

# Élaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale

Proposition d'une méthodologie

Mélanie Sustersic\*, Aurélia Meneau\*\*, Roger Drémont\*\*, Adeline Paris\*\*\*, Laurent Laborde\*\*\*, Jean-Luc Bosson\*\*\*\*

L'information à la santé est un droit<sup>1</sup> et un souhait des patients. Les patients sont demandeurs de fiches d'information<sup>2-5</sup> et les utilisent.<sup>6</sup> Elle est pour le médecin généraliste un devoir,<sup>7</sup> une obligation légale,<sup>1,8</sup> mais aussi une étape incontournable de toute démarche préventive et éducative. De nombreux auteurs s'accordent pour dire que l'information écrite est un complément indispensable à l'obligation d'information orale, car elle entre dans la démarche de qualité des soins.<sup>9</sup> Elle « permet de pallier les difficultés de concentration »,<sup>6</sup> d'enrichir les informations que le médecin n'a pas eu le temps de développer et d'ouvrir à la discussion lors des consultations suivantes. Elle améliore la satisfaction des patients,<sup>10</sup> leur connaissance de la pathologie,<sup>11</sup> son évolution clinique et la qualité de vie qu'elle permet,<sup>12</sup> et la mémorisation de ce qui a été dit lors de la consultation.<sup>13,14</sup> Elle limite les prescriptions inutiles.<sup>15,16</sup> La fiche patient est aussi un outil rassurant pour les jeunes médecins grâce aux conseils pratiques utiles aux patients qu'elle procure, à la garantie d'un lan-

gage adapté lisible et compréhensible, au sentiment d'avoir répondu à l'obligation médico-légale et au devoir d'informer son patient. Elle permet de conserver une trace écrite de la transmission de l'information faite dans le dossier.<sup>7,8</sup>

Malgré un foisonnement de documents destinés aux patients, peu sont adaptés à la médecine générale. Le médecin a du mal à s'approprier ces documents, qui sont parfois discutables, souvent difficilement accessibles pour les patients et surtout peu efficaces en termes de communication. Outre leurs éventuelles difficultés de stockage, ils ne comportent pas toujours de références ou de dates de rédaction.<sup>17,18</sup>

Les ressources dont dispose le médecin sont le plus souvent issues de logiciels métier (absence de références, de date de rédaction et du nom des auteurs), de brochures pharmaceutiques (manque de transparence, difficultés de stockage), de documents institutionnels (ne traitant que certaines thématiques selon des programmes

\* Médecin généraliste, cellule TICE de l'UJF Grenoble; \*\* médecins généralistes; \*\*\* statisticiens, Centre d'investigation clinique; \*\*\*\* directeur du Centre d'investigation clinique; CHU de Grenoble, 38043 Grenoble Cedex, France. Courriel: melaniestersic@hotmail.com

nationaux établis), ou émanant de sociétés savantes (documents souvent trop spécialisés). Concernant l'information en « libre-service » (présentoirs, Internet, etc.), un autre problème se surajoute : ces documents ne sont pas remis en mains propres par le médecin.

L'objet principal de ce travail était d'établir une méthode (un cahier des charges reproductible) d'élaboration de fiches d'information patients à partir des données de la littérature.

Les objectifs secondaires étaient :

- de réaliser 125 fiches patients concernant les diagnostics les plus fréquemment rencontrés en consultation de médecine générale ;
- d'évaluer la pertinence des fiches réalisées par l'application d'un score de lisibilité.

Chaque fiche a suivi les différentes étapes du cahier des charges.

### ÉLABORATION DU CAHIER DES CHARGES

La première étape consistait en une recherche bibliographique concernant la conception de fiches patients sur Medline, dans les revues systématiques Cochrane, dans les journaux s'intéressant à l'éducation des patients (*Patient Education and Counseling*) et dans la base de données du Centre régional de documentation pédagogique.

Les termes utilisés pour la recherche étaient *leaflet, patient information leaflet, pamphlets, lisibility, health literacy, literacy, patient education handout*, lisibilité rédactionnelle, lisibilité, fiches d'information. Une recherche a également été faite site par site avec les mêmes mots-clés, les articles en référence d'articles ou de thèses traitant du sujet.

De nombreux articles sur le sujet,<sup>19-23</sup> un guide méthodologique de la Haute Autorité de santé (HAS) datant de 2005<sup>20</sup> ainsi qu'un questionnaire d'évaluation des documents patients élaboré par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)<sup>25</sup> ont été retenus.

La seconde étape a consisté à élaborer une synthèse de l'ensemble des recommandations concernant :

- les conseils de rédaction et de mise en page (sémantique, syntaxe, structure du texte, graphisme et mise en page) ;<sup>20, 21, 25-27</sup>
- les rubriques indispensables ;<sup>24</sup>
- les étapes nécessaires à la conception d'une fiche patients afin d'en garantir la qualité.<sup>20</sup>

Les conseils provenant des sites institutionnels tels que l'Inpes, la HAS ont été privilégiés. Il a aussi été tenu compte de plusieurs articles de recherche sur le sujet et des souhaits émanant des patients.<sup>19, 25, 32</sup>

La dernière étape a été une mise en application de la méthode par la réalisation de 125 fiches patients concernant les diagnostics les plus fréquents en médecine générale.

## RÉSULTATS

### Cahier des charges et organigramme

Suite à l'analyse de la littérature, nous avons retenu 10 étapes pour la rédaction d'une fiche.

**Choisir le thème de la fiche**, puis définir l'objectif, les messages importants et la population cible.<sup>20, 24</sup>

**Faire une recherche bibliographique** de la pathologie traitée. L'information donnée doit être fiable et indépendante de tout intérêt commercial.<sup>28</sup> Elle doit être conforme aux données de la science.<sup>20, 26, 29</sup> Une recherche des consensus et des recommandations pour la pratique clinique est nécessaire auprès d'agences nationales telles que la HAS et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), et auprès des sociétés savantes afin d'apporter des informations validées. Lorsque les recommandations n'existent pas, d'autres sources peuvent être utiles tels les documents référencés par CISMef (CHU de Rouen), les revues systématiques Cochrane, les sites Internet validés, comme celui de la faculté de médecine de Grenoble ou encore le guide *Recommandations et pratique*.<sup>30</sup>

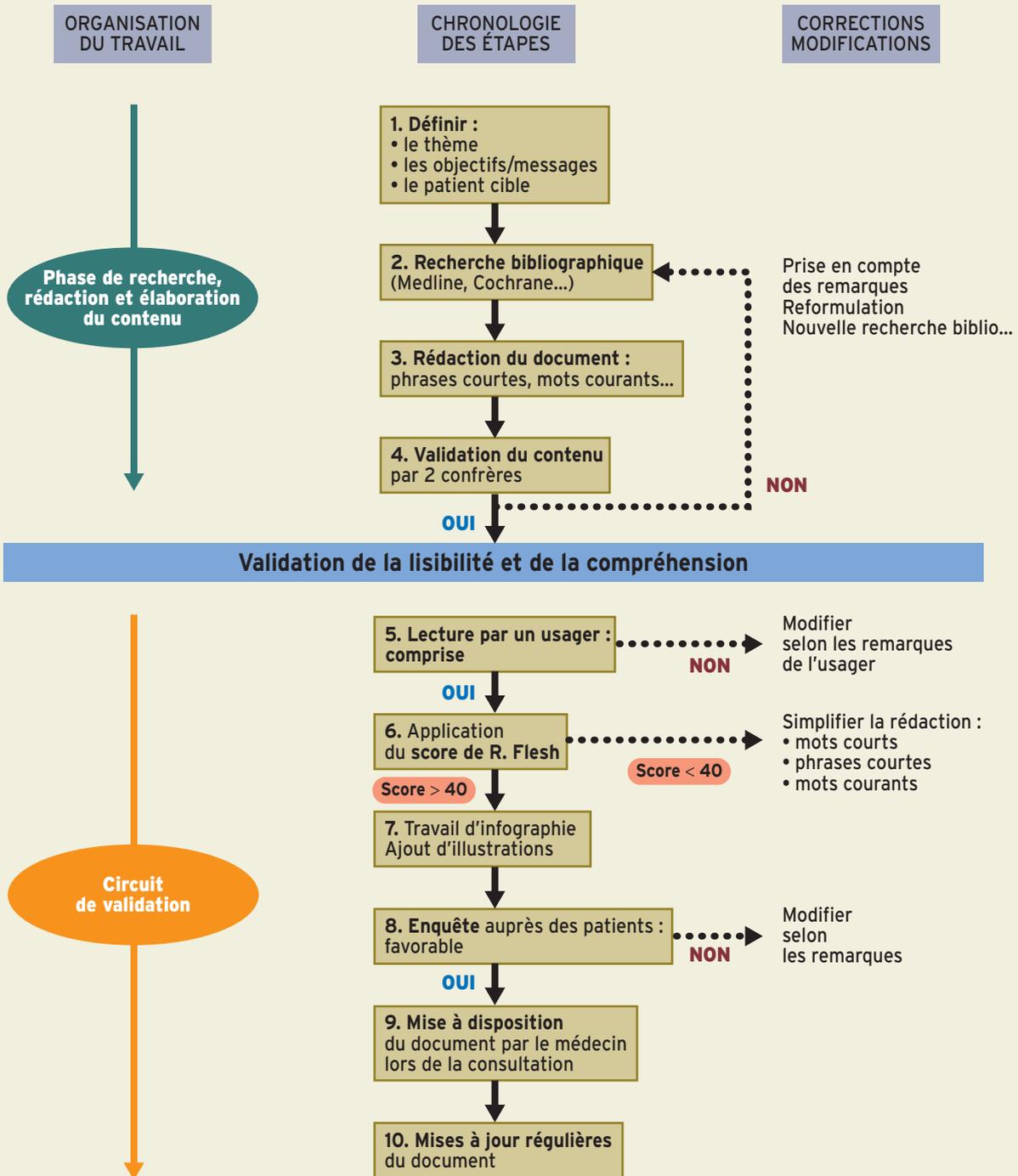
**Déterminer les rubriques** du document. Les patients souhaitent avoir une description de la maladie et des symptômes habituels,<sup>25</sup> connaître la prévalence de la maladie, ses causes et ses conséquences, avoir des conseils utilisables au quotidien, être informés sur l'étendue des traitements possibles même si l'efficacité n'est pas connue.<sup>31</sup> Ils veulent « une information concise mais complète ». <sup>32</sup> L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)<sup>9</sup> recommande de limiter le nombre de messages. Les rubriques à retenir et à adapter selon les besoins du thème abordé sont donc l'explication de la pathologie, la description des symptômes, les causes, les risques, l'évolution de la maladie, les complications, les traitements, les mesures préventives, les signes d'alerte ; enfin, une rubrique contenant le nom de l'auteur, la date de rédaction, le nom des relecteurs, les sources principales et un contact possible.<sup>24</sup>

**Rédiger en utilisant des mots courts**, des phrases courtes, des mots courants à la forme active. La figure 1 propose une synthèse faite des recommandations de l'Anaes<sup>20</sup> et d'autres travaux sur la lisibilité.<sup>21, 27, 33, 34</sup> De même, un compromis doit être trouvé entre les données de la science présentées de façon lisible et des remarques d'encouragement ou des attitudes de bon sens communément admises qui peuvent permettre d'absorber un contenu plus scientifique.<sup>6</sup>

**Faire passer les fiches par un circuit de validation :**

- les faire relire par au moins 2 médecins pour en valider le contenu (scientifique et pratique) ;<sup>20, 26, 29</sup>
- les faire relire par un ou des usager(s) ;<sup>20, 24</sup>
- appliquer le score de lisibilité R. Flesch (accessible depuis le logiciel Word de Microsoft) au texte une fois

## Outil d'aide à l'élaboration d'un document patient Destiné au médecin généraliste



**Figure 1** Organigramme de réalisation d'une fiche patient.

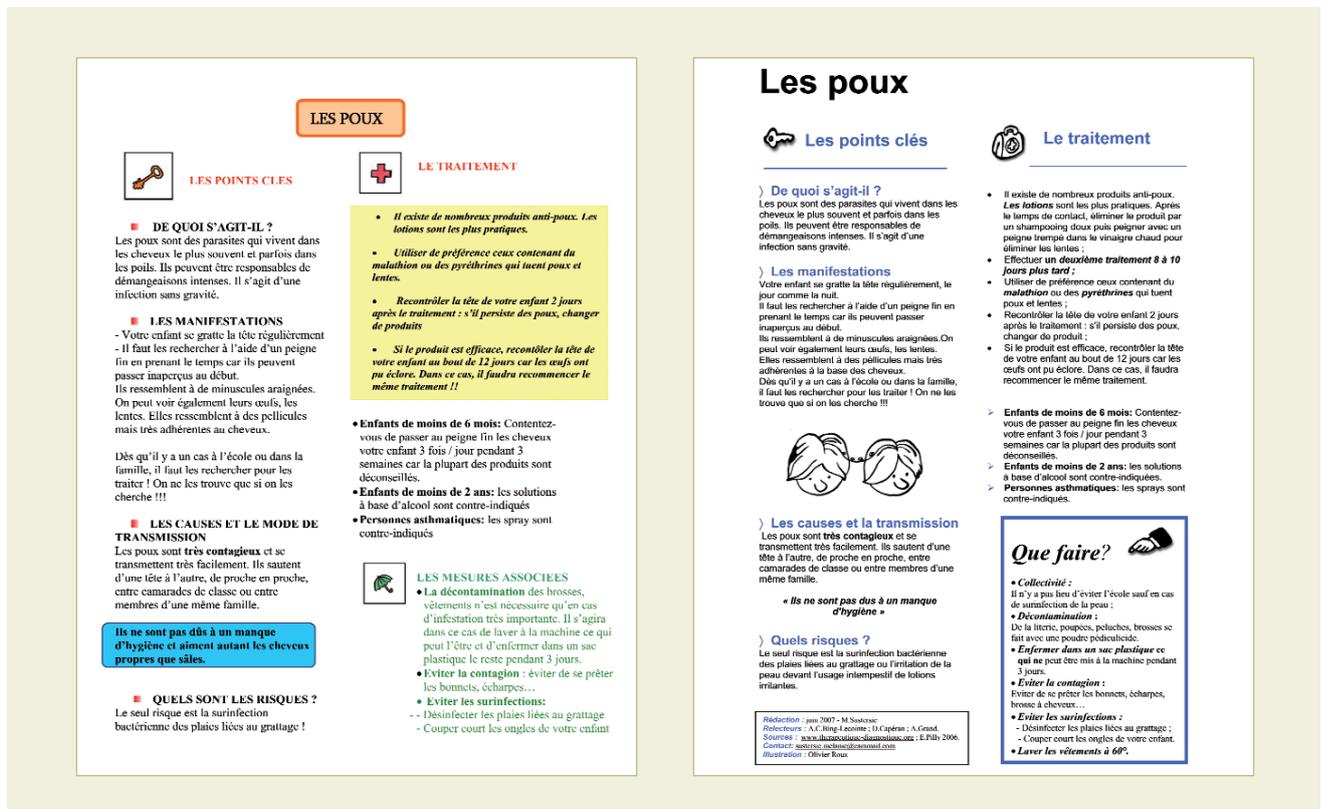


Figure 2 Exemple de fiche patient, avant (a) puis après traitement (b) par un professionnel de la communication.

rédigé pour améliorer les fiches dont le score est trop faible\*.<sup>35,36</sup> La HAS et certains auteurs<sup>37</sup> soulignent qu'« une évaluation scientifique des documents patients doit inclure le critère de lisibilité et compréhension autant que les effets produits à long terme de ce type de matériel ». Dans une étude portant sur 200 patients, un auteur a montré que l'index de Flesch améliore considérablement la lisibilité des fiches patients en recherche clinique et leur compréhension par les patients, tout autant qu'un groupe de travail performant constitué de linguistes, psychologues. Ce test se suffit à lui-même.<sup>38</sup>

**Évaluer les fiches auprès des patients.** Quel que soit le score obtenu aux tests de lisibilité, cela n'est pas suffisant pour garantir l'intelligibilité d'un texte.<sup>20</sup> Certains auteurs insistent sur l'importance d'essais randomisés

contrôlés d'évaluation de l'efficacité des fiches avant leur diffusion.<sup>37</sup> Il faut prévoir des phases de correction une fois le document testé.

**Faire valider la mise en page par un professionnel de la communication ou un infographiste (fig. 2).** Les illustrations sont appréciées des patients.<sup>39</sup> Le document doit attirer l'attention,<sup>40</sup> être attrayant et coloré. Une étude américaine a montré que des fiches contenant la même information sont mieux comprises si un effort de mise en page est fait.<sup>32</sup>

**Choisir le support.** L'utilisation des ordinateurs et des fiches patients a montré une amélioration de la prise en charge du patient.<sup>35,36</sup> Le format électronique facilite le stockage, les mises à jour régulières, l'impression du document sur commande, et permet de personnaliser le document. Une page A4 recto permet une impression rapide et d'un coût acceptable. Le CD-rom ne permet pas une mise à jour régulière des fiches. L'intégration dans les logiciels métier est une solution, mais elle soulève de grosses difficultés pratiques. Un accès sur site dédié est certainement préférable, d'autant qu'il permet d'actualiser facilement les fiches.

**Remettre la fiche au patient lors de la consultation.** Le document le plus remarqué est celui remis en mains propres par le médecin.<sup>2</sup>

\* Le test de lisibilité de Flesch met en évidence le degré de complexité d'un document patients. Plus le score obtenu est élevé, plus le texte est facile à lire. Pour son interprétation, il existe une adaptation française de G. de Landsheere.<sup>28</sup> Dans la littérature française, il n'est pas fait état d'un score à atteindre pour des fiches d'information destinées aux patients, mais un score de 40-50 (correspondant d'après G. de Landsheere à un niveau de lecture de classe de 6<sup>e</sup>) permettrait un accès aisé à la plupart des lecteurs. Concernant les modalités pratiques d'utilisation, il suffit de rendre nu le texte (supprimer les titres), de remplacer toute ponctuation par un point et d'appliquer le test.

**Mettre à jour régulièrement le contenu** des fiches. Ne pas le faire correspond à donner de fausses informations. Pour certains auteurs, la mise à jour devrait se faire tous les 3 ans.<sup>41</sup> Cette durée est à adapter en fonction du sujet traité et de son potentiel évolutif.

L'Inpes recommande l'ajout d'une rubrique « Pour en savoir plus ». Cependant, il paraît difficile de vérifier la fiabilité de chaque site, et leur évolution dans le temps reste aléatoire.

### Expérimentation de la faisabilité du cahier des charges par la réalisation de 125 fiches

Notre objectif étant de couvrir un maximum de pathologies rencontrées en médecine générale, c'est l'argument de « fréquence » qui a été retenu, basé sur la liste des « résultats de consultation » (ou situations cliniques) de la Société française de médecine générale (SFMG). Dans un deuxième temps, nous avons regroupé certaines situations cliniques voisines, éliminé des items ne correspondant pas à une situation clinique bien définie (rhinopharyngite-rhume), ajouté certains items délaissés et pourtant importants (suivi de grossesse, bronchiolite...).

Pour la rédaction, une maquette reproductible a été utilisée comprenant (aussi souvent que possible et selon les besoins propres à chaque pathologie) les mêmes rubriques et codes graphiques, une forme personnelle impliquant le lecteur, une police avec empattement pour le texte et sans empattement pour les sous-titres, une taille de caractère de 10, un ou 2 encadrés maximum pour les messages essentiels. Chaque fiche a bénéficié d'une relecture par au moins 2 médecins et un usager. Certaines fiches ont été relues par des médecins de spécialités différentes.

Les options thérapeutiques ont été simplement évoluées afin de ne pas être tributaire de leur évolution.

Chaque fiche a été testée par le score de lisibilité R. Flesch (*v. infra*). Les fiches ayant un score inférieur à 40 ont été améliorées en simplifiant leur rédaction.

Enfin, nous avons sollicité les compétences d'un illustrateur-infographiste et d'un professionnel de la communication afin de rendre les fiches patients plus attrayantes.

### Application du score de Flesch sur les 125 fiches réalisées

L'analyse des données a été faite sur les 125 fiches (*v. addendum*). Chacune a été évaluée par le test de lisibilité de R. Flesch.

Les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif ainsi que leur fréquence. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATVIEW 5.0 (SAS Institute Inc.).

Parmi les 125 fiches, 46 (37 %) avaient un score de lisibilité inférieur à 40 (score correspondant à un niveau de lecture de classe de 6<sup>e</sup>-5<sup>e</sup>). Les 30 fiches ayant le score de Flesch le plus faible ont été retravaillées afin d'améliorer leur lisibilité globale. Après modification, la moyenne obtenue pour les 125 fiches est passée de 41,75 à 43,53 et la déviation standard de 7 à 5,3.

Les scores des 30 fiches à faible score ont été comparés avant et après modification (fig. 3) par un test t de Student pour séries appariées.

La moyenne des scores obtenue pour ces 30 fiches est passée de 32,4 à 39,3. La comparaison des moyennes avant/après des 30 fiches modifiées donne un écart moyen de 6,9 (p < 0,05). Cette différence est significative.

La complexité des phrases des 125 fiches était peu importante, avec une moyenne de 18 % (complexité maximale 100 %). En revanche, la complexité du vocabu-

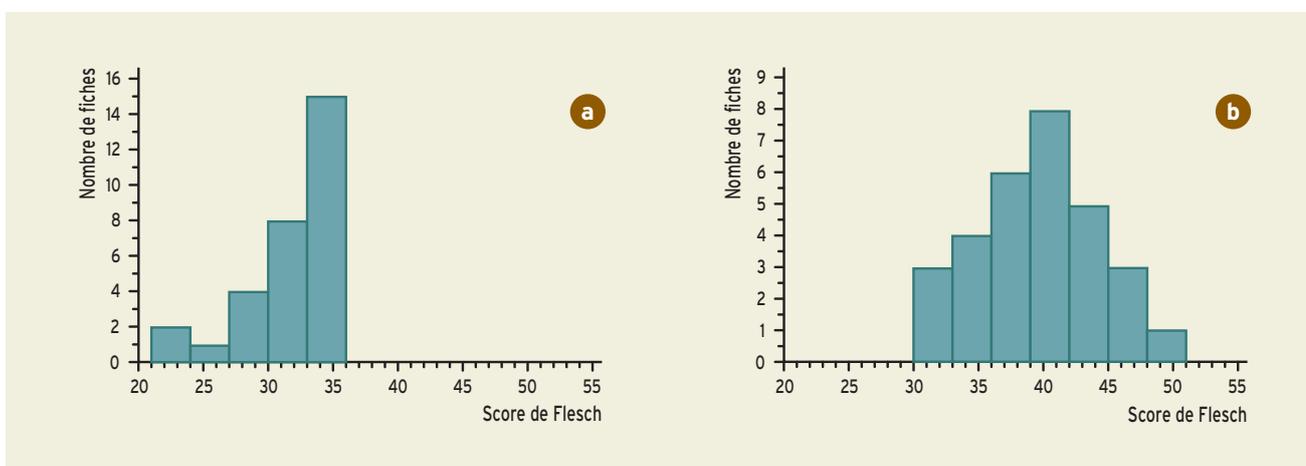
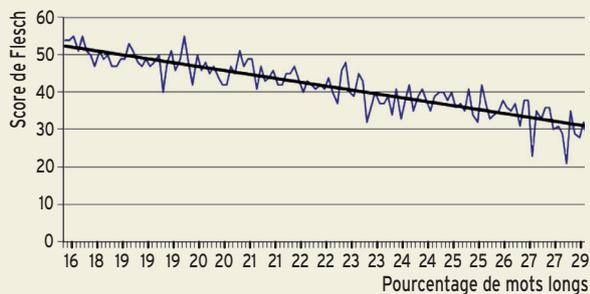


Figure 3 Répartition des 30 fiches au score de Flesch avant (a) et après modification (b).



**Figure 4** Score de Flesch obtenu en fonction du pourcentage de mots longs avant modification.

laire restait importante, avec une moyenne de 56 % (complexité maximale 100 %).

La moyenne du pourcentage de mots longs obtenue (de 3 syllabes ou plus) était de 23 %. D'après la figure 4, s'il y a 25 % de mots longs, on ne peut pas espérer obtenir un score de lisibilité supérieur à 40.

S'il y a 20 % de mots longs, le score dépasse le seuil de 40 : il est d'environ 45.

## DISCUSSION

L'analyse de la littérature nous a permis d'élaborer un cahier des charges pour la réalisation de fiches d'information pour les patients. Ce cahier des charges s'est montré valide et acceptable puisque nous avons pu construire avec ce modèle 125 fiches.

Même si la méthodologie proposée aide le médecin généraliste à élaborer des fiches patients, certaines difficultés sont inévitables. Certaines pathologies rencontrées en médecine générale n'ont ni recommandations ni consensus. D'autres sont source de polémiques et font l'objet de recommandations contradictoires. Certaines recommandations ne sont pas réactualisées régulièrement. Il existe des décalages temporels entre l'élaboration d'un accord professionnel et la publication au *Journal officiel* du décret d'application (p. ex. le BCG). Les patients sont demandeurs de conseils pratiques, mais ces derniers n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique. L'information des patients doit donc clairement proposer des informations après consensus professionnel, tout en exposant bien l'absence de preuve formelle. Il s'agit d'avoir des objectifs pédagogiques accessibles aux patients et non de faire la synthèse scientifique sur un sujet. Il n'existe pas de liste des termes médicaux compris par le grand public et qui pourrait aider à la rédaction de documents patients.

Le score de Flesch permet de révéler les fiches ayant une « lisibilité » insuffisante. D'après l'application faite sur

nos 125 fiches, nous proposons 40 comme valeur seuil acceptable. En deçà, il conviendra d'améliorer la rédaction. Les mots longs sont fréquents dans les documents à caractère médical et certains sont nécessaires à la pertinence de l'information donnée. Cela soulève la question des limites de la vulgarisation.

Le score de Flesch n'inclut pas les aspects de logique et d'adéquation entre le contenu du texte et sa cible ni la lisibilité graphique. Les fiches patients doivent être une initiative locale d'un ou plusieurs médecins. Il est essentiel, d'une part, que ce groupe applique au texte le score de Flesch pour évaluer sa lisibilité et améliorer la rédaction si besoin est, d'autre part, qu'il fasse appel aux compétences d'un infographiste ou d'un professionnel de la communication et d'un groupe de relecteurs afin de rendre le document plus accessible et compréhensible.

Plus le nombre de pathologies traitées est important, plus il est difficile d'impliquer les patients dès le départ dans l'élaboration des documents, faute de moyens humains.

Concernant les relectures, l'idéal serait de vérifier les sources et les références des corrections effectuées par les relecteurs, élément difficile à mettre en œuvre lorsque l'on traite un nombre important de pathologies.

Les fiches d'information conviennent peu aux maladies chroniques (diabète, asthme) qui entrent davantage dans le champ de l'éducation du patient. Ce champ, plus complexe, s'inscrivant dans une démarche à moyen et long termes, est basé sur une évaluation personnalisée des besoins du patient. Donner à des patients asthmatiques des simples brochures d'information ne permet pas de réduire les recours ou les hospitalisations.<sup>42</sup> En revanche, elles pourraient améliorer la perception de leurs symptômes et les rendre plus aptes à ressentir la gravité de leurs crises.

À 6 ans, 50 % des recommandations de bonne pratique sont obsolètes. Il est donc recommandé d'effectuer les mises à jour tous les 3 ans,<sup>41</sup> ce qui nécessite un travail considérable. Cependant, si cela est vrai pour les recommandations du type de celles de la HAS, on peut supposer que pour des documents plus simples, comme les fiches patients, les mises à jour soient plus faciles à réaliser.

Un autre problème est celui des délais. Il y a en moyenne 2 ans de décalage entre le début d'une bibliographie systématique et la date de rédaction des recommandations.<sup>41</sup> Sur un plan théorique, si l'on considère que chacune des fiches doit être testée sur un nombre significatif de patients, on s'aperçoit très vite que le temps nécessaire à la réalisation de l'étude majeure encore ce délai. On comprend pourquoi les fiches patients sont rarement testées auprès de patients. En pratique, ces fiches n'ont pas pour vocation d'être une « version patient » des recommandations de la HAS. Leur but est d'être plus faciles à consulter et plus simples à comprendre que les consensus ou recommandations de bonne pratique.

Enfin, concernant le support, l'idéal serait d'obtenir un document compatible avec les logiciels de gestion des dossiers patients actuellement disponibles sur le marché. Le médecin pourrait alors y accéder directement depuis la page de consultation en cours et personnaliser directement le document avant de le remettre au patient.

## CONCLUSION

Les fiches d'information destinées aux patients sont sous-utilisées par les médecins.<sup>43, 44</sup> Pourtant, elles améliorent la qualité des soins<sup>9-11, 13, 15, 16</sup> et il faut que les médecins en soient convaincus. Même si certaines difficultés sont inévitables lorsque l'on élabore une fiche patient, chaque médecin ou association de médecins peut, en respectant

le cahier des charges proposé ici, produire ses propres documents et s'approprier ainsi un message personnalisé. Concernant l'évaluation de la lisibilité du document, le score de Flesch disponible sur Microsoft Word est suffisant en soi et facile d'utilisation. Nous proposons 40 comme valeur à atteindre, ce qui correspond à un niveau de lecture d'un élève de 6<sup>e</sup>. L'intervention d'un infographiste ou professionnel de la communication améliore la compréhension globale du document et son attractivité.

Les fiches patients ne peuvent pas se suffire à elles-mêmes, elles ne sont qu'un complément à une consultation bien conduite. Mais c'est la prise en compte du contexte socio-économico-culturel du patient qui permet de vraiment juger l'opportunité de la délivrance d'informations avec ces fiches patients. ■

### SUMMARY Developing patient information sheets in general practice. Method proposal

**Background.** Health information is patients' wish and right. For general practitioners, it is a duty, a legal obligation and a pre-requisite in any preventive approach. Written information must complete oral information since it improves health care quality. However, in general practice, there are no patient documents which are scientifically valid, understandable and efficient in terms of communication.

**Objective.** To develop a method for creating patient information sheets and to experiment its feasibility through the development of 125 sheets focused on the most common clinical conditions in general practice.

**Method.** Research and literature review pour the development of specifications, and creation of 125 sheets following these specifications.

**Results.** The specifications developed consist of the 10 following steps: selection of the topic and the objectives, literature review, selection of the sections, redaction, validation of the scientific contents, assessment among patients, validation of the layout, selection of the media, delivery to patients and update. Following these specifications, we developed 125 information sheets. Each of these was reviewed by several physicians and assessed with R.Flesch readability test (the established acceptable threshold value was 40). The 30 sheets associated with the lowest scores were selected and reviewed to improve their overall readability.

**Conclusion.** Even though some difficulties cannot be avoided when developing patient information sheets, each physician or physician association can create its own documents following the proposed specifications and thus deliver a customized message.

*Rev Prat 2008 ; 58 (suppl. 19) : S17-S24*

### RÉSUMÉ Élaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale. Proposition d'une méthodologie

**Contexte.** L'information sur la santé est un souhait des patients et un droit. Elle est pour le médecin un devoir, une obligation légale et une étape incontournable de toute démarche préventive. L'information écrite est un complément indispensable à l'information orale. Elle améliore la qualité des soins. Cependant, il n'existe pas de documents patients destinés à la médecine générale, valides scientifiquement, compréhensibles et efficaces en termes de communication.

**Objectif.** Établir une méthodologie d'élaboration de fiches patients, puis expérimenter sa faisabilité par la réalisation de 125 fiches concernant les situations cliniques les plus fréquentes en médecine générale.

**Méthode.** Recherche et analyse bibliographique pour l'élaboration du cahier des charges, puis réalisation de 125 fiches en suivant ce cahier des charges.

**Résultats.** Le cahier des charges élaboré comprend 10 étapes: choix du thème et des objectifs, recherche bibliographique, choix des rubriques, rédaction, validation du contenu scientifique, évaluation auprès des patients, validation de la mise en page, choix du support, remise au patient, mise à jour. En suivant ce cahier des charges, nous avons pu réaliser 125 fiches. Chacune a été relue par plusieurs médecins et a été évaluée par le test de lisibilité de R.Flesch (la valeur seuil acceptable retenue a été 40). Les 30 fiches ayant le score de Flesch le plus faible ont été sélectionnées et ont été retravaillées afin d'améliorer leur lisibilité globale...

**Conclusion.** Même si certaines difficultés sont inévitables lorsque l'on élabore une fiche d'information pour les patients, chaque médecin ou association de médecins peut, en respectant le cahier des charges proposé ici, produire ses propres documents et ainsi fournir un message personnalisé.

## RÉFÉRENCES

1. **Laub S.** Information des patients en psychiatrie sur les médicaments psychotropes. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de Grenoble, 2006.
2. **IDS France, Médecins/pharmaciens et l'information santé, TNS Sofres,** mars 2003.
3. **Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi.** How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? *Arch Intern Med* 2001;161:706-13.
4. **Nair K, Dolovitch L, Cessels A, et al.** What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician* 2002;48:104-10.
5. **Shank JC, Murphy M, Schulte-Mowry L.** Patient preferences regarding educational pamphlets in the family practice center. *Fam Med* 1991;23:429-32.
6. **Kenny T, Wilson RG, Purves IN, et al.** A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract* 1998;15:471-9.
7. Code de déontologie médicale. Figurant dans le code de la santé publique sous le NOR.4127-1 à 112, décret d'application n° 95-1000, 6 septembre 1995.
8. Code civil. 105<sup>e</sup> édition. Paris: Dalloz éd., 2006.

## RÉFÉRENCES (suite)

9. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.** Information des patients: recommandations destinées aux médecins. Paris: Anaes, 2000.
10. **Little P, Dorward M, Warner G, et al.** Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ* 2004;328:441-4.
11. **Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C.** Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;316:1948-52.
12. **Collings CH, Pike LC, Binder AI, McClymont ME, Knight ST.** Value of written health information in the general practice setting. *Br J Gen Pract* 1991;352:466-7.
13. **Dunkelman H.** Patients knowledge of their condition and treatment, how it might be improved. *Br Med J* 1979;2:311-4.
14. **Wilkinson P, Tylden-Pattenson L, Gould J, Wood P.** Comparative assessment of two booklets about rheumatoid arthritis intended for use by patients. *Health Educ J* 1981;40:84-8.
15. **Mainous AG, Hueston WJ, Love MM, Evans ME, Finger R.** An evaluation of statewide strategies to reduce antibiotic overuse. *Fam Med* 2000;32:22-9.
16. **Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R, Hubbard R.** Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ* 2002;324:91-4.
17. **Fox S.** Online Health Search 2006. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project, octobre 2006.
18. Informations de santé sur Internet. DGS, avril 1989, réactualisation 1999. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
19. How to present the evidence for consumers: preparation of consumer publications. Handbook series on preparing clinical practice guidelines Endorsed. National Health and Medical Research Council, novembre 1999.
20. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé, guide méthodologique. HAS/Service des recommandations professionnelles, mars 2005. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
21. De bons remèdes pour les aînés: lignes directrices sur la rédaction des documents et la conception des emballages des médicaments sur ordonnance. Association canadienne de santé publique, 2002. [www.nihp.cpha.ca](http://www.nihp.cpha.ca)
22. **Dickinson D, Raynor DK, Duman M.** Patient information leaflets for medicines: using consumer testing to determine the most effective design. *Patient Educ Couns* 2001;43:147-59.
23. **Moumjid N, Morelle M, Carrere MO, Bachelot T, Mignotte H, Bremond A.** Elaborating patient information with patients themselves: lessons from a cancer treatment focus group. *Health Expec* 2003;6:128-39.
24. **Inpes.** Grille d'analyse des outils d'intervention en éducation pour la santé et questionnaire d'évaluation. Paris: Direction des affaires scientifiques, 2005.
25. **Coulter A, Entwistle V, Gilbert D.** Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999;318:318-22.
26. **Secker J.** Assessing the quality of patient-education leaflets. *Coronary Health Care* 1997;1:37-41.
27. **Richaudeau F.** Écrire avec efficacité. Paris, Albin Michel éd., 1992.
28. **Kitching JB.** Patient information leaflets - the state of the art. *J R Soc Med* 1990;83:298-300.
29. **Clerehan R, Buchbinder R, Moodie J.** A linguistic framework for assessing the quality of written patient information: its use in assessing methotrexate information for rheumatoid arthritis. *Health Educ Res* 2005;20:334-44.
30. Recommandations et pratique: 100 stratégies pour la pratique clinique. Paris, Vidal, 2005.
31. How to present the evidence for consumers: preparation of consumer publications. Handbook series on preparing clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council, novembre 1999.
32. **Bernadini C, Ambrogi V, Fardella G, Perioli L, Grandolini G.** How to improve the readability of the patient package leaflet: a survey on the use of colour, print size and layout. *Pharmacological Research* 2001;43:437-44.
33. **Krass I, Svarstad BL, Bultman D.** Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient Educ Couns* 2002;47:29-35.
34. **Mesnager J.** Pour une étude de la difficulté des textes: la lisibilité revisitée. *Le Français aujourd'hui* 2002;137.
35. **Sullivan F, Mitchell E.** Has general practitioners computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. *BMJ* 1995;311:848-52.
36. **Johnston ME, Langton KB, Haynes B, Mathieu A.** Effects of computer based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcomes. *Ann Intern Med* 1994;120:135-42.
37. **Weinman J.** Providing written information for patients: psychological considerations. *J R Soc Med* 1990;83:303-5.
38. **Paris A, Nogueira da Gama Chaves D, Cornu C, et al.** Improvement of the comprehension of written information given to healthy volunteers in biomedical research: a single-blind randomised controlled study. *Fundam Clin Pharmacol* 2007;21:207-14.
39. **Holmes-Rovner M, Stableford S, Fagerlin A, et al.** Evidence-based patient choice: a prostate cancer decision aid in plain language. *BMC Med Inform Dec Mak* 2005;5:16.
40. **Roland M, Dixon M.** Randomised controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:244-6.
41. **Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, et al.** Validity of the Agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines: How quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001;286:1461-7.
42. **Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al.** Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD001005.
43. **St-Amour M, Guay M, Peron L, et al.** Are vaccination information leaflets useful for vaccinators and parents? *Vaccine* 2006;24:91-6.
44. Référence danoise citée dans l'article «A PIL for every ill» (v. réf. 17).

*Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.*

## ADDENDUM - Liste des 125 fiches réalisées

**Cardiologie**

• Angor et insuffisance coronarienne • Artériopathie des membres inférieurs • Anticoagulants • Dyslipidémie • Endocardite infectieuse et prévention • Fibrillation auriculaire • Hypertension artérielle • Hypertension artérielle: principes diététiques • Hypotension orthostatique • Insuffisance cardiaque • Thrombose veineuse profonde • Thrombose veineuse superficielle • Varices et jambes lourdes.

**Dermatologie**

• Acné juvénile • Eczéma • Mélanome • Morsure d'animal • Nævus et grain de beauté • Piqûres d'hyménoptères • Psoriasis • Soleil et ses risques • Urticaire

**Endocrinologie**

• Corticoïdes • Diabète type 2 • Diabète type 1 • Hyperthyroïdie • Hypothyroïdie • Obésité et surpoids de l'adulte.

**Gastroentérologie**

• Alcoolisme • Cancer du côlon • Colopathie fonctionnelle • Constipation • Gastroentérite aiguë de l'adulte • Hémorroïdes • Lithiase vésiculaire • Reflux gastro-œsophagien, pyrosis • Ulcères digestifs.

**Gynécologie-obstétrique**

• Contraception: différentes méthodes • Contraception estroprogestative • Dysménorrhée • Début de grossesse • Grossesse

2<sup>e</sup> trimestre • Grossesse 3<sup>e</sup> trimestre • Grossesse: listériose • Grossesse: toxoplasmose • Grossesse qui se fait attendre • Grossesse et alimentation • Herpès génital et oro-facial • Ménopause • Prévention du cancer du col de l'utérus • Prévention du cancer du sein • Traitement hormonal substitutif • Vulvovaginite de la femme

**Infectiologie**

• Conseils aux voyageurs • La grippe • Vaccin contre l'hépatite B • Vaccin méningite à méningocoque • Vaccin contre le pneumocoque • Vaccin antigrippal • Vaccin et cancer du col de l'utérus • Vaccin contre rougeole, oreillons, rubéole • Zona.

**Neurologie**

• Anxiété • Accident vasculaire cérébral • Dépression • Insomnie • Jambes sans repos • Maladie d'Alzheimer • Maladie de Parkinson • Migraines avec et sans aura • Traumatisme crânien.

**Oto-rhino-laryngologie**

• Angine bactérienne de l'adulte • Angine virale de l'adulte • Otite externe et Coton-Tige • Rhinosinusite de l'adulte • Sinusite • Vertiges.

**Pédiatrie**

• Alimentation du nourrisson • Allaitement • Angine bactérienne de l'enfant • Angine virale de l'enfant • Asthme: nourrisson et prévention • Asthme de l'enfant • Bronchiolite • Bronchite aiguë

de l'enfant • Conjonctivite • Constipation de l'enfant • Convulsions fébriles • Cystite de l'enfant • Encoprésie • Énurésie • Fièvre • Gastroentérite aiguë du nourrisson • Obésité de l'enfant • Otite moyenne aiguë • Oxyures • Poux • Rhinite allergique • Rhinopharyngite de l'enfant • Varicelle • Vulvovaginite de la petite fille.

**Pneumologie**

• Maladie asthmatique • Crise d'asthme • Bronchite aiguë • Bronchopneumopathie chronique obstructive • Exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive • Pneumonie • Sevrage tabagique.

**Rhumatologie, traumatologie**

• Arthrose • Cervicalgie • Contusion • Entorse cheville • Épaule douloureuse: syndrome de la coiffe des rotateurs • Goutte • Goutte et régime • Lombalgie aiguë • Ostéoporose • Syndrome du canal carpien.

**Urologie**

• Cancer de prostate • Colique néphrétique • Cystite de la femme • Hypertrophie bénigne de prostate • Incontinence urinaire • Pyélonéphrite.

**Divers****Soins palliatifs**