

# Fiches d'information pour les patients: quel intérêt? L'étude EDIMAP

par les D<sup>rs</sup> M. Sustersic\*, M. Voorhoeve\*\*, H. Menuret\*\*, A. Meneau\*\*, J-L. Bosson\*\*\*\* et Monsieur M. M. Baudrant\*\*\*

\*\*\* P...icien,  
CHU de Grenoble  
\*\*\*\* Directeur du Centre  
d'Investigation Clinique,  
CHU de Grenoble

**L'**information des patients est devenue un enjeu de santé public et une composante essentielle de la relation médecin-patient. De nombreux documents écrits d'information destinés aux patients existent mais peu répondent aux critères de qualité recommandés par les sociétés savantes et les structures institutionnelles telles que la Haute Autorité de Santé en France<sup>(2)</sup> ou la National Health and Medical Research Council (NHRMC) en Australie<sup>(3)</sup>.

## PRÉTEST

	Vrai	Faux
1. La compréhension d'une fiche information-patient varie en fonction du niveau d'études.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les patients sont demandeurs de fiches d'information, en particulier pour les pathologies chroniques silencieuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'utilité des fiches information patients n'est pas évidente lorsque le médecin traitant prend le temps d'expliquer la pathologie au patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 366.

## ABSTRACT



This prospective multicentric study in general practice has evaluated the quality of patient leaflets. These leaflets were understandable and useful, and they helped to improve the patient's motivation.

**Keywords:** evaluation, patient leaflet, quality, general medicine.

## RÉSUMÉ

Cette étude prospective multicentrique de médecine générale a évalué la qualité de fiches informatives patients. Les fiches testées étaient très compréhensibles, utiles et amélioreraient la motivation des patients.

**Mots-clefs:** évaluation, fiche informative, qualité, médecine générale.

Les sociétés scientifiques préconisent d'étudier l'impact des fiches informatives en terme de compréhension et de satisfaction sur les patients avant leur diffusion<sup>(2,3,4)</sup>, ce qui est en pratique rarement réalisé<sup>(5)</sup>.

L'étude de différents facteurs est nécessaire à l'évaluation d'un document écrit d'information :

- les caractéristiques du document<sup>(6,7)</sup>: lisibilité, présentation, contenu...
- les caractéristiques du patient<sup>(8,9)</sup>: critères socio-démographiques, connaissance, motivation...

Dans ce contexte, un premier travail a permis d'élaborer une méthodologie d'aide à la réalisation de fiches d'information du patient (FIP), puis 125 FIP concernant des situations cliniques fréquentes rencontrées en médecine générale<sup>(10)</sup>.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des FIP sur la compréhension des patients, avec comme critère de jugement, un score de compréhension. Pour cela, 6 FIP parmi les 125 ont été choisies pour réaliser l'étude. Les objectifs secondaires étaient :

- l'évaluation de la satisfaction (score de satisfaction) et de la compréhension des patients par FIP et par sous-groupe de FIP (pathologies chroniques, pathologies aiguës, situation de prescription d'un traitement);
- l'évaluation de la corrélation entre les scores de satisfaction et de compréhension;
- l'évaluation de la motivation des patients. Elle est étudiée en ciblant un facteur participant à la motivation: le sentiment d'efficacité personnelle (SEP).

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La première étape a consisté en une recherche bibliographique concernant l'évaluation de documents d'information destinés aux patients. Elle a été portée sur la période s'étalant des années 1990 à octobre 2008.

Les recherches ont été effectuées sur Medline (pubmed), sur Pascal, sur Google scholar et enfin sur le site de la National Health and Medical Research Council (NHRMC).

### LE CHOIX DES FIP À ÉVALUER

Nous avons retenu pour cette étude un nombre restreint de FIP [six parmi les 125 créées<sup>(10)</sup>] afin de favoriser la compliance des médecins à l'étude. Plusieurs paramètres ont été pris en compte dans le choix de ces six FIP :

- la fréquence des situations cliniques afin d'en faciliter la distribution. Pour ce faire, le top 50 des résultats de consultation en médecine générale de la Société Française de Médecine Générale<sup>(11)</sup> a été utilisé;
- le type de situations rencontrées en médecine générale, afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre sous-groupes de FIP: deux pathologies chroniques (HTA et dyslipidémie); deux pathologies aiguës (lombalgie aiguë et rhino sinusite aiguë); deux situations de prescription [contraception œstro-progestative orale (CO) et anticoagulant oral (AVK)];
- l'avis des généralistes participant à l'étude.

## L'ÉLABORATION DES ÉCHELLES D'ÉVALUATION

Pour évaluer différents critères concernant les FIP auprès des patients, des questionnaires ont été élaborés à partir du guide de la HAS<sup>(2)</sup> et de plusieurs articles<sup>(12, 13, 14, 15)</sup> :

- un questionnaire général a permis de recueillir les données sociodémographiques (âge, niveau d'étude, profession médicale ou non) et d'analyser la perception du patient sur le fond, la forme et l'utilité de la FIP ;
- six questionnaires spécifiques ont permis d'évaluer les connaissances des patients relatives au contenu de chacune des FIP.

Afin de tester l'aptitude des patients à participer à leur prise en charge médicale, une échelle d'évaluation du Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP) a été retenue. La perception d'efficacité personnelle est essentielle dans le comportement humain<sup>(16)</sup>. Il s'agit du sentiment qu'éprouvent les patients à propos de leurs capacités et du résultat que peuvent produire leurs efforts. Lorsque l'on mesure l'implication du patient dans sa prise en charge, un instrument général est nécessaire. Pour notre étude, l'échelle générale *The Self-efficacy scale* a été retenue<sup>(18)</sup> et plus précisément, la partie de l'échelle concernant la perception d'efficacité générale (17 items). Les items proposés s'adaptent bien aux difficultés rencontrées par des patients : difficultés d'apprentissage, défauts d'initiative, difficultés à faire face aux situations nouvelles<sup>(18)</sup>. Les réponses sont notées sur une échelle de Likert à 5 niveaux de « jamais » à « toujours ».

## DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Le travail de recherche réalisé était une étude analytique multicentrique, prospective.

Vingt-six médecins généralistes exerçant dans la région Rhône-Alpes ont été recrutés par cooptation.

Pendant la période d'inclusion, lorsqu'un patient consultait pour l'une des six pathologies ou situations retenues (HTA, dyslipidémie, prescription de contraception œstro-progestative, prescription d'anticoagulant oral, lombalgie aigüe, rhino sinusite aigüe) le médecin investigateur lui proposait de participer à l'étude après une explication courte du déroulement et de l'intérêt de celle-ci.

Si le patient marquait son accord, la FIP correspondant à sa pathologie et une lettre d'information expliquant l'étude lui étaient remises en main propre, au décours de la consultation. Le médecin lui proposait aussi l'auto-questionnaire d'évaluation du SEP, que le patient devait remplir seul à domicile et retourner dans l'enveloppe préaffranchie. Les médecins remplissaient un fax d'inclusion pour chaque patient.

La collecte des données a été réalisée de juillet à mi-octobre 2008.

Entre 8 et 15 jours après réception de la fiche par les patients, ils étaient interrogés par téléphone à l'aide du questionnaire général et spécifique sur le fond et la forme des FIP.

S'ils n'étaient pas joignables la première fois, deux nouveaux appels étaient tentés.

En cas d'échec, le patient était considéré comme perdu de vue.

## L'ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel. L'analyse statistique a été faite avec le logiciel STATA.

À partir des réponses obtenues aux questionnaires généraux et spécifiques à chaque sous-fiche, deux scores ont été créés : un score de compréhension et un score de satisfaction.

- Le score de compréhension était calculé à partir du questionnaire spécifique à chaque fiche en additionnant les points obtenus aux 6 questions. On obtenait alors un score total sur 24 points.
- Le score de satisfaction était calculé à partir de certaines questions du questionnaire général. Le score total obtenu était noté sur dix.
- Les réponses à l'auto-questionnaire ont permis de définir un score total de sentiment d'efficacité personnelle (SEP) en additionnant les réponses obtenues aux 17 questions. Concernant les questions négatives, les scores ont été inversés. Le score total maximum était de 85.

## RÉSULTATS

### DESCRIPTION DE LA POPULATION

26 médecins généralistes ou cabinet de médecins généralistes ont participé à cette étude.

350 fax d'inclusion ont été récupérés sur les 900 exemplaires distribués auprès des médecins généralistes (taux de distribution de 39 %).

237 auto-questionnaires ont été renvoyés par les patients soit un taux de réponse de 67,5 %.

Parmi les 350 patients inclus, 259 dossiers étaient exploitables. 91 patients inclus (26 %) ont été considérés comme perdus de vue.

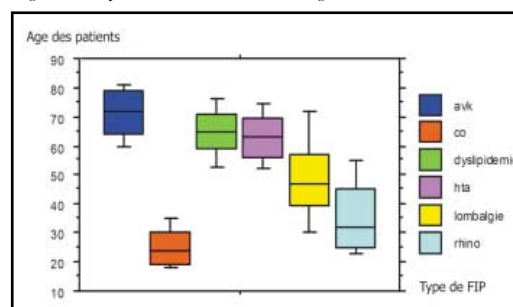
La médiane d'âge de la population était de 56 ans (âge minimal = 18 ; âge maximal = 84).

Il y avait 38,4 % d'hommes et 61,6 % de femmes. 15 % des patients (40 patients) travaillaient ou avaient travaillé dans le milieu médical.

### Répartition des FIP en fonction de l'âge des patients

La distribution des FIP par pathologie concorde avec la prévalence des pathologies par âge : la FIP « contraception » a été remise à des sujets jeunes alors que celle concernant les AVK, à des personnes âgées (figure 1).

Figure 1 : répartition des FIP selon l'âge.



**Distribution des patients selon le niveau scolaire (tableau 1)**

Tableau 1

Niveau d'études	Nombre (%)
Certificat d'études	62 (23.1)
Collège	65 (24.3)
Bac	48 (17.9)
Bac+2	28 (10.4)
Études sup. après bac +2	65 (24.3)
<b>Total</b>	<b>268 (100)</b>

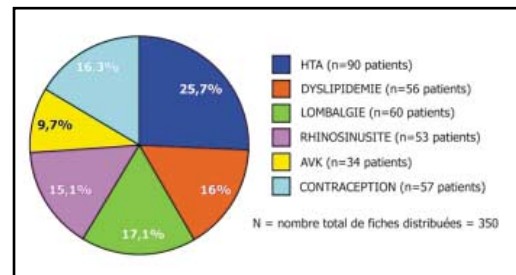
**ANALYSE DESCRIPTIVE**

**Répartition des FIP (figure 2)**

Deux FIP sortent du lot :

- la FIP HTA a été remise plus fréquemment que les autres ;
- celle concernant les AVK a été au contraire moins souvent remise.

Figure 2 : répartition des FIP selon le type de situations.

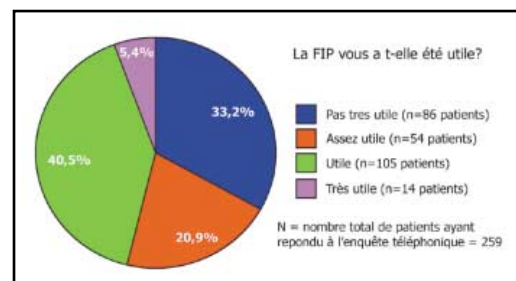


**Utilité estimée des FIP**

Sur les 259 patients ayant répondu à l'enquête téléphonique :

- 61,4% (159 patients) ont jugé la FIP assez utile ou utile (figure 3). L'analyse par fiche ne donnait pas de différence statistiquement significative. La quasi-totalité des patients l'ayant trouvé « pas très utile » donnait comme réponse à la question ouverte « pourquoi ? » : « je savais déjà », « mon médecin m'avait déjà bien expliqué » ou une réponse équivalente ;
- 91% (237 patients) ont gardé la FIP et 96 (37%) en ont parlé dans leur entourage ;
- 17% (44 patients) ont eu des idées de questions à poser à leur médecin après lecture de la FIP ;
- 96% (238 patients) pensaient que les médecins devraient utiliser plus souvent ce type de fiches ;
- 59,5% (156 patients) ont renvoyé l'auto-questionnaire évaluant le SEP, de manière spontanée, avant l'appel téléphonique ;
- aucun des médecins n'a écrit sur la FIP.

Figure 3 : Utilité des FIP.



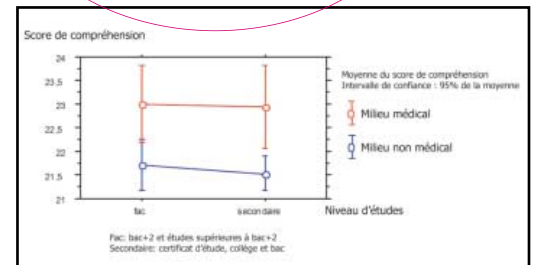
**La compréhension des FIP**

La compréhension des FIP par les patients a été mesurée par le score de compréhension décrit précédemment (tableau 2).

Celui-ci a été analysé par :

- **type de FIP** : noté sur 24, il variait de 14 à 24. Les scores médians par sous FIP allaient de 19,8 (lombalgie) à 22,9 (HTA). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les différentes FIP
- **l'âge et le sexe** : il n'a pas été constaté de différence statistiquement significative pour le score de compréhension en fonction des différentes classes d'âge ou du sexe
- **le niveau d'études** : aucune différence statistiquement significative n'a été constatée
- **la compréhensibilité (ou compréhension subjective) de la FIP** : les questions 6 « Avez-vous trouvé la fiche facile à comprendre ? » et 8 « Cette fiche vous a-t-elle permis de mieux connaître votre maladie ? » du questionnaire général se rapportaient au ressenti du patient vis-à-vis de la compréhension de la FIP. La comparaison du score de compréhension et de la compréhensibilité ne (x) ??? révélait pas de différence statistiquement significative.
- **l'appartenance au milieu médical** : quel que soit le niveau d'études, les patients appartenant ou ayant appartenu au milieu médical ont obtenu de meilleurs scores de compréhension (figure 4).

Figure 4 : certificat d'études ??????



**Score de satisfaction**

Le score de satisfaction, noté sur 10, variait d'une valeur minimale de 4 à une valeur maximale de 9, la médiane était de 7,2.

**Le score de satisfaction a été analysé selon :**

- **le sexe et l'âge** : il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les scores de satisfaction quel que soit le sexe ou l'âge du patient ;
- **le niveau d'études** : les deux extrêmes, c'est-à-dire un niveau d'études supérieur à bac+2 (score médian à 7,1) et la réponse « autre » qui regroupe essentiellement les patients ayant un certificat d'études (score médian à 7,2), obtenaient un score de satisfaction plus bas que les niveaux d'études intermédiaires (score médian variant de 7,3 à 7,7). Cette différence était statistiquement significative (p < 0,01) ;
- **l'appartenance au milieu médical** : le score de satisfaction des patients qui exerçaient une profession médicale était en moyenne de 7,7 contre 7,3 pour les autres patients. Ce résultat était statistiquement significatif avec p = 0,0195.

Les femmes appartenant au milieu médical ont obtenu un score de satisfaction supérieur à celui des autres femmes. *A contrario*, les hommes appartenant au milieu médical ont un score de satisfaction inférieur à celui des autres hommes. Ce résultat est statistiquement significatif ( $p = 0,0292$ ).

### **Existe-il un lien entre compréhension et satisfaction ?**

Il y a bien une corrélation entre le score de satisfaction et le score de compréhension. Plus le patient était satisfait de la FIP, plus il avait compris son contenu. De même, plus il avait compris la FIP et plus il en était satisfait.

### **Existe-il une corrélation entre le Sentiment d'Efficacité Personnelle et la compréhension ?**

Le score du sentiment d'efficacité personnelle (noté sur 85) variait d'une valeur minimale de 35 à une valeur maximale de 82. La valeur médiane était de 65.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les scores du SEP selon le sexe, l'âge, le niveau d'étude et l'appartenance ou non au milieu médical.

## **DISCUSSION**

Peu de « documents patients » ont été évalués auprès des patients<sup>(5)</sup>. Pourtant, il s'agit d'une étape recommandée par les sociétés savantes et les structures institutionnelles<sup>(2,3)</sup>. En effet, il existe un lien fort entre qualité des soins et satisfaction des patients<sup>(19,31)</sup> et cette étape est indispensable à l'élaboration de « documents patients ».

### **GÉNÉRALITÉS CONCERNANT L'ÉTUDE**

Le taux de distribution des FIP par les médecins généralistes était satisfaisant (39%) comparé à d'autres études nationales<sup>(22)</sup> ayant utilisé le même mode de diffusion des documents d'information écrits<sup>(23)</sup>.

Le taux de participation des patients était élevé (taux de réponse de 67,5%). La participation des patients a été active avec un bon pourcentage de réponse à l'auto-questionnaire par rapport à d'autres études utilisant le même type d'outil<sup>(24)</sup> et une implication dans leur prise en charge au vu du bon accueil constaté lors de l'enquête téléphonique. Les classes d'âge étaient compatibles avec les motifs respectifs de consultation. La bonne corrélation entre le score de compréhension et la compréhensibilité de la FIP prouve que les patients ont participé en toute honnêteté. Le questionnaire général ne comportait que deux questions ouvertes sur 23, ce qui a permis une exploitation statistique valide.

Il existe cependant des disparités dans la distribution des FIP.

La FIP HTA a été la plus diffusée (25,7%). On peut évoquer la forte prévalence de cette maladie dans la population générale. Il s'agit d'une maladie complexe et délétère à long terme et qui se prête bien à un complément d'informa-

tion écrit. Les FIP semblaient être un mode d'information adapté aux pathologies aiguës<sup>(5)</sup>, les pathologies chroniques relevant davantage des relais « réseaux de soins » et « éducation thérapeutique ». Pourtant, on constate une demande très forte d'information écrite concernant certaines pathologies chroniques silencieuses telle que l'HTA.

La FIP AVK a eu un faible taux de distribution (9,7%). Plusieurs biais peuvent expliquer ce résultat. Tout d'abord, le profil des patients concernés par la prescription d'AVK : ils ont une moyenne d'âge élevée et sont donc sujet à une perte d'autonomie plus fréquente que dans d'autres tranches d'âge (incapacité à comprendre la FIP). Ils peuvent aussi bénéficier plus souvent de visites à domicile lors desquelles le médecin ne dispose pas de la FIP. D'autre part, il existe déjà des livrets AVK remis par les médecins généralistes aux patients<sup>(25)</sup>. La FIP aurait eu dans ce cas, un caractère redondant par rapport aux livrets existants.

### **CONCERNANT LES RÉSULTATS**

Concernant la compréhension, les patients ont obtenu un score élevé (médiane à 22 pour un score maximal à 24) non influencé par le type de FIP, ni le sexe, ni l'âge, ni le niveau d'études. Ces FIP s'adaptent donc à un large panel de patients, tel que l'on peut en rencontrer en médecine générale. Cet objectif était difficile à atteindre. De nombreuses études soulignent le challenge que représente l'élaboration de documents écrits répondant aux différentes attentes des patients<sup>(19)</sup>.

Le score de compréhension des patients appartenant au milieu médical s'est avéré plus élevé. Ceci pourrait s'expliquer par l'acquisition de connaissances théoriques (notamment d'un langage médical) et pratiques, au cours de leur carrière.

Concernant le score de satisfaction noté sur 10, la médiane était de 7,2. De plus, 91% (237 patients) ont gardé la FIP et 37% (96 patients) en ont parlé dans leur entourage. 96% (238 patients) pensent que les médecins devraient utiliser plus souvent ce type de fiches. Les patients sont demandeurs de « documents patients »<sup>(20)</sup> et les utilisent<sup>(26)</sup>.

La satisfaction était similaire quel que soit le sexe et l'âge, ce qui tend à confirmer que les FIP sont adaptées à l'éventail de population que l'on peut rencontrer en médecine générale.

En revanche, on observe des différences statistiquement significatives en ce qui concerne le niveau d'études, avec un abaissement du score de satisfaction pour les patients à niveau d'études très élevé ou à l'inverse faible. En ce qui concerne les patients ayant un niveau d'étude faible, il serait intéressant de cibler cette population, d'analyser leurs critères de satisfaction afin de savoir si l'information écrite reste adaptée à leurs besoins.

Il existe une corrélation positive entre le score de satisfaction et le score de compréhension des patients. Les illustrations sont appréciées des

**Les patients sont demandeurs de « documents patients » et les utilisent.**

**On constate une demande très forte d'information écrite concernant certaines pathologies chroniques silencieuses telle que l'HTA.**

**Les patients suivis par des médecins généralistes se sentent capables de réaliser des actions visant l'amélioration de leur prise en charge en termes de santé que ce soit dans des situations aiguës ou chroniques.**



Les scores de compréhension obtenus étaient élevés et homogènes d'une fiche à l'autre quel que soit l'âge, le sexe et le niveau d'études.

La majorité des patients se sentent capables de prendre en charge au mieux leur santé en mettant en pratique une information donnée par écrit.

patients<sup>(28)</sup>. Le document doit être remarqué<sup>(29)</sup> et être attrayant, coloré. Une étude américaine a montré que des fiches contenant la même information sont mieux comprises et mieux notées sur le plan de la présentation si un effort de mise en page est fait<sup>(30)</sup>. On peut donc en conclure que le choix de l'un ou l'autre de ces deux paramètres peut suffire à mesurer l'intérêt de FIP pour les patients.

Il n'a pas été mis en évidence de corrélation entre le score de compréhension et le niveau de SEP des patients. Il n'y a donc pas de lien entre la compréhension objective de la maladie et le sentiment qu'a le patient de sa capacité à la prendre en charge. D'une manière plus générale, les patients ont obtenu des bons résultats au SEP avec un score médian à 65/85. Les patients suivis par des médecins généralistes se sentent capables de réaliser des actions visant l'amélioration de leur prise en charge en termes de santé que ce soit dans des situations aiguës ou chroniques. Il semble donc pertinent, y compris dans cette population qui possède des niveaux de SEP plutôt élevés, d'utiliser les FIP comme des outils de transmission de connaissances.

Le SEP est un des facteurs jouant un rôle dans la motivation à se soigner et à modifier ses comportements relatifs à sa santé. Les professionnels de santé peuvent aider le patient à développer ce sentiment et le soutenir afin d'optimiser la prise en charge de leurs patients.

Il existe une différence statistiquement significative entre les sous-groupes de FIP (pathologies aiguës ; pathologies chroniques ; situations de prescription) en ce qui concerne le score de compréhension. Le niveau de compréhension était plus faible pour les pathologies aiguës.

Un biais majeur est à prendre en compte : l'existence d'une prise en charge spécifique multidisciplinaire destinée aux patients porteurs de pathologies chroniques (réseaux de soins, éducation thérapeutique)<sup>(32)</sup>. Celle-ci permettrait aux patients d'acquérir des connaissances tout au long de l'évolution de leur maladie et/ou des situations de prescriptions.

## CONCLUSION

L'information écrite est un complément indispensable à l'information orale dispensée par le médecin : elle améliore la qualité des soins<sup>(33, 34, 35, 36)</sup>. Un premier travail a consisté à élaborer 125 FIP concernant les motifs de consultation fréquents en médecine générale<sup>(5)</sup>.

Avant diffusion, il convenait de les évaluer auprès des patients<sup>(2, 3)</sup>. En évaluant 6 FIP parmi les 125 créées, EDIMAP a permis d'une part, de confirmer les résultats décrits par bon nombre d'études<sup>(20)</sup> (la majorité des patients est convaincue de l'utilité des fiches d'information et la quasi-totalité pense que les médecins devraient les utiliser couramment<sup>(21)</sup>) et d'autre part, de valider les FIP en termes de satisfaction et compréhension des patients. Les scores de compréhension obtenus étaient élevés et homogènes d'une fiche à l'autre quel que soit

l'âge, le sexe et le niveau d'études. Les FIP sont donc adaptées à un large panel de patients. Les scores de satisfaction obtenus étaient également élevés. Or, la satisfaction des patients est garante de la qualité des soins<sup>(31)</sup>. La plupart des patients ont conservé la FIP et 37 % en ont parlé à leur entourage. Il existe une demande forte de FIP, y compris pour les pathologies chroniques telles que l'HTA. Les FIP conservent donc un intérêt pour les pathologies chroniques, notamment au début de la prise en charge médicale. Enfin, le Sentiment d'Efficacité Personnelle se prête tout à fait à l'étude d'une population de patients. Il a montré que la majorité des patients se sentent capables de prendre en charge au mieux leur santé en mettant en pratique une information donnée par écrit. ■

## BIBLIOGRAPHIE

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L.1111-2. *Journal Officiel*. 5 mars 2002.
- HAS. Guide méthodologique : élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. *Service des recommandations professionnelles*. Mars 2005.
- National Health and Medical Research Council. How to present the evidence for consumers : preparation of consumer publications. *Handbook series on preparing clinical practice guidelines*. 1999. <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/cp66.pdf> [Consulté le 10/10/08].
- Bérard E. commission d'éthique de la société française de pédiatrie. Les fiches d'information (x) ??? des patients pédiatriques et de leurs familles : recommandations de la commission d'éthique de la Société française de pédiatrie. Octobre 2006.
- Sustersic M, et al. Elaboration de fiches d'information pour les patients en médecine générale. Supplément – *Rev Prat Méd Gen* 2008 ; **58** (supp).
- Sustersic M, Meneau A, Dremont R, Bosson J-L. Fiches d'information patient : quelle méthodologie ? *Rev Prat Méd Gen* 2007 ; **790** : 1167.
- Gibson PG, Powell H, Coughlan J et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; (2) : CD001005.
- Grime J et Al. The role and value of written information for patients about individual medicines : a systematic review. *Health Expect* 2007 ; **10** : 286-98.
- Koo M, Krass I, Parisa A. Patients characteristics influencing evaluation of written medicine information : Lessons for patient education. *Ann Pharmacother* 2005 ; **39** : 1434-40
- Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseils concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. Thèse de médecine faculté de Grenoble. Juillet 2007.
- Observatoire de médecine générale. Classement des 50 RC les plus fréquents par patients pour tous les patients pour l'année 2005. [www.sfm.org](http://www.sfm.org) (consulté le 17/10/2008).
- Paris A et al. Improvement of the comprehension of written information given to healthy volunteers in biomedical research : a single-blind randomized controlled study. *Fundamental Clin Pharmacol* 2007 ; **21** : 207-14.
- Paris A et al. French adaptation and preliminary validation of a questionnaire to evaluate understanding of informed consent documents in phase I biomedical research. *Fundamental Clin Pharmacol* 2006 **20** ; 97-104.
- Koo M, Krass I, Parisa A. Evaluation of Written Medicine Information : Validation of the Consumer Information Rating Form. *Ann Pharmacother* 2007 ; **41** : 951.
- Krass I, Svarstad B, Bultman D. Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient Educ Counseling* 2002 ; **47** : 29-35.
- Dumont C. L'identification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme crânio-cérébral. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, Québec. 2003.
- Bandura A. Social foundations of thought and action : a social cognitive theory. 1986 Englewood Cliffs, J.J Eds. Prentice-Hall.
- Sherer M, Maddux JE. The self-efficacy scale : construction and validation. *Psychological Reports* 1982 ; **51** : 663-71.
- Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technology Assessment* 2007 ; **11** (5).
- Carretier J et al. Les SOR SAVOIR PATIENT, un programme d'information et d'éducation des patients atteints de cancer et de leurs proches *Bull Cancer* 2004 ; **91** : 351-3
- Coudeyre E, Tubach F, Rannou F, et Al. Effect of simple information booklet on pain persistence after an acute episode of low back pain : a non-randomized trial in a primary care setting. *PLoS ONE* 2007 ; **2** : e706.
- M. Karrer P, Buttet I, Vincent C, Ferron Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? *Santé publique* 2004 ; **3** : 471-485.
- St-Amour M, Guay M, Perron L, et al. Are vaccination information leaflets usefull for vaccinators and parents ? *Vaccine*. 2006 ; **24** : 2491.
- Elisabeth Couturier et Al. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002 *BEH* 2004 (3).
- [www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr) – Médicaments

26. Bonnet V, Couvreur C, Demachy P, et al. Evaluation des besoins en information des patients suivis en radiothérapie: étude effectuée sur la base du livret de la radiothérapie. *Cancer Radiother* 2000; 4: 294-307.

27. Holmes-Rovner M, Stableford S, Fagerlin A et al. Evidence-based patient choice: a prostate cancer decision aid in plain language. *BMC Med Informatics Decision Making* 2005; 5: 16.

28. 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: 244-246.

29. Bernardini C, Ambrogi V, Fardella G et al. How to improve the readability of the patient package leaflet: a survey on the use of colour, print size and layout. *Pharmacol Res*, 2001; 43: 437-444.

30. Dedienne M et al. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? *Rev Prat Méd Gén* 2003; 17: 653-6.

31. M. Baudrant et al. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin* 2008; 27: 201-4

32. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Information des patients: recommandations destinées aux médecins. Paris: ANAES, 2000.

33. 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.

34. Dunkelmann H. Patients knowledge of their condition and treatment, how it might be improved. *BMJ* 1979; 2: 311-314.

35. Wilkinson P, Tylden-Patterson L, Gould J, Wood P. Comparative assessment of two booklets about rheumatoid arthritis intended for use by patients. *Health Educ J* 1981; 40: 84-88.

## EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. On constate une demande très forte d'information écrite concernant certaines pathologies chroniques silencieuses telle que l'HTA.
2. Les patients sont demandeurs de « documents patients » et les utilisent.
3. Les patients suivis par des médecins généralistes se sentent capables de réaliser des actions visant l'amélioration de leur prise en charge en termes de santé que ce soit dans des situations aiguës ou chroniques.
4. Les scores de compréhension obtenus étaient élevés et hétérogènes d'une fiche à l'autre quel que soit l'âge, le sexe et le niveau d'études.
5. La majorité des patients se sentent capables de prendre en charge au mieux leur santé en mettant en pratique une information donnée par écrit.

La Rédaction

## Hypertension artérielle (HTA)

### Les points clés

Il s'agit de l'augmentation de la pression du sang dans les artères. L'hypertension artérielle est **grave par ses complications**. Elle favorise les maladies cardiovasculaires qui sont la première cause de décès en France.

#### Les symptômes

Ils sont très souvent absents. Lorsque la pression artérielle est très élevée, vous pouvez ressentir : maux de tête, vertiges, bourdonnements dans les oreilles, fatigue...

#### Les causes

L'HTA est favorisée par l'héritage familial, certaines maladies ou médicaments et surtout par le mode de vie:

- une consommation excessive de sel, d'alcool, de boissons à la réglisse ou à l'anis ;
- la vie sédentaire ;
- la surcharge pondérale.

#### Le diagnostic



Il faut multiplier les mesures de la tension avant de poser le diagnostic (chez le médecin ou à domicile).

L'examen sera complété par une analyse de sang et d'urines et parfois d'un électrocardiogramme ou d'une échographie du cœur.

#### Quels sont les risques ?

**A court terme:** lors de poussées brutales de tension, certains organes peuvent souffrir (comme le cerveau, le cœur, le rein, l'œil).

**A moyen et à long terme, le risque est important.** En effet si elle n'est pas traitée, l'hypertension abîme peu à peu les organes et entraîne : attaques cérébrale et cardiaque, démence, insuffisance rénale, baisse de la vision, cécité...

**Cela réduit la durée de vie de 10 à 20 ans.**

### Que faire ?

*Pour faire baisser la tension artérielle :*  
**Perdre du poids si vous vous « portez bien ».**  
**Faire de l'exercice physique** (au moins 30 min 4 fois par semaine).  
**Réduire ou arrêter l'alcool**  
 Maximum 2 verres/jour chez l'homme  
 1 verre/jour chez la femme  
**Limiter le sel ajouté et les aliments riches en sel** (fromage, charcuterie, plats cuisinés).  
**Manger des fruits et des légumes.**

*Pour réduire votre risque de maladies cardiovasculaires:*

- Arrêter le tabac
- Manger moins de sucres et de graisses
- Vous détendre

### Les médicaments

Ils sont nécessaires si le « régime » ne suffit pas à faire baisser la tension artérielle.

Ils sont à **prendre sans interruption, de préférence à la même heure.**

De nombreux médicaments sont efficaces: votre médecin cherchera celui qui vous convient le mieux.

Si vous en êtes porteur, il faudra également traiter un diabète, un taux élevé de cholestérol.

- Si votre traitement vous donne des effets indésirables, **parlez-en à votre médecin.**
- Si vous avez des maux de tête, vertiges, bourdonnements dans les oreilles, **contrôlez ou faites contrôler votre tension artérielle.**

### Appelez le 112 en cas de

- douleur dans la poitrine,
- gêne pour respirer,
- maux de tête violents.



Rédigée par Dr A. Meneau, Dr M. Sustersic / juin 2008.  
 Sources: HAS 2005, ESC 2003, AFSSAPS 2002, PNNS 2006, ANAES 97  
 Relecteurs : Dr Barjhoux, Dr Drémont, Dr Marlières, Dr Rias.  
 Illustration : Mélanie Sustersic.  
 Contact : sustersic.melanie@hotmail.fr