultation. Les autres ont donné comme argument un oubli ou un manque de temps [47].

Dans une autre enquête de Diaz et al. de 2005, 62,1 % des patients étaient d'accord sur le fait que le médecin devrait recommander des sites qui permettraient d'en apprendre plus sur la santé ou les soins (7,3 % pas d'accord, 30,5 % indifférent).

Dans l'étude de Doctissimo de 2004 portant sur les thèmes de recherche via trois sites Internet, plus de 95 % des patients souhaitaient trouver sur les sites un service permettant de poser des questions à des médecins ou des experts [75].

En 2002, dans l'enquête de Diaz et al., 11 % déclaraient utiliser Internet plutôt que de consulter ou de parler avec leur médecin. Les raisons les plus fréquentes invoquées étaient la facilité d'accès aux informations sur Internet et la gratuité. Les autres raisons étaient de savoir si le problème de santé justifiait une consultation chez le médecin, le manque d'ouverture et de disponibilité de ce dernier à la discussion et aux suggestions, la peur du médecin, l'impression d'une incompréhension, le manque de temps du médecin pour fournir davantage d'informations sur un sujet [47].

Une autre plus value du site internet de manière générale et surtout relatée par les adolescents est l'anonymat. En effet, via cet outil, ils peuvent par leurs propres moyens, rechercher des informations sans avoir peur du jugement du médecin.

Globalement, les patients trouvaient donc utile un support pour la prévention que ça soit sous la forme d'une brochure ou d'un site internet. En effet, les deux leur apportent un résumé visuel des conseils émis par leur médecin, l'un sous forme de papier et l'autre sous forme numérique imprimable si besoin. Ces supports facilitent la communication, la compréhension et parfois la satisfaction des patients d'avoir un repère surtout lorsque le médecin ne peut pas leur accorder plus de temps. Selon le théoricien L.Green, l'éducation thérapeutique, soit l'apprentissage au patient de compétences médicales, est un travail de pédagogie permettant

au patient de s'impliquer dans sa santé en prenant compte de ses caractéristiques actuelles [76]. Les supports quels qu'ils soient participent à ceci.

48,5 % des patients ont déclaré qu'ils modifieront leurs habitudes suite à cette consultation, et 37 % « peut être » (figure 20). Différentes études ont mis en évidence que les patients avaient tendance à plus facilement modifier leurs comportements lorsqu'un support écrit était délivré en association à un message oral avec explications plutôt qu'un support écrit seul [77]. Ici, on peut estimer que grâce au temps accordé par le médecin à l'explication de l'étude, à la présentation du site internet recensant la documentation préventive et à l'exposition des recommandations, ceci a eu une influence sur la volonté des patients à modifier leurs comportements. De même, l'utilisation de l'outil internet en particulier peut y avoir un rôle comme déjà évoqué précédemment (*cf point de vue des médecins*).

Nous n'avons dans cette étude que l'analyse du point de vue des patients sur le support. Ceci nous permet alors seulement de souligner que pour ces derniers l'utilisation d'un site internet dans ce contexte peut paraître pertinente. Par contre, nous n'avons pas leur point de vue explicite sur le site Prevencliv en particulier. En effet, il aurait fallu pour cela les appeler à distance comme cela était prévu initialement pour savoir s'ils y étaient effectivement retournés et recueillir leurs remarques sur différents aspects : fond, forme, thèmes, documents trouvés. La seule donnée concrète que nous avons c'est le nombre de patients déclarant qu'ils retourneront sur le site soit 73.5 % des 68 patients (figure 19). Il serait donc pertinent qu'une autre étude soit réalisée pour approfondir le point de vue des patients sur Prevencliv, par un questionnaire ou des entretiens dirigés ou semi-dirigés.

#### 6) Sur l'analyse des pratiques :

##### Thèmes de prévention évoqués :

Rappelons le Baromètre Santé 2009 qui mettait en évidence que 98 % des médecins considéraient avoir un rôle dans la prévention concernant plusieurs thèmes comme le tabagisme, l'alimentation, l'activité physique, le risque cardiovasculaire et l'alcoolisme [19]. De plus, il avait été mis en évidence que les médecins n'étaient pas très à l'aise avec la sexualité et la gestion des patients alcooliques. On retrouve effectivement ces constats en analysant les thèmes les plus évoqués lors des consultations réalisées dans le cadre de l'étude par nos médecins, soit dans l'ordre le Mal de Dos, la Nutrition, le Risque cardiovasculaire et les Addictions (Tabac essentiellement).

##### Utilisation du site :

Notre étude a mis en évidence que les médecins non formés ont utilisé le site Prevencliv à hauteur de 88 %, contre 53 % pour les médecins formés (Tableau 8). Cette différence de pratique peut s'expliquer par le fait que les médecins non formés ont moins de connaissances personnelles sur le sujet et ont ainsi tendance à se tourner vers ce site qui leur a été présenté pour l'étude afin d'avoir des outils pour faire de la prévention. Et, les médecins qui eux ont

reçu une formation en prévention se sont probablement plus reposés sur leurs connaissances acquises et/ou sur les documents remis ou conseillés lors de ces formations.

Les médecins se sont tournés vers le site Prevencliv plutôt que vers les brochures ou un autre site essentiellement pour les thèmes « Mal de dos » et « Nutrition » (Tableau 8). Pour les autres thèmes « Addiction », « Risque cardio-vasculaire » et autres, l'utilisation a été plus mitigée probablement du fait de l'existence déjà de sites de qualité et plus connus des médecins comme alcool-info-service, tabac-info-service et Cardio-HAS. Ils n'ont peut être pas trouvé le site Prevencliv pertinent pour ces thèmes là. Mais la plupart de ces autres liens se trouvent sur le site dans les rubriques « liens utiles » donc ils auraient pu passer par Prevencliv pour y accéder. Cela diminue probablement donc peu son intérêt pour ces autres thèmes du fait de son caractère complet incluant d'autres sites.

#### Remise des documents via le site :

Dans notre étude, les médecins de plus de 50 ans ont remis dans 74 % de leurs consultations, des documents issus du site Prevencliv contre 49,5 % pour les moins de 50 ans (Tableau 9). Pour l'avoir vu lors de mes remplacements, les médecins anciennement installés ont peu de brochures sur la prévention dans leur cabinet, peut être du fait d'un moindre intérêt porté à la prévention dans leur pratique. En effet, le curatif tient souvent une plus grande place pour cette catégorie de médecins. Ceci explique probablement la raison pour laquelle ils se sont donc plus facilement tournés vers le site Prevencliv pour rechercher les documents utiles à donner aux patients en fin de consultation, n'ayant pas d'autres supports à portée de main.

Les médecins de sexe féminin ont non seulement utilisé le site plus souvent lors de leurs consultations que les médecins de sexe masculin mais elles ont également donné plus fréquemment des documents issus du site en fin de consultation (Tableau 8 et 9). Ce constat peut s'expliquer par leur prédominance dans leur échantillon d'une part et par le fait que j'en avais remplacé certaines d'autre part (au contraire des médecins de sexe masculin). Ce dernier fait a conduit probablement à un investissement plus important dans cette étude avec une volonté plus grande d'exploiter ce site que je leur avais présenté, entraînant un biais.

Les praticiens ont donné essentiellement en fin de consultation, de la documentation issue de Prevencliv lorsque les consultations de prévention concernaient le Mal de Dos et la Nutrition (Tableau 9). Ils ont été plus mitigés en ce qui concerne le thème « Risque cardio-vasculaire » avec 50 % de documentations données issues du site. On peut estimer que pour les Addictions, les brochures papiers sont plus faciles à donner car elles font partie des brochures les plus présentes dans les cabinets. Et de plus, on sait que les médecins sont moins à l'aise à traiter les addictions comme on a pu le voir dans le Baromètre santé de 2009 [19]. Ainsi, on peut supposer qu'ils doivent naturellement se tourner vers des supports dont ils ont l'habitude et avec lesquels ils sont à l'aise. Mais ces pratiques peuvent être amenées à changer si le médecin s'approprie ce nouvel outil. Une autre éventualité possible, c'est que le médecin n'a pas trouvé la documentation concernant les addictions sur le site assez pertinente pour lui. Ce constat a déjà été évoqué dans le cadre de l'utilisation du site pour ce thème. Pour cette raison, il aurait été peut être préférable de demander aux médecins leur avis sur la pertinence pour chaque thème présent sur le site et non pas de manière globale.

## 7) L'analyse de l'intérêt des médecins envers le site :

### De manière globale :

Dans 89 % des consultations, les médecins qui ont utilisé le site Prevencliv au cours de la consultation pour parler de prévention ont également remis des documents issus de ce site au patient (Tableau 10). Cette donnée montre que les médecins ont trouvé ce site intéressant au point de l'utiliser tout au long de la consultation jusqu'à la remise des documents.

De plus, les médecins ont estimé le site pertinent, maniable et sans interaction gênante, dans respectivement 76 %, 76 % et 74 % des consultations où ils ont utilisé le site et dans 58 % des consultations où ils ont remis aux patients des documents issus du site (Tableau 8 et 9). Donc même si l'avis global positif est moins marqué pour la remise des documents issus du site que pour l'utilisation du site lors des consultations, il reste néanmoins présent de manière importante et cela conforte l'idée que ce site dédié à la prévention peut apporter un intérêt à la pratique préventive au cabinet. Ceci est d'autant plus marqué avec la mise en évidence d'un temps accordé à la prévention raisonnable lors de l'utilisation du site en consultation soit inférieur à 15 min.

Globalement, les médecins quelque soit leur âge, leur sexe, leur type d'exercice, ont trouvé que le site Prevencliv leur apportait un intérêt supplémentaire à des degrés variables sauf les médecins non formés qui y ont vu un intérêt que dans 23 % de leurs consultations (Tableau 11). Ceci peut éventuellement s'expliquer par le degré d'intérêt déjà limité à la base du médecin envers la prévention. En effet, il est probable que les médecins qui ne se forment pas à la prévention, ne font pas de la prévention un élément central de leur pratique au quotidien. Ils n'ont donc trouvé aucun bénéfice à l'utilisation de ce site pour eux et leur pratique au cabinet.

### Selon le thème :

Un avis positif sur l'intérêt supplémentaire du site par rapport aux brochures a été énoncé pour 91 % des consultations portant sur le thème « Mal de Dos », et 77 % pour la Nutrition. Mais cet avis a été positif pour seulement 53 % des consultations concernant les Addictions et 47 % pour le Risque Cardiovasculaire, ce qui est en accord avec les données trouvées pour l'utilisation du site lors de la consultation et pour les documents remis issus du site (Tableau 11). En effet, si les médecins se sont moins servis de ce site de manière globale pour ces thèmes là, forcément c'est que pour eux dans ces cas précis, son intérêt pouvait être contestable. Ainsi, le site ne paraît pas optimal pour ces thèmes là selon les médecins.

De même, le thème « Mal de Dos » a également été associé de manière plus marquée que les autres thèmes à un constat de gain de temps par les médecins (Tableau 12).

Et en terme de pertinence et de maniabilité, le site a été jugé positivement par le médecin quelque soit le thème avec un degré plus fort pour les thèmes « Mal de Dos », « Nutrition » et « Risque Cardiovasculaire » (Tableau 14 et 15).

Ainsi pour les thèmes « Mal de dos », « Nutrition », et plus ou moins « Risque Cardiovasculaire » l'intérêt du site est clairement mis en évidence. Pour les autres thèmes

principaux, en particulier « Addiction », du travail reste à fournir sur le site afin de l'améliorer selon les besoins et les remarques des médecins voire des patients.

### **III) Perspectives de développement :**

Le site nécessiterait encore des améliorations pour être totalement efficient. Les suggestions proposées par les médecins interrogés paraissent intéressantes, comme intégrer d'autres thèmes dont celui de la femme enceinte, avoir un lien permettant de commander des brochures de l'INPES (à l'image du site Ameli avec les tests de dépistage), de mettre un onglet « recherche » pour faciliter l'ergonomie.

Le rajout de thème avait déjà été évoqué par les médecins lors de la création du site. Mais dans un souci de présentation épurée, la créatrice du site avait décidé de se cantonner aux thèmes initiaux, ceux les plus couramment utilisés, afin de permettre un accès facile et rapide aux informations recherchées sans rompre le cours d'une consultation. En effet, plus un site est fourni, plus il est difficile de trouver l'information aisément et rapidement. Peut être serait-il judicieux d'envisager de refaire un sondage auprès des médecins sur les thèmes les plus couramment usités au cabinet et de revoir ce choix de thèmes.

L'ajout d'un item dédié à la femme enceinte semble intéressant dans le sens, où effectivement pour cette catégorie, la prévention est primordiale et riche concernant la nutrition, les addictions, l'automédication. Cela faciliterait possiblement la première consultation qui est connue pour être très longue du fait des nombreux renseignements et conseils à donner à la femme enceinte. La créatrice du site a bien sur pensé à rajouter ce thème mais il aurait fallu revoir pour cela le classement par âge. En effet, il aurait fallu rajouter un thème avec la femme enceinte avec en sous thème la nutrition, les addictions, l'automédication par exemple mais la classification par âge n'avait alors plus sa place, ou alors l'intégrer dans une catégorie d'âge mais dans ce cas, se posait la question de laquelle (adolescent ou adulte). Il faudrait donc peut être revoir cette classification par âge qui, du reste, a été critiquée par un des médecins, tout en gardant à l'esprit que la construction d'un site est limité par des règles d'élaboration, ce qui ne permet pas toujours de le créer comme on le voudrait.

Pour un travail plus complet et significatif, il serait bon de réévaluer à distance, après quelques mois d'utilisation, l'avis des médecins sur ce site et son intérêt dans leur pratique préventive, et ainsi de voir si ils ont continué à l'utiliser ou non et pour quelles raisons. Cela nous permettrait de nous enquérir des points négatifs ou positifs et de voir les éventuels changements possibles à faire, de tenter d'améliorer la maniabilité du site selon leurs suggestions.

Il faudrait également continuer à étendre la connaissance de ce site à d'autres médecins pour élargir son utilisation, comme la réalisation de cette thèse et le site Kit Medical ont déjà pu permettre de faire.

De même, et cela avait été évoqué au cours de la thèse mais non réalisable dans les faits du fait d'un travail déjà conséquent à réaliser et d'un calendrier restreint, de reprendre contact

avec les patients à 3-6 mois pour savoir si effectivement ils sont retournés sur le site et si cette consultation a pu leur permettre de modifier leurs habitudes et de quelle manière. On aurait ainsi pu compléter leur point de vue sur le site en recueillant leurs remarques positives ou négatives. Cela nous aurait permis d'avoir d'autres pistes de travail pour améliorer le site.

Une autre piste de travail éventuelle serait d'intégrer le site au logiciel métier avec des systèmes d'alertes selon les antécédents ou les résultats biologiques du patient et ainsi de proposer au médecin des brochures ou des fiches conseils à donner au patient. Ceci permettrait de ne pas rompre le cours de la consultation en restant uniquement sur le dossier informatique du patient sans être obligé de naviguer sur internet. Proposer une consultation dédiée à la prévention serait également une éventualité possible avec comme support documentaire ce site en passant en revue avec le patient l'ensemble des thèmes présents.

# CONCLUSION

La prévention, préoccupation actuelle des grandes Autorités de Santé, est au cœur des nouvelles lois Santé. Les patients semblent également y accorder une attention grandissante. Cet aspect de la pratique médicale prend donc une place de plus en plus importante dans le monde médical et dans la société en général.

Le médecin généraliste, pivot central du parcours de soin, est l'acteur le plus approprié dans cette démarche préventive auprès de la population. Mais il n'est pas toujours aisé pour ce dernier qui court après le temps, d'en faire de façon efficiente au cabinet. Manque de temps, de support et parfois même d'une rémunération appropriée semblent être des freins à cet aspect de la médecine.

Internet devenant un outil de plus en plus présent dans la pratique médicale comme dans le quotidien des Français, peut apporter une aide à la réalisation de consultations de prévention. Sa grande diffusion, son perpétuel renouvellement, son accès facile en font un outil intéressant.

Prevencliv, site recensant la plupart des documents de l'INPES, créé par une interne de Médecine Générale en 2015, dans cette démarche d'améliorer la pratique préventive au cabinet de médecine générale, en est une réponse.

L'étude réalisée ici, sur un mois, auprès de médecins généralistes de Loire Atlantique a effectivement montré l'intérêt de cet outil dans la pratique préventive, avec des appréciations variables selon les médecins et les thèmes. Un gain de temps, un intérêt supplémentaire par rapport aux brochures, un outil utile pour la prévention sont autant de qualités qui lui ont été attribuées par respectivement 52,6 %, 63,2 % et 73,7 % des médecins. Outil globalement peu gênant dans la relation médecin-patient, pertinent et maniable pour plus de 60 % des médecins, il reste encore des aspects à améliorer pour que ce site soit optimal pour la pratique préventive. En effet, l'avis des médecins semble diverger selon le thème avec un intérêt plus marqué pour les thèmes « Mal de dos » et « Nutrition », plus mitigé pour le thème « Risque Cardiovasculaire » et plus atténué pour les « Addictions ».

Rajout de thème, d'un onglet « recherche », d'un lien pour commander des brochures, peut-être même de lignes directrices pour des consultations uniquement dédiées à la prévention en se basant sur les documents présents dans le site, tout ceci reste à approfondir. Il faut pour cela continuer à questionner les médecins et les patients sur leurs remarques et leurs attentes afin de créer un outil à visée préventive des plus adaptés.

Il faut également étendre son utilisation auprès des médecins et des patients par extension, ce qui implique une modification des habitudes en laissant de côté les brochures. Or cela n'est pas toujours évident surtout avec les médecins généralistes anciennement installés. Il faut donc pour cela rendre le site attractif, renouveler sans cesse les documents en y incluant les dernières brochures sorties et insister sur le caractère facile et rapide de son utilisation.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Flajolet A. Annexe 1: LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. Conseil économique, social et environnemental; 2008 p. 1-17.

Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

2. République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. Chapitre IV: Politique de prévention. art. 79 (Journal Officiel du 5 mars 2002) [Internet]. Legifrance du 4 mars 2002. [cité 25 août 2017]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

3. Durrleman A. La prévention sanitaire. Cour des Comptes; 2011 oct. 138 p.

4. République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. Legifrance du 9 Août 2004. [cité 25 août 2017]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>

5. Etienne J-C, Corne C. Les enjeux de la prévention en matière de santé. Les éditions des journaux officiels; février 2012;p. 58.

6. L'Education pour la santé: un enjeu de santé publique [Internet]. 2001 p. 16. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf>

7. Les soins de santé primaires [Internet]. Alma-Ata (URSS): Organisation Mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance; 1978 sept p. 88. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39243/1/9242800001.pdf>

8. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé [Internet]. nov 21, 1986. [cité 25 Août 2017]. Disponible sur:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

9. Colombet I, Ménard J. Consultation de prévention en médecine générale: Quel cahier des charges? Médecine. 2007;79-81.

10. EsPeR: Estimation Personnalisée de Risques [Internet]. 2003. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [http://www.openclinical.org/app\\_esper.html](http://www.openclinical.org/app_esper.html)

11. République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (rectificatif) [Internet]. Légifrance du 13 août 2004 [cité 25 août 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122Z/jo>

12. Consultations de prévention: Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement [Internet]. Haut Conseil de Santé Publique; 2009 mars p. 137 [cité 25 août 2017]. Disponible sur:

[www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325\\_ConsultPrev.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf)

13. République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Légifrance du 26 janvier 2016 [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116\\_dp\\_loi-de-sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf)
14. La définition européenne de la médecine générale- Médecine de famille [Internet]. WONCA Europe; 2002 [cité le 25 août 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
15. Salvatore O. Histoire et évolution de la médecine générale en France : focus sur le XXe siècle. Médecine. févr 2016;91-96. Disponible sur : <http://www.jle.com/download/med-306756-histoire-et-evolution-de-la-medecine-generale-en-france-focus-sur-le-xxe-siecle--WbT5eH8AAQEAAAwy@agAAAAB-a.pdf>
16. Jacquemin P, Aujoulat I. Rôle du médecin généraliste dans la prévention. Santé pour Tous. septembre 2013;(11):24.
17. Franck JR, Snell L, Serbino J, Boucher A. Référentiel des compétences: CanMEDS 2015 des médecins [Internet]. Ottawa: Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015. Disponible sur : [http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework\\_FR\\_Reduced.pdf](http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf)
18. Vallée J-P, Gallois P, Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. Médecine. 2007;3(2):74-8.
19. Gautier A, et al. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Éd. INPES; coll baromètre Santé, 2011. 266p.
20. GELLY J. Optimisation des stratégies préventives en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de médecine de Paris Diderot; 2014. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4840\\_These\\_Julien\\_Gelly\\_-\\_Optimisation\\_des\\_strategies\\_preventives\\_en\\_medecine\\_generale.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4840_These_Julien_Gelly_-_Optimisation_des_strategies_preventives_en_medecine_generale.pdf)
21. Youssef E. Étude de l'activité préventive des médecins généralistes français dans le cadre du projet ECOGEN [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de Médecine Paris Diderot; 2015. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4922\\_YOUSSEF\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4922_YOUSSEF_these.pdf)
22. Gautier A, Beck F, Fournier C. Pratique et opinion des médecins généralistes en matière de prévention. adsp. 2011;(77):6-10.
23. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Prévention en médecine générale: 2ième partie: regards croisés patients-médecins. Médecine. 2008;406-10.
24. Ducret-Pallier C. La prévention en médecine générale: des campagnes « agir pour la promotion de la santé » à Prevencliv [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Médecine de Nantes; 2015.

25. Lozachmeur.G. Souci de soi et brochures de prévention. Une bonne réponse à ceux qui se préoccupent de leur état de santé ? Médecine. 2012;227-31.
26. L'entretien motivationnel: pour une relation soignant-patient de qualité. Prescrire. nov 2010;Tome 30(325):841.
27. Fond G. Entretien motivationnel: Quelques concepts simples pour la pratique. Revue Medecine. mars 2014;127-30.
28. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la thérapeutique. Revue Alcoologie et Addictologie. 2004;26(2):129-34.
29. Cornet P, Guy J-L, Hommey N. Education thérapeutique au cabinet du médecin généraliste: Place et limites de l'entretien motivationnel. Revue Medecine. sept 2013;319-21.
30. Sommer J, Rieder-Nakhle A, Gache P. L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin de 1<sup>er</sup> recours. Rev Med Suisse. 2007. (126)
31. République Française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Chapitre III : « Développement professionnel continu ». Article 59 [Internet]. Legifrance du 21 juillet 2009 [cité 25 août 2017]. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo#JORFARTI000020879577>
32. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? Exercer 2015;119:52-61.
33. Le DMG+ [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur:  
<http://www.ssmg.be/prevention/en-pratique/le-dmg>
34. Le paiement à la performance (P4P) ou ROSP [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/le-paiement-a-la-performance-p4p-ou-rosp>
35. Markessi-Rainaud Y. La prévention : perceptions et comportements [Internet]. DREES, Études et Résultats. 2005:385. Disponible sur :  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er385.pdf>
36. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Ann Int Med. 2002;136:652-9
37. Slama KJ, Redman S, Cockburn J, Sanson-Fisher RW. Community views about the role of general practitioners in disease prevention. Fam Pract. 1989;6(3):203-9
38. Kviz FJ, Clark MA, Hope H, Davis AM. Patients' perceptions of their physician's role in smoking cessation by age and readiness to stop smoking. Prev Med. 1997;26(3):340-9.
39. Durrer D, Broton C, Bulc M, Schutz Y. Point de vue des patients sur la prévention concernant la nutrition et l'activité physique en médecine générale : une étude européenne. Exercer. 2011;22(99,supp.3:88S-9S):88-9.

40. Scala B. E-Santé: la médecine à l'ère du numérique. *Science et Santé*. 2016;(29):23-33
41. Dupagne D. E-Santé. *Communications*. 1 janv 2012;(88):57-65.
42. Santé connectée: De la E-Santé à la Santé Connectée. Le Livre Blanc du Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. 2015. 34 p [cité 25 août 2017].  
Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medecins-sante-connectee.pdf>
43. Richard J-B. Quelle utilisation d'Internet dans la recherche d'informations santé? [Internet]. 10 ièmes Journées de la prévention et de la santé publique; 2015 Juin. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/Richard.pdf>
44. Renahy E, Parizot I, Lesieur S, Chauvin P. Enquête web sur les habitudes de recherche d'informations liées à la santé sur Internet: WHIST. Université Pierre et Marie Curie: INSERM; 2006- 2007.
45. Romeyer H. La santé en ligne. *Communication* [Internet]. 2012;30/1. Disponible sur: <https://communication.revues.org/2915>
46. Les Français et l'internet santé. Kantar TNS Sofres [Internet]. Avril 2013. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-linternet-sante](http://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-linternet-sante)
47. Le patient internaute: Revue de littérature [Internet]. HAS- Service qualité de l'information médicale; 2007 mai p. 1-59. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient\\_internaute\\_revue\\_litterature.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf)
48. Bartlett G, Tonsaker T, Trpkov C. Information sur la santé dans Internet: Mine d'or ou champ de mines? Official Publication of The College of Canada Family Physician. 2014;60(419-420).
49. Fergie G, Hunt K, Hilton S. What young people want from health-related online resources: a focus group study. *J Youth Stud*. août 2013;16(5):579-96.
50. Health on the net. Fondation la Santé sur Internet: HON [Internet]. [cité 25 août 2017] Disponible sur: [www.healthonnet.org/home1\\_f.html](http://www.healthonnet.org/home1_f.html)
51. Skinner H, Biscope S, Poland B, Goldberg E. How Adolescents Use Technology for Health Information: Implications for Health Professionals from Focus Group Studies. *Journal of Medical Internet Research*. 2003;5(4):e32. doi:10.2196/jmir.5.4.e32.
52. Thoër C, Josy Levy J. Internet et santé : Acteurs, usages et appropriations. Broché. Presses du l'Université du Québec; 2013. 482 p. (Santé et Société).
53. Kivits J, Lavielle C, Thoër C. Internet et santé publique: comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux. *Santé Publique*. 2009;21(Hors Série):7-12.

54. Renaud L, Caron Bouchard M. Impact d'un site internet dans une campagne de promotion de la santé: Le « Défi Santé 5/30 ». 2009;21:89-103.
55. Gomez Zamudio M, Renaud L. Les interventions personnalisées via les courriers électroniques permettent-elles de générer la cessation tabagique? Santé Publique. 2009;21:105-15.
56. Giroux C. L'utilisation de l'internet dans les campagnes publicitaires de promotion de la santé: l'expérience du Québec. Santé Publique. 2009;21:65-72.
57. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité : freins et attentes de collégiens de classe de 3<sup>e</sup> de l'agglomération grenobloise [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université de Médecine Grenoble; 2011. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620672/document>
58. Mangunkusumo R, Brug J, Duisterhout J, de Koning H, Raat H. Feasibility, acceptability, and quality of Internet-administered adolescent health promotion in a preventive-care setting. Health Educ Res. févr 2007;22(1):1-13.
59. Estrada Y, Molleda L, Murray A, Drumhiller K, Tapia M, Sardinias K, et al. eHealth Familias Unidas: Pilot Study of an Internet Adaptation of an Evidence-Based Family Intervention to Reduce Drug Use and Sexual Risk Behaviors Among Hispanic Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 4 mars 2017;14(3).
60. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneveut L, Chatellier G. Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique. Exercer. 2008;19(81):36-41.
61. Prevencliv || Ireps PDL [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://www.prevencliv.fr>
62. Kitmedical [Internet]. Kitmedical. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://kitmedical.fr/>
63. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2016 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 p. 326. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
64. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Faculté de Médecine de Grenoble; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document>
65. Dossier complet-France | Insee [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1>
66. La santé observée | Santé Pays de la Loire [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/la-sante-observee/demographie>

67. CFLHTA » Augmentation du nombre des hypertendus âgés de 65 ans et plus en France en 2014 » CFLHTA [Internet]. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://www.comitehta.org/actualites/augmentation-du-nombre-des-hypertendus-ages-de-65-ans-et-plus-en-france-en-2014/>
68. Évaluer l'information, les sites, les résultats [Internet]. Eduscol, le site des professionnels de l'éducation. [cité 25 août 2017]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/numerique/dossier/competences/rechercher/methodologie/evaluation>
69. Cazenave-Dury L. L'impact de l'écran d'ordinateur sur la relation médecin-patient dans les cabinets de médecine générale d'Ile-de-France : le point de vue du médecin [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Faculté de Médecine PARIS DESCARTES; 2016. Disponible sur: <file:///F:/thèse%20prévention/biblio%20discussion/impact%20ordinateur%20relation%20p47.pdf>
70. Lannier C, Sommer J, Junod Perron N. L'ordinateur en consultation : peut-on rester centré sur le patient ? Revue Médicale Suisse. 13 mai 2015;11(474):1054-9.
71. Levy D. DOCUVIR : une expérience de mise à disposition de documents de prévention dans le domaine des infections sexuellement transmissibles. [Internet] [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université de Médecine Paris 6; 2009. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3571\\_090608-THESE-DOCUVIR-LEVY.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3571_090608-THESE-DOCUVIR-LEVY.pdf)
72. Postel-Vinay N. NTIC et prévention médicale: un premier regard [Internet]. Paris; 2011 nov p. 38. Disponible sur: <http://www.automesure.com/library/pdf/NTIC-prevention-2011.pdf>
73. Gremeaux V, Coudeyre E. The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. Annals of physical and rehabilitation medicine. 2010;53:669-92.
74. Eysenbach G. The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 1 nov 2003;53(6):356-71.
75. Benchmark Group/ Doctissimo. Que pensent les internautes des sites santé ? 2004.
76. Keriél-Gascou M, Badet-Phan A, Pogam M-AL, Figon S, Letrilliart L, Gueyffier F, et al. Information and active patient participation using an interactive booklet in the prescription of antihypertensive drugs in primary care. Santé Publique. 29 mai 2013;25(2):193-201.
77. Chevalier P., Laekeman G. Modification de comportement du patient : impact du médecin généraliste et du pharmacien. Minerva. 2012;11(3):27-27.

# **ANNEXES**

## **Annexe1 :**

### **Questionnaire Médecin :**

Vous êtes médecin et vous parlez parfois de prévention avec vos patients.

En répondant à ce questionnaire, vous participez à ma thèse portant sur l'apport du site internet Prévencliv créé en 2015, lors d'une consultation de prévention au cabinet.

Ce site recense toute la documentation concernant certains thèmes de prévention en partenariat avec l'INPES.

Pendant un mois, vous allez recevoir des patients avec lesquels vous allez parler de prévention. Pour cela, vous allez soit utiliser des documents papiers, soit vous aider de sites internet dédié à la prévention dont Prevencliv. Merci de bien vouloir répondre au « questionnaire médecin », cocher les cases du tableau pour chaque patient avec qui vous avez évoqué un thème de prévention présent sur le site de Prévencliv et leur donner le questionnaire patient à la fin de la consultation (qu'ils rempliront de façon anonyme et mettront dans l'urne prévue à cet effet au cabinet).

### **Caractéristiques Médecin :**

Age :

Durée d'ancienneté de pratique :

Sexe : Homme      Femme

Mode d'exercice :    urbaine            rurale            semi-rurale

**Habitudes de prévention :**

Site « Prevencliv » déjà connu :      OUI      NON

Site « Prévencliv » utilisé :   pas du tout      parfois      régulièrement

Participation à des formations sur la prévention :      OUI      NON

De quel type :

Part de la prévention dans les consultations (%) :

→ Réelle :

→ Souhaitée :

**Ressenti du médecin sur les consultations :** (à remplir à la fin de l'étude)

Pertinence du site Prevencliv pour la prévention :

très pertinent      pertinent      peu pertinent      non pertinent

→ Arguments selon réponse :

→ Modifications suggérées :

Maniabilité du site Prévencliv:

très maniable      maniable      peu maniable      non maniable

→ Modifications suggérées :

Impact sur la relation de l'utilisation d'un outil internet pendant la consultation :

gênant      peu gênant      pas gênant

→ Arguments :

**Globalement :**

Le site Prevencliv vous semble un outil utile dans la pratique préventive au cabinet :

Tout à fait d'accord      D'accord      En partie d'accord      Pas d'accord

Le site Prevencliv apporte un intérêt supplémentaire aux documents papiers dans la pratique préventive :

Tout à fait d'accord      D'accord      En partie d'accord      Pas d'accord

Il est plus facile de transmettre un message de prévention via un site internet type Prevencliv qu'avec les documents papiers :

Tout à fait d'accord      D'accord      En partie d'accord      Pas d'accord

Le site Prevencliv, en recensant toute la documentation sur la Prévention, apporte un gain de temps en consultation:

Tout à fait d'accord      D'accord      En partie d'accord      Pas d'accord

Les patients semblent plus réceptifs aux messages de prévention avec l'utilisation d'un site internet type Prevencliv qu'avec l'utilisation de documents papiers:

Tout à fait d'accord      D'accord      En partie d'accord      Pas d'accord

*Qu'est ce que le site Prevencliv apporte de plus que les brochures pour vous ?:*

*Continuerez-vous à utiliser le site Prevencliv à l'avenir ? : OUI    NON*

***Merci pour votre participation !***



### Annexe 3 :

#### **Questionnaire Patient :**

Votre médecin vient de vous parler de prévention. Pouvez-vous répondre à ces quelques questions afin de m'aider dans ma thèse dont le sujet porte sur l'apport du site internet Prevenclic lors d'une consultation de prévention ?

Vos réponses seront anonymes. Merci d'avance pour votre participation!

#### Qui êtes-vous ? :

Homme                  Femme

Age :    Profession :

Etes-vous : Diabétique : OUI    NON

Fumeur : OUI    NON

Avez-vous un traitement pour l'HTA: OUI    NON

Utilisez-vous internet de manière générale ? :

régulièrement (1 fois par jour),

occasionnellement (1 fois par semaine),

rarement (1 fois par mois ou moins)

Etes-vous déjà allé sur des sites médicaux ? OUI    NON

Lesquels ?

#### Concernant la consultation avec votre médecin:

Vous souvenez-vous des thèmes abordés pendant la consultation ? OUI    NON

Si oui, lesquels :

Votre médecin s'est-il appuyé sur des supports ? OUI NON

Si oui, lesquels ? (précisez le nom du site internet si besoin)

Trouvez-vous que l'utilisation de brochures est utile ? OUI NON

Arguments :

Trouvez que l'utilisation d'un site internet est utile ? OUI NON

Arguments :

Votre médecin vous avait-il déjà parlé de prévention auparavant? OUI NON

Pensez-vous que vous irez sur le site cité lors de la consultation (Prevencliv):  
OUI NON

Globalement vous diriez que :

La durée de la consultation est : longue correcte courte

Vous pourriez modifier vos habitudes suite à cette consultation:

OUI PEUT-ETRE NON

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

**Accepteriez-vous d'être recontacté brièvement par téléphone dans un mois ?  
Si oui, pouvez-vous inscrire votre numéro de téléphone ? (ceci reste encore  
une fois anonyme)**

## **Annexe 4 :**

### **Thèmes de prévention présents sur Prevencliv**

#### **Enfant :**

Prévention Epidémies virales

Asthme

Nutrition

Sommeil

#### **Adolescent :**

Nutrition

Addictions : Tabac, Alcool, Drogues

Contraception et IST

Sommeil

Mal-être de l'adolescent

#### **Adultes :**

Nutrition

Sommeil

Mal de dos

Souffrance au travail

Risque cardio-vasculaire

Addictions : Tabac, Alcool

Contraception et IST

#### **Séniors :**

Nutrition

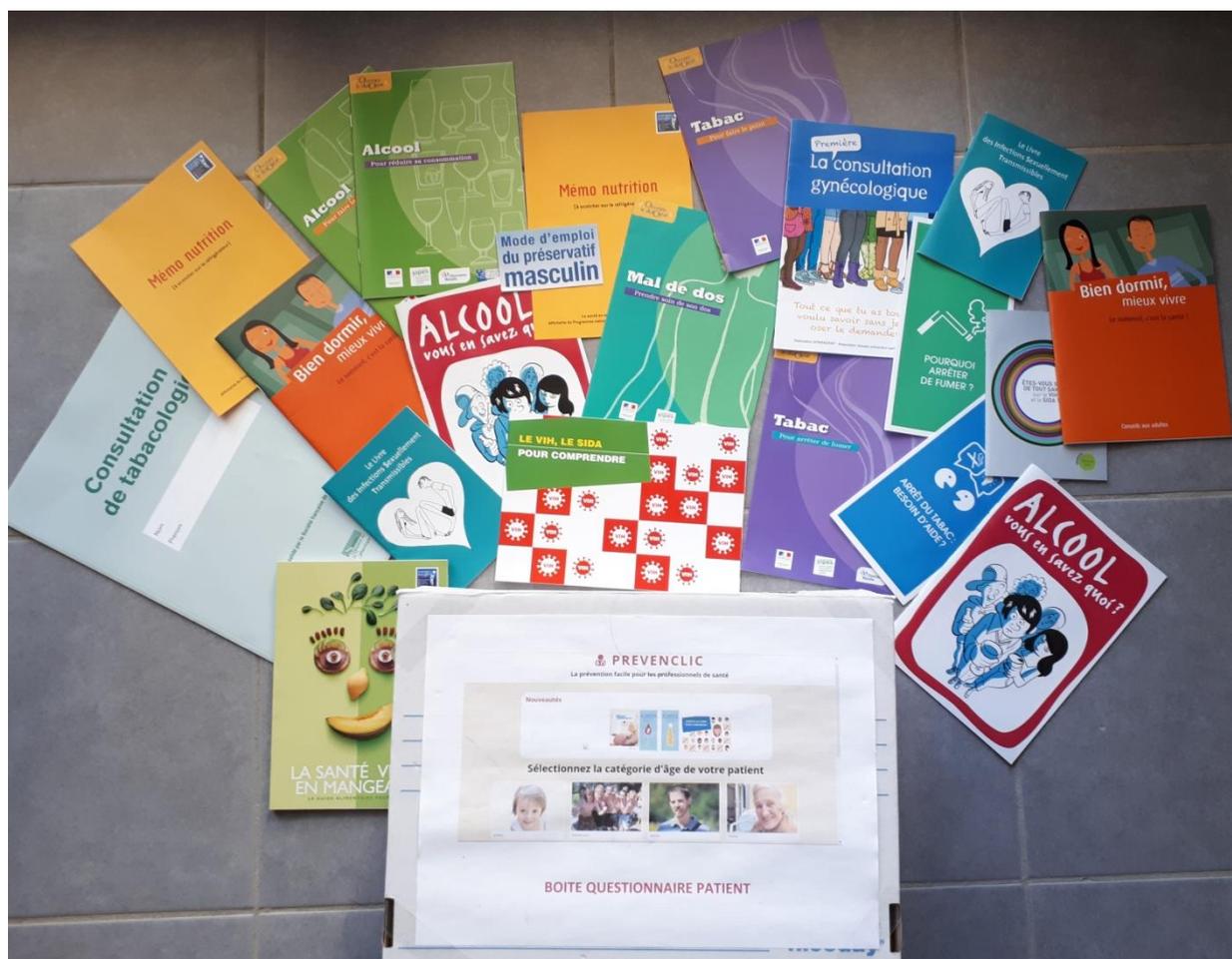
Sommeil

Mal de dos

Chute et Mémoire

Risque cardio-vasculaire

## **Annexe 5 : Boite questionnaire Patient- Brochures de Prévention (Pedagothèque IREPS)**



Vu, le Président du Jury,  
Professeur Rémy SENAND

Vu, le Directeur de Thèse,  
Docteur Clotilde DUCRET-PALLIER

Vu, le Doyen de la Faculté,  
Professeur Pascale JOLLIET

Nom : MERGEY

Prénom : Aline

Titre : « Intérêt du site Prevencliv dans la pratique préventive au cabinet de médecine générale en Loire-Atlantique »

---

**Introduction** : La prévention, qui revêt différentes définitions, devient un élément capital de la pratique médicale comme en témoigne son évocation dans différentes lois. Le médecin généraliste par son rôle de pivot central dans la coordination des soins a toute sa légitimité dans cet aspect de la pratique médicale. Mais le manque de temps et de support ne leur permet pas d'en faire toujours de façon efficiente. Internet, par sa place prépondérante dans la société et par son essor dans le monde médical, grâce à ses qualités de diffusion à grande échelle et de renouvellement, peut en être une solution. Une interne a ainsi créé le site Prevencliv recensant une grande partie des documents de l'INPES, dans l'espoir d'améliorer la pratique préventive des médecins généralistes au cabinet. Notre étude tente de mettre en évidence si cet objectif a pu être atteint.

**Matériel et Méthode** : 19 médecins généralistes du département de Loire-Atlantique ont évalué le site Prevencliv lors d'une étude réalisée durant les mois de Février et Mai 2017, en incluant 68 patients avec lesquels ils ont évoqué des thèmes de prévention. Pour cela, ils ont dû compléter un tableau pour y recenser les consultations de prévention effectuées en y indiquant les modalités tels que la durée ou le support utilisé. Puis chaque médecin et chaque patient ont rempli un questionnaire concernant leurs avis sur les supports dont Prevencliv.

**Résultats** : En tant que support dans la prévention, 80,9 % des 68 patients trouvent l'utilisation des brochures utile et 77,9 % celle d'un site internet utile. Suite à cette consultation de prévention avec ou non l'utilisation du site Prevencliv, 48,5 % des patients pensent « modifier leurs habitudes » et 36,8 % « peut être ». 73,5 % des 68 patients déclarent qu'ils retourneront sur le site par la suite.

La majorité des médecins mettent en évidence suite à l'étude que le site Prevencliv est un outil utile pour la pratique préventive (73,7 %), apportant un bénéfice supplémentaire par rapport aux brochures (63,2 %) et qui permet un gain de temps en consultation (52,6 %). 89,5 % des médecins participants déclarent qu'ils retourneront sur le site. De même, que ça soit pour l'utilisation du site pendant les consultations, ou concernant la remise de documents issus du site en fin de consultation, les médecins de l'étude estiment le site Prevencliv plutôt pertinent, maniable et n'entraînant pas une interaction gênante dans la relation médecin-patient. Notre analyse selon les thèmes a montré que globalement, la pertinence et la maniabilité du site ont été jugées positivement quelque soit le thème évoqué, mais surtout de manière plus marquée pour le Mal de Dos, la Nutrition et le Risque Cardiovasculaire.

**Conclusion** : Au vu des résultats, le site internet Prevencliv paraît être un bon outil pour la pratique préventive en cabinet de médecine générale mais il nécessite encore des améliorations comme l'ajout de thèmes ou la réévaluation de certains thèmes déjà présents. L'avis des patients sur le site reste à approfondir par un travail d'étude supplémentaire afin d'élargir les pistes de travail pour en faire un outil des plus adaptés et appropriés. L'enjeu est de continuer à étendre son utilisation et de recueillir les avis aussi bien positifs que négatifs des médecins et des patients afin de l'améliorer.

---

**Mots-clés** : Prévention, Promotion de la santé, Médecine Générale, Patient, Internet, E-Santé, Sites médicaux