



**HAL**  
open science

**Création et évaluation d'une action-formation  
impliquant les secrétaires médicaux dans le but de  
promouvoir la prévention en médecine générale dans les  
Vosges**

Tiphaine Huant

► **To cite this version:**

Tiphaine Huant. Création et évaluation d'une action-formation impliquant les secrétaires médicaux dans le but de promouvoir la prévention en médecine générale dans les Vosges. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01947147

**HAL Id: hal-01947147**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01947147>**

Submitted on 15 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2018

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Tiphaine HUANT**

Le 18 avril 2018

**CRÉATION ET ÉVALUATION D'UNE ACTION-FORMATION  
IMPLIQUANT LES SECRÉTAIRES MÉDICAUX DANS LE  
BUT DE PROMOUVOIR LA PRÉVENTION EN MÉDECINE  
GÉNÉRALE DANS LES VOSGES**

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER

Président

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL

Juge

Monsieur le Professeur Nicolas JAY

Juge

Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ

Juge et directeur



**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Asseseurs :**

**Premier cycle :** Dr Julien SCALA-BERTOLA

**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER

**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUUEL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER

*SIDES :* Pr Laure JOLY

*Relation Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

*CUESIM :* Pr Stéphane ZUILY

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume VOGIN

*Commission de prospective facultaire :* Pr Karine ANGIOI-BUDER

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES :* Dr Mathias POUSSEL

*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP

*International :* Pr Jacques HUBERT

=====  
**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====  
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Alain GERARD - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET - Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON  
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### 47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation)**

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)**

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET  
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)**

Docteure Chantal KOHLER

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL - Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)**

Docteur Antoine KIMMOUN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)**

Docteur Nicolas GIRERD

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX - Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine générale)**

Docteure Elisabeth STEYER

**54<sup>ème</sup> Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET



=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>ème</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

### 66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) *Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*, Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) *Brown University, Providence (U.S.A)*, Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) *Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*, Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A) Université de Pennsylvanie (U.S.A)*, Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) *Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*, Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996), Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*, Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*, Professeur Daniel G. BICHET (2001) *Université de Montréal (Canada)*, Professeur Marc LEVENSTON (2005) *Institute of Technology, Atlanta (USA)*, Professeur Brian BURCHELL (2007) *Université de Dundee (Royaume-Uni)*, Professeur Yunfeng ZHOU (2009) *Université de Wuhan (CHINE)*, Professeur David ALPERS (2011) *Université de Washington (U.S.A)*, Professeur Martin EXNER (2012) *Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

# **REMERCIEMENTS**

**À notre Maître et Président du Jury,**  
**Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER**  
**Professeur de Biochimie et Biologie moléculaire**

Nous sommes honorés que vous ayez accepté la Présidence de notre jury.

Nous vous remercions de votre confiance et espérons que notre travail saura retenir votre intérêt.

Veillez retrouver ici l'expression de notre grande considération et de notre profond respect.

**À notre Maître et Juge,**

**Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL**

**Professeur de Physiologie**

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger notre thèse.

Soyez assuré de l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

**À notre Maître et Juge,**

**Monsieur le Professeur Nicolas JAY**

**Professeur de Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils.

Veillez retrouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

**À notre Maître, Juge et Directeur de thèse,**

**Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ**

**Docteur en Médecine Générale**

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée en me proposant ce travail et en acceptant la direction de cette thèse.

Ta disponibilité, tes encouragements et ton soutien m'ont été d'une aide très précieuse.

Ton exigence et ton souci du détail m'ont incitée à approfondir mes réflexions.

Merci de m'avoir encadrée.

### **À mes maîtres d'internat qui ont participé à ma formation :**

- Monsieur le Docteur CREUSAT, du service de médecine B du CH de Verdun et Madame le Docteur MARCHAL.
- Monsieur le Docteur GOULMY, du service des urgences du CH de Bar-le-Duc, Messieurs les Docteurs MARIOTTE, FRANÇOIS, SIEWE, LEKHOUADA, EL ABDULLAH et EZZ EDDINE.
- Madame le Docteur THOMÈS, du service de médecine B du CH de Remiremont, Mesdames les Docteurs DAVID-THIOLIÈRE et MAURIOT, Monsieur le Docteur DIALLO.
- Mesdames les Docteurs MATHIEU-DE FARIA, MULLER-WENTZEL et SCHMITT, médecins généralistes à Fraize et à Saint-Dié-des-Vosges.
- Monsieur le Docteur BENGRINA, du service de pédiatrie du CH de Remiremont, Mesdames les Docteurs CATA, GAGA et VILLER, Monsieur le Docteur SIBÉONI.
- Madame le Docteur GILLET, du CSAPA du CHRU de Nancy, Madame le Docteur VIENNET, Messieurs les Docteurs BISCH, FIUMANO et JOSSE.

Merci pour vos enseignements de valeur, votre disponibilité et votre bienveillance qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis. J'espère avoir été digne de votre confiance.

**À l'ensemble des équipes soignantes** avec lesquelles j'ai eu plaisir à travailler durant mes différents stages.

**Aux médecins des différents cabinets qui m'ont permis de pouvoir réaliser ma thèse**, je vous remercie chaleureusement et merci pour vos judicieux conseils : le Docteur AMOGHLY, le Docteur BERBÉ, le Docteur CHEVALIER, le Docteur CLERGET, le Docteur GAILLOT, le Docteur GAUDIN, le Docteur GÉRARD, le Docteur JACQUEMIN, le Docteur JUPIN, le Docteur LÉONARD, le Docteur LOPES-HEYMONET, le Docteur MARCUS, le Docteur MATHIEU-DE FARIA, le Docteur MESLIN, le Docteur MORIN, le Docteur MULLER-WENTZEL, le Docteur PARISOT, le Docteur PERRIN, le Docteur PETIT, le Docteur RÉMOND, le Docteur N. ROBERT, le Docteur P. ROBERT, le Docteur C. SCHLIENGER, le Docteur J. SCHLIENGER, le Docteur VIALTEL et le Docteur WAGNER.

**Aux secrétaires médicales**, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir : Laura, Christine, Agnès et Sandrine, Sylvie, Laëtitia, Sandrine et Céline, Tatiana, Solène et Maya, Mireille et Claudine, Stéphanie, Christelle.

Merci pour votre accueil, votre gentillesse, votre soutien et votre aide précieuse.

**À Madame Delphine MIRE, à Madame Delphine PAINE et au service graphique de la CPAM des Vosges :**

Un grand merci pour votre aide, votre disponibilité et vos conseils.

**À Séverine, Josiane et Annick :**

Un immense merci tout particulier pour m'avoir accueillie dans vos cabinets, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale. J'ai beaucoup appris à vos côtés, merci pour tout votre soutien.

**À mes futurs collègues Claude, Eloïse, Jean-Paul, Joëlle, Nicolas, Séverine, Stéphanie, Katia, Sonia, Hélène, Sandrine et Agnès :**

Merci de m'avoir accueillie parmi vous dans les meilleures conditions qu'une jeune remplaçante puisse imaginer. Merci pour votre soutien dans les moments de doute, merci pour les apéros-rando (j'espère que cela va continuer longtemps), l'indispensable pause-café-ragots-décompression-pompes du matin. Votre gentillesse et votre bienveillance m'ont infiniment aidée ! Et tout particulièrement Eloïse, ça y est j'ai trouvé une « grande sœur ».

**Au Docteur Rémond Pierre :**

Merci Maître Obi-Wan pour ton soutien.

**À mes co-internes :**

Aurélien, François, Jill, Chloé, Marie, Inès et Guillaume. On a galéré, pleuré, râlé, et heureusement beaucoup ri, ça aurait été bien pire sans vous.



**À ma super copine Estelle :** « Dis, je peux me mettre à côté de toi ? », c'est de là que TOUT est né : notre complicité sans faille durant toutes ces études nous aura fait faire les quatre cents coups. Merci d'avoir été là et de continuer à l'être.

**À ma Jilloouu et Chaton :** nos comptes en médecine B auront réussi à créer une amitié indéfectible. Ton sourire narquois et ton espièglerie auront été, sont et seront toujours une immense force pour moi. À nous la Réunion !

**À mon meilleur ami de (presque) toujours Loulou :** merci de ta gentillesse, de tes conseils avisés, de ton soutien et de nos mémorables soirées, j'espère que bien d'autres suivront. Et merci à ta super moitié Margaux pour son amitié.

**À Baptiste et Alice :** Baptiste, remercions notre bon Thierry d'avoir su sceller notre amitié. Tu as toujours été là pour nous, ta bienveillance, ton soutien et ta générosité font de toi un réel ami. Alice, plus que la compagne de Baptiste, tu es devenue une véritable amie, tes pouvoirs surnaturels d'estimation de caddie, ton humour et ta bonne humeur font de toi ma Martine préférée.

**À Sarah et Nico :** merci d'avoir toujours été là et de nous avoir soutenus. Votre amitié est précieuse. Et surtout, je suis tellement contente que vous restiez dans la région avec nous.

**Et aux amis tout simplement :** Gautier et Jérémy (je ne vous vois malheureusement pas autant que je le souhaiterais, mais ça va changer), Beck et Poupou (ski 2019 ?), Julien (cette thèse ne serait rien sans la noire glacée de la Mâââs...), Thoumas (à coup sûr, ça loupe pas !), Reil (c'est bon de savoir que nous pourrons toujours compter sur toi), Cécile, Chloé, Marina, Kate, Eno, Thomas et Sophie (mes supers amis de fac, merci de votre amitié et pour toutes nos soirées), Aurélien et Madlyne (merci d'avoir toujours été là et de m'avoir soutenue en toute circonstance mon cher co-interne), Caro (je garde un sacré bon souvenir de notre coloc' et vive Flemouille !), Camille (que j'aime tes câlins super chics), Chloé et Paul (c'est vraiment bien que vous soyez venus en pays romarimontain, de belles randonnées et soirées s'annoncent), Sandra et Mathieu (vous nous avez accueillis dans les Vosges de la meilleure façon qui soit, d'ailleurs on y reste), Gaétan (nos apéros-tentatives de piscine resteront de sacrés bons souvenirs), Richard (pour avoir fait une crémaillère de cuisine), Clotilde (à nos piques niques vosgiens) ; **merci pour votre amitié, votre bonne humeur, nos fous rires et à tous les bons moments passés et futurs ensemble.**

**À mes parents** : merci de m'avoir guidée et soutenue depuis toujours, vos conseils et votre confiance sans faille ont été indispensables à ma réussite personnelle et professionnelle. Vous avez toujours été là, je vous en suis infiniment reconnaissante. J'espère vous rendre fière.

**À mes sœurs chéries Gogo et Cacou** : je vous adore. J'espère que notre complicité et nos chamailleries continueront. Ma Gogo, merci d'avoir pris le temps pour tes relectures indispensables.

**À mes grands-parents** : Pépé et Mamie, merci pour votre soutien tout au long de ses années.

**À Nadine, Didier, Emeline et Guillaume**: merci de m'avoir accueillie parmi vous, dans votre famille, avec autant de gentillesse et de simplicité.

**À Florian** : à toi surtout, tu as toujours été présent pour me soutenir et m'encourager, merci pour ton amour inconditionnel. Cette période n'a pas toujours été facile mais nous sommes enfin libres, de magnifiques projets nous attendent.

## SERMENT

« **A**u 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 sont 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 ».

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>21</b>
<b>1/ SITUATION ACTUELLE</b> .....	<b>22</b>
1. La prévention.....	22
2. Rôle privilégié du médecin généraliste dans la prévention .....	23
3. Les limites actuelles de la prévention.....	24
a) À propos de la vaccination antigrippale en France .....	24
b) À propos du dépistage du cancer colorectal en France.....	26
c) À propos du dépistage du cancer du col de l'utérus en France.....	27
<b>2/ TRAVAIL DE THÈSE</b> .....	<b>29</b>
<b>ARTICLE :</b> .....	<b>30</b>
<i>Création et évaluation d'une action-formation impliquant les secrétaires médicaux dans le but de promouvoir la prévention en médecine générale dans les Vosges</i> .....	<b>30</b>
<b>1/ RÉSUMÉ</b> .....	<b>31</b>
<b>2/ INTRODUCTION</b> .....	<b>32</b>
<b>3/ MÉTHODES</b> .....	<b>33</b>
1. La CPAM des Vosges.....	33
2. Critères d'inclusion.....	33
3. Critères d'exclusion.....	33
4. Recensement des cabinets médicaux .....	33
5. Prise de contact.....	33
6. Création et diffusion de la formation pour les secrétaires médicaux .....	34
7. Création de l'affiche .....	35
8. Brochures d'information.....	35
9. Période et durée de l'étude .....	35
10. Suivi de l'étude.....	35
11. Évaluation.....	37
a) Comptage .....	37
b) Secrétaires médicaux .....	37
c) Médecins .....	37
d) Patients.....	37
12. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés .....	38
13. Comité consultatif d'éthique .....	38
14. Cadre légal.....	38
<b>4/ RÉSULTATS</b> .....	<b>39</b>
1. Recensement des cabinets participants.....	39
2. Réponses aux questions posées aux secrétaires lors de la formation .....	41
3. Quantification des brochures distribuées et des formulaires patients distribués.....	42

4. Réponses au questionnaire « secrétaire » .....	43
5. Réponses au questionnaire « médecin » .....	46
6. Réponses au questionnaire « patient » .....	49
<b>5/ DISCUSSION .....</b>	<b>51</b>
1. Les limites de l'étude .....	51
a) La faible participation des médecins généralistes .....	51
b) La faible participation des patients .....	52
1. L'affiche .....	52
2. Le manque d'intérêt des patients dans les campagnes de prévention .....	54
3. Le refus d'aller voir la secrétaire médicale .....	54
2. Les points forts de l'étude .....	55
a) Intérêt des secrétaires .....	55
b) Intérêt des médecins .....	56
c) Intérêt des patients .....	56
3. Perspectives .....	57
<b>6/ CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>67</b>
ANNEXE 1 : Recommandations pour la vaccination antigrippale .....	67
ANNEXE 2 : Critères d'éligibilité ou de non éligibilité pour le dépistage organisé du cancer colorectal et les facteurs de risques du cancer colorectal .....	69
ANNEXE 3 : Critères d'éligibilité ou de non éligibilité au dépistage du cancer du col de l'utérus et les facteurs de risques du cancer du col de l'utérus .....	71
ANNEXE 4 : Recommandations aux auteurs de la revue <i>Santé Publique</i> .....	73
ANNEXE 5 : Présentation du courriel destiné aux médecins généralistes .....	84
ANNEXE 6 : Courriel destiné aux médecins expliquant les différentes modalités du projet .....	85
ANNEXE 7 : Contenu de la formation à l'intention des secrétaires médicaux .....	86
ANNEXE 8 : Les critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé .....	95
ANNEXE 9 : Affiche créée et affichée dans les salles d'attente .....	97
ANNEXE 10 : Brochure d'information pour la vaccination antigrippale .....	98
ANNEXE 11 : Brochure d'information pour le dépistage du cancer colorectal .....	99
ANNEXE 12 : Brochure d'information pour le dépistage du cancer du col de l'utérus .....	100
ANNEXE 13 : Questionnaire d'évaluation à destination des secrétaires médicaux .....	101
ANNEXE 14 : Questionnaire d'évaluation à destination des médecins généralistes .....	108
ANNEXE 15 : Lettre d'information destinée aux patients .....	113
ANNEXE 16 : Recueil du consentement des patients .....	114
ANNEXE 17 : Questionnaire téléphonique à destination des patients .....	115

## ABRÉVIATIONS

**ALD** : Affection Longue Durée

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HNPCC** : Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer

**HSV** : Herpès Simplex Virus

**HTAP** : Hypertension Artérielle Pulmonaire

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAF** : Polypose Adénomateuse Familiale

**RSI** : Régime Social des Indépendants

**TNM** : Tumeur Node Metastasis

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# **INTRODUCTION**

# **1/ SITUATION ACTUELLE**

## **1. La prévention**

La prévention est aujourd'hui au cœur du système de santé de notre pays, comme peuvent en témoigner les nombreuses campagnes d'information développées actuellement : le dépistage des maladies avec notamment le dépistage du cancer colorectal et le dépistage du cancer du col de l'utérus, les vaccinations, les messages de prévention portant sur l'alimentation équilibrée, la promotion d'une activité physique régulière, la prévention des addictions...

La prévention est également devenue un véritable enjeu de santé publique comme l'explique la nouvelle agence nationale de santé publique, Santé Publique France [1]. Elle est également énoncée dans le Plan Cancer 2014-2019 : « Faire le choix de la prévention, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables » [2].

Les définitions de la prévention renvoient à une grande variété de termes et de concepts : informations, conseils, accompagnements, dépistages, éducation pour la santé...[3]. Elle a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport sur la santé dans le monde, explique la nécessité de réduire les risques pour promouvoir une vie saine, avec la mise en place de stratégies d'interventions adaptées aux besoins et aux possibilités de chaque pays [4].

La prévention, selon la loi française n° 2002-303 du 4 mars 2002, est définie ainsi : « 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 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 ;
- à développer également des actions d'éducation thérapeutique » [5].



Nous pouvons ainsi faire une distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire : [3]

- La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes. Il s'agit de l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population (éducation à la santé, vaccination, traitement des facteurs de risque) ;
- La prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement, afin d'éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (dépistage). Le but est de diminuer la prévalence d'une maladie ;
- La prévention tertiaire a pour objectif de limiter la gravité des conséquences d'une pathologie ou de son traitement (incapacités, séquelles ou récives).

## **2. Rôle privilégié du médecin généraliste dans la prévention**

Le médecin généraliste a un rôle central et incontournable à jouer. Ce rôle est d'ailleurs clairement établi dans le code de déontologie : « Le médecin au service de l'individu et de la santé publique », article 2 [6].

Il bénéficie de l'avantage d'être souvent le premier recours et un point d'entrée naturel dans le système de soins.

En effet, la proximité et les relations de confiance qui s'établissent entre les médecins généralistes et leurs patients constituent un atout essentiel pour la mise en œuvre d'une éducation pour la santé. Il paraît plus facile d'informer, de conseiller, d'aider une personne à modifier son comportement, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé, quand elle vient spontanément consulter que quand elle ne demande rien. Le médecin de famille a, plus que tout autre, une légitimité à s'intéresser à la santé (et non seulement à la maladie) de « ses » patients, dont il connaît les projets, les conditions et les difficultés de vie [7].

Une étude datant de 2005 sur les mutations de la médecine générale, réalisée auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes, retrouve cette place centrale du médecin généraliste dans le système de soins [8]. En effet, 95% des personnes interrogées qualifient la relation avec leur médecin généraliste de « proximité » et 87.5% la qualifient « d'humaine ». Cependant les personnes interrogées souhaitent à 76% voir leur médecin généraliste aborder d'autres sujets que les principaux motifs de consultation. Les sujets souhaités sont à : 79% la « prévention », 70% le « dépistage », 53% la « vaccination » et les « problèmes psychologiques ».

Le patient d'aujourd'hui requiert plus d'informations notamment sur la prévention et le dépistage des maladies car il est plus préoccupé par sa santé et le maintien de celle-ci [9].

Les travaux du Docteur Coiffier montrent que les médecins s'impliquent dans l'éducation pour la santé et pour la prévention, et que les différents médecins interrogés ont pris conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans ce domaine et qu'ils l'intègrent dans leur mission médicale [10].

Le Plan Cancer 2014-2019 parle de renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage, et d'ajuster les objectifs de participation des patientèles des médecins traitants dans les objectifs de santé publique [2].

### **3. Les limites actuelles de la prévention**

Malheureusement la prévention est encore décrite comme le « maillon faible de notre système de santé » [11]. Et il y a urgence à y remédier. Effectivement, de façon générale, un tiers de la mortalité avant 65 ans pourrait être évitée par la prévention [12].

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) des Vosges a souhaité mettre en place plusieurs expérimentations visant à augmenter le volume d'actes de dépistage et de prévention.

Il a été décidé, avec la CPAM des Vosges, de choisir trois grands domaines de prévention et de dépistage :

- Le dépistage du cancer colorectal avec le test immunologique pour le dépistage organisé ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au frottis cervico-utérin pour le dépistage individuel ;
- La vaccination antigrippale pour la prévention saisonnière.

#### **a) À propos de la vaccination antigrippale en France**

L'épidémie de grippe en France métropolitaine survient chaque année au cours de l'automne et de l'hiver et touche entre 2 et 6 millions de personnes. La vaccination contre la grippe est le moyen le plus efficace de protéger les populations les plus vulnérables. Si elle ne permet pas toujours d'éviter la maladie, elle réduit le risque de complications graves ou de décès. Environ 2 000 décès seraient ainsi évités chez les personnes âgées chaque année grâce à la vaccination lors des épidémies de grippe [13].

Au cours de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière de 2016-2017, l'Assurance Maladie a invité plus de 11 millions de personnes (11 389 462) à se faire vacciner [14].

Le nombre de personnes pour lesquelles la grippe représente un danger est de plus en plus élevé : + 2,5 millions entre 2008 et 2016. Cette année, plus de 12 millions de personnes (12 051 181) ont reçu de l'Assurance Maladie une invitation à se faire vacciner, soit près de 500 000 personnes de plus qu'en 2016 [14].

Le nombre de personnes invitées à se faire vacciner augmente chaque année de 3 à 4% en moyenne. Depuis 2014, le calendrier vaccinal concernant la grippe reste inchangé, tandis que le nombre de personnes invitées croît significativement chaque année. C'est le signe du vieillissement de la population [14].

Parmi l'ensemble des assurés invités, 47,4% se sont fait vacciner, soit une diminution de 0,9 point en comparaison avec 2015. La baisse du taux de vaccination concerne toutes les catégories de personnes invitées. Depuis plusieurs années, le recours au vaccin grippal observé chez les personnes âgées de 65 à 69 ans reste inférieur à celui de leurs aînés. L'an passé, 37% des personnes âgées de 65 à 69 ans étaient vaccinées contre la grippe, alors que 55,7% des plus de 70 ans l'étaient, soit un écart de près de 20 points. Le taux de vaccination, des personnes ayant une affection de longue durée (ALD) éligibles à la vaccination (35,7%), est également inférieur à la moyenne [14].

Moins d'une personne sur deux (47,4%), pour qui la grippe représente un risque, s'est fait vacciner l'hiver dernier, pourcentage bien en deçà des recommandations de l'OMS qui estime que 75% de la population concernée devrait être vaccinée, pour assurer une couverture individuelle et collective suffisantes [14].

Pendant l'épidémie de grippe 2016-2017, le réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), qui couvre plus de 90% des passages aux urgences en France métropolitaine, a rapporté 41 000 passages pour grippe aux urgences, dont 6 500 (16%) ont donné lieu à une hospitalisation. Cette proportion d'hospitalisations parmi la totalité des passages pour grippe est la plus élevée, observée depuis la mise en place de cette surveillance (2010-2011). La majorité des patients hospitalisés (69%) étaient âgés de 65 ans et plus. Par ailleurs, 1 469 cas graves de grippe ont été signalés à Santé Publique France par les services de réanimation en France métropolitaine, dont 92% avaient au moins un facteur de risque, essentiellement l'âge au-delà de 65 ans (67%), et/ou la présence d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Parmi les 1 090 patients admis en réanimation, pour lesquels le statut vaccinal était connu, 63% n'étaient pas vaccinés. La part de l'excès de mortalité attribuable à la grippe a été estimée à 14 400 décès dont plus de 90% chez les personnes de 75 ans et plus [15].

Au-delà de l'impact médical et humain d'une épidémie de grippe, le coût financier doit également être pris en compte. Selon le Ministère des Affaires sociales, de la Santé, et des Droits des femmes, le coût financier de l'épidémie de grippe saisonnière de l'hiver 2014-2015 est estimé à 180 millions d'euros par l'Assurance Maladie. Il se répartit en 3 postes : remboursement des consultations, dépenses de médicaments prescrits et versements des indemnités journalières liées aux arrêts de travail [16].

Les recommandations pour la vaccination antigrippale [17] sont disponibles en annexe 1.

## b) À propos du dépistage du cancer colorectal en France

Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France (après 85 ans il est la première cause de mortalité par cancer) :

- Chez l'homme, 9 200 décès ont été estimés en 2011 (le cancer du poumon avec 21 000 décès étant la première cause de décès par cancer et le cancer de la prostate la troisième cause [8 300 décès]).
- Chez la femme, 8 300 décès ont été estimés en 2011 (le cancer du sein avec 11 500 décès étant la première cause de décès par cancer et le cancer du poumon la troisième cause [8 100 décès]).

La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes.

La survie des patients ayant un cancer colorectal dépend de différents facteurs pronostiques dont : le stade du cancer, l'atteinte ganglionnaire, la présence de métastases, la précocité du traitement, la profondeur de l'envahissement pariétal et l'existence d'une invasion par contiguïté aux organes de voisinage.

Le cancer colorectal est un cancer de bon pronostic lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce (stade I selon la classification TNM). Le taux de survie relative à 5 ans varie en fonction de la classification TNM :

- 94 % pour les cancers diagnostiqués au stade I ;
- 80 % au stade II ;
- 47 % au stade III ;
- 5 % au stade IV.

Ce qui démontre l'intérêt d'un dépistage précoce.

Le dépistage du cancer colorectal a pour objectif de détecter le cancer à un stade le plus précoce possible, les personnes pour lesquelles le cancer est au stade I ayant un taux de survie 5 ans après le diagnostic supérieur à 90 % [18].

Le test de dépistage du cancer colorectal est considéré comme l'examen de référence par la combinaison de plusieurs qualités : simplicité de réalisation, bonne acceptabilité, faible coût, reproductibilité.

Sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2016, 18,6 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à participer au programme. Près de 5 millions ont réalisé un test de dépistage, ce qui représente un taux de participation de 29,3 % [19].

Cette participation est stable et reste très inférieure aux recommandations européennes, qui expliquent qu'une participation minimale de 45% est acceptable mais qu'il est recommandé de viser un taux d'au moins 65% [20].

La participation de 2015-2016 était de 34,5% dans la région Grand Est (de 29 à 40% selon le département), à peu près identique à la participation de 2013-2014. 1,65 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans résident dans le Grand Est. Une participation supérieure à 50% permettrait de dépister 500 cancers colorectaux chaque année et d'en guérir la majorité. Le dépistage organisé devrait permettre, à terme, d'éviter chaque année 70 à 80 cancers colorectaux dans le Grand Est [21].

Les critères d'éligibilité ou de non éligibilité pour le dépistage organisé du cancer colorectal ainsi que les facteurs de risques du cancer colorectal sont disponibles en annexe 2 [18].

### c) À propos du dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme en France par sa fréquence.

Le pic d'incidence du cancer du col de l'utérus se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. Il est rare chez les femmes âgées de moins de 30 ans et celles âgées de plus de 65 ans.

La France est parmi les pays à faible incidence du cancer du col de l'utérus.

La survie des femmes, ayant un cancer du col de l'utérus, dépend de différents facteurs pronostiques dont le stade du cancer, l'atteinte ganglionnaire, la présence de métastases, la précocité du traitement : la survie à 5 ans est comprise entre 84 et 93 % pour les cancers de stade I et 35 % pour les cancers de stade IV.

La lenteur avec laquelle une dysplasie légère évolue jusqu'au stade de carcinome (10-20 ans) fait du cancer du col de l'utérus une pathologie pour laquelle le dépistage est pertinent [22].

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est un examen cytologique : le frottis cervico-utérin. Il permet de détecter à la fois les cancers débutants et les lésions précancéreuses. Chaque année en France, 31 000 lésions précancéreuses ou cancéreuses sont dépistées sur 235 000 frottis anormaux. On estime que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités grâce au dépistage par frottis [23].

Actuellement, le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin est d'environ 60 %. Il est cependant marqué par d'importantes inégalités de recours (par tranches d'âge, situations géographiques, économiques, culturelles). Ce cancer constitue ainsi l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (de 68 % en 1989-1991 à 64 % en 2001-2004) et avec un impact démontré du niveau socio-économique sur la mortalité [23].

L'analyse des données sur le pourcentage de femmes ayant eu un frottis cervico-utérin de dépistage en France montre une grande disparité dans le délai entre deux tests de dépistage : 52 % ne seraient pas ou trop peu souvent dépistées (intervalle entre deux frottis > 3 ans) ; 40 % seraient trop fréquemment dépistées (intervalle entre deux frottis < 3 ans) ; 8 % auraient un rythme de suivi adéquat [22].

L'adhésion au dépistage varie en fonction de l'âge et du régime de sécurité sociale des femmes. Le taux de couverture du dépistage est de 60 % chez les femmes de 25-34 ans, 67 % chez les femmes de 35-44 ans et de 60 % chez les femmes de 45-54 ans. Ce taux chute en dessous de 50 % après 55 ans. Le taux de couverture était plus bas pour les femmes affiliées au Régime Social des Indépendants (RSI) : 54% et pour celles affiliées à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) : 51 %, sur la période 2007-2009 [22].

Pour plus de 50% des cas de carcinome invasif ou *in situ* diagnostiqués, les femmes n'avaient pas effectué de frottis cervico-utérin dans les 3 années précédant le diagnostic [24].

Le Plan Cancer 2014-2019 fixe comme objectifs, grâce à la généralisation à l'échelle nationale, que le taux de couverture du dépistage dans la population cible, passe à 80 %, et qu'il soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé [2], bien loin des 60% actuels de taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les critères d'éligibilité ou de non éligibilité au dépistage du cancer du col de ainsi que les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus sont disponibles en annexe 3 [22].

## **2/ TRAVAIL DE THÈSE**

L'enjeu pour les années à venir est donc de parvenir aux objectifs de participation grâce à des programmes rendus plus efficaces et accompagnés d'une information sur les avantages et inconvénients du dépistage, permettant ainsi à chacun d'en mesurer les enjeux.

Le but de ce travail de thèse est de créer et d'évaluer une « action-formation » impliquant les secrétaires médicaux des cabinets vosgiens de médecine générale, afin de leur permettre de remettre de manière ciblée des brochures d'information aux patients. Les patients auront été préalablement incités par l'intermédiaire d'une affiche en salle d'attente à venir se renseigner auprès des secrétaires médicales.

Ce travail de thèse a été rédigé sous forme d'article. L'article a été formulé selon les recommandations aux auteurs de la revue *Santé Publique* afin de permettre une demande de soumission en article court, suggéré dans la rubrique « Politiques, interventions et expertises en santé publique ». Les recommandations aux auteurs de la revue *Santé Publique* sont disponibles en annexe 4. L'article a été soumis le 26 mars 2018.

Ce travail de thèse a fait l'objet d'une communication orale au Congrès de la Médecine Générale France à Paris le 7 avril 2018.

## **ARTICLE :**

**Création et évaluation d'une  
action-formation impliquant  
les secrétaires médicaux dans  
le but de promouvoir la  
prévention en médecine  
générale dans les Vosges**



# 1/ RÉSUMÉ

**OBJECTIFS :** Création et évaluation d'une action-formation impliquant les secrétaires médicaux dans le but de promouvoir la prévention en médecine générale dans les Vosges. Trois domaines de prévention ont été choisis : le dépistage du cancer colorectal, le dépistage du cancer du col de l'utérus et la vaccination antigrippale.

**MÉTHODE :** Étude interventionnelle auprès des secrétaires par l'intermédiaire d'une formation leur permettant de remettre aux patients, de manière ciblée, des brochures d'informations à propos des trois domaines de prévention choisis. Les patients auront été préalablement sollicités en salle d'attente par une affiche, les incitant à venir se renseigner auprès des secrétaires. Des questionnaires de satisfaction à l'intention des médecins, des secrétaires et des patients, ainsi qu'un comptage des brochures distribuées, ont été réalisés à la fin de l'étude.

**RÉSULTATS :** 26 médecins ont participé avec 15 secrétaires médicales. 15 brochures distribuées, 7 patients participants. 92,9% des médecins ont jugé la formation utile mais 57,1% n'ont pas retrouvé d'impact sur le volume d'actes de prévention. 78,6% des secrétaires pensent que leur implication peut améliorer l'adhésion des patients. 100% des patients se souviennent des brochures.

**CONCLUSION:** L'adhésion des médecins et des secrétaires a été unanime et forte. Ils ont conscience du rôle pivot du secrétaire dans l'interaction avec le patient. L'impact réel sur la prévention n'a pas pu être démontré. L'affichage ne semblait pas avoir été compris par les patients. Il semblerait judicieux d'étudier d'autres pistes, notamment en déléguant davantage de tâches auprès des secrétaires qui pourraient intervenir directement auprès des patients.

**MOTS CLÉS :** secrétaire médicale, formation, prévention, medical secretary, training, preventive medicine.

## **2/ INTRODUCTION**

La prévention est aujourd'hui au cœur des politiques de santé actuelles. Elle a pour but d'éviter les maladies ou de limiter leurs conséquences.

Elle est devenue un véritable enjeu de santé publique comme en témoigne le Plan Cancer 2014-2019 : « Faire le choix de la prévention, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables » [2].

Malheureusement, la prévention est encore décrite comme « le maillon faible de notre système de soin » [11]. Et il y a urgence : en effet, un tiers de la mortalité avant 65 ans pourrait être évitée avec la prévention [12].

C'est donc dans ce contexte que la CPAM des Vosges a cherché à mettre en place des expérimentations visant à augmenter le volume d'actes de dépistage et de prévention, parmi lesquelles un travail d'information à destination des patients en impliquant les secrétaires médicaux.

Il a été décidé avec la CPAM des Vosges de choisir trois grands domaines de prévention et de dépistage :

- Le dépistage du cancer colorectal avec le test immunologique pour le dépistage organisé ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au frottis cervico-utérin pour le dépistage individuel ;
- La vaccination antigrippale pour la prévention saisonnière.

L'objectif de ce travail était la création et l'évaluation d'une action-formation impliquant les secrétaires médicaux des cabinets de médecine générale vosgiens, afin de leur permettre de remettre de manière ciblée, des brochures d'informations aux patients qui auront été préalablement incités en salle d'attente, par l'intermédiaire d'une affiche créée par nos soins, à venir se renseigner auprès du secrétaire. L'affiche ayant pour but de faire devenir le patient acteur de sa santé.

L'évaluation s'est faite par l'intermédiaire de questionnaires de satisfaction à l'intention des secrétaires, des médecins généralistes et des patients, ainsi qu'un recueil du nombre de brochures distribuées.

L'objectif était de montrer qu'impliquer les secrétaires médicaux permettait de promouvoir des actes de dépistages et de prévention en sensibilisant de manière différente les patients.

### **3/ MÉTHODES**

Il s'agissait d'une étude interventionnelle auprès des secrétaires médicaux des cabinets de médecine générale des Vosges volontaires.

#### **1. La CPAM des Vosges**

Plusieurs réunions conjointes, auxquelles ont participé le directeur de la CPAM des Vosges Monsieur Enrietto et ses collaborateurs, ont été réalisées afin de définir les objectifs de l'étude et de préciser son cadre. Ces réunions ont eu lieu le 27 février 2017, le 29 septembre 2017 ainsi que le 6 octobre 2017.

#### **2. Critères d'inclusion**

Le critère principal d'inclusion était d'avoir un(e) ou plusieurs secrétaires sur place ayant un contact direct avec les patients.

Il était également nécessaire d'avoir l'accord du ou des médecins afin de pouvoir intervenir dans le cabinet.

L'exercice médical pouvait se faire seul, en cabinet médical avec plusieurs médecins ou en maison de santé pluridisciplinaire.

#### **3. Critères d'exclusion**

L'absence de secrétaire médical(e) sur place était un critère d'exclusion, comprenant donc les secrétariats téléphoniques à distance ou les secrétaires médicaux n'ayant pas de contact direct avec les patients.

Le refus de la part des médecins à participer à l'étude était également un critère d'exclusion.

#### **4. Recensement des cabinets médicaux**

La CPAM des Vosges a mis à disposition un recensement de tous les cabinets médicaux vosgiens ayant un(e) ou plusieurs secrétaires sur place.

#### **5. Prise de contact**

Les différents cabinets médicaux sélectionnés ont été contactés par courriel leur expliquant les différentes modalités de l'étude. L'information par courriel a été diffusée grâce à la CPAM des Vosges et a été envoyée le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

La présentation du courriel est disponible en annexe 5 ainsi que son contenu en annexe 6.

Les différents médecins ont eu la possibilité de se manifester directement pour accepter ou refuser le projet.

Quelques jours après l'envoi du courriel, les médecins n'ayant pas donné leur avis spontanément, ont été contactés par téléphone. Puis une deuxième relance téléphonique a été effectuée quelques jours après si nécessaire.

Un rendez-vous a par la suite été fixé dans les cabinets médicaux ayant répondu favorablement.

## **6. Création et diffusion de la formation pour les secrétaires médicaux**

Par souci de clarté, il a été décidé de créer une formation sur support *Power Point* afin de permettre une meilleure diffusion et interaction avec les secrétaires médicaux. L'utilisation de ce support permettait également une meilleure reproductivité.

Une durée de 30 minutes a été choisie afin de permettre un temps suffisant pour la formation et l'apprentissage des données et pour permettre un temps relativement acceptable d'absence du secrétaire à son travail habituel.

Le contenu de la formation a été rédigé grâce aux recommandations de la HAS du dépistage du cancer colorectal et du dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi qu'avec les données du calendrier vaccinal 2016. Le contenu comprend des données épidémiologiques, les explications de différents modes de dépistages actuels, ainsi que les populations cibles, afin d'apporter des connaissances simples aux secrétaires. L'objectif était qu'ils puissent remettre de manière ciblée les brochures d'informations aux patients et de les orienter auprès de leur médecin traitant pour plus de renseignements.

Durant la formation, le visionnage de la vidéo concernant le mode d'emploi du dépistage du cancer colorectal (disponible sur internet <https://www.youtube.com/watch?v=yq9Nzp7jizk> ; consulté le 04/05/2017) a été réalisé.

Un pré-test a été réalisé en début de formation pour faire un état des lieux des connaissances des secrétaires :

- À votre avis, à quel âge réalise-t-on le premier frottis ?
- À votre avis, chez qui réalise-t-on le dépistage du cancer colorectal ?
- À votre avis, chez qui la vaccination antigrippale est-elle conseillée ?

Cela permettait de mieux cibler et d'adapter la formation.

L'intégralité de la formation est disponible en annexe 7.

La formation s'est déroulée sur le lieu de travail des secrétaires pour favoriser une meilleure adhésion de leur part et une interaction directe.

Les formations ont eu lieu au mois d'octobre 2017.

## **7. Création de l’affiche**

Une affiche en format A3 avec un message incitant les patients à venir se renseigner auprès des secrétaires médicaux a été créée.

La création du support d’information a été réalisée suivant le référentiel de bonnes pratiques de l’INPES [25] dont la liste des critères de qualité essentiels et importants est disponible en annexe 8. L’importance d’interpeller le destinataire, de le rendre actif et mis en situation, peut être ainsi soulignée.

Les règles d’affichage en salle d’attente comme définies dans le rapport Stefani du Conseil National de l’Ordre des Médecins [26] ont été respectées.

Le service graphique de la CPAM des Vosges a contribué à la création de l’affiche.

Le modèle de l’affiche est disponible en annexe 9.

## **8. Brochures d’information**

Les brochures d’information de la CPAM des Vosges concernant le dépistage du cancer colorectal, le dépistage du cancer du col de l’utérus et la vaccination antigrippale sont les supports qui ont été utilisés.

50 brochures de chaque ont été remises aux secrétaires lors de leur formation.

Les modèles de ces brochures sont disponibles en annexes 10, 11 et 12.

## **9. Période et durée de l’étude**

Afin de pouvoir bénéficier d’un meilleur impact concernant la vaccination antigrippale, l’étude s’est déroulée en période hivernale.

Une durée de trois mois a été choisie, afin de toucher le plus grand nombre de patients. Trois mois est régulièrement la durée choisie pour les renouvellements des traitements.

L’étude a donc eu lieu du 1<sup>er</sup> novembre 2017 au 31 janvier 2018.

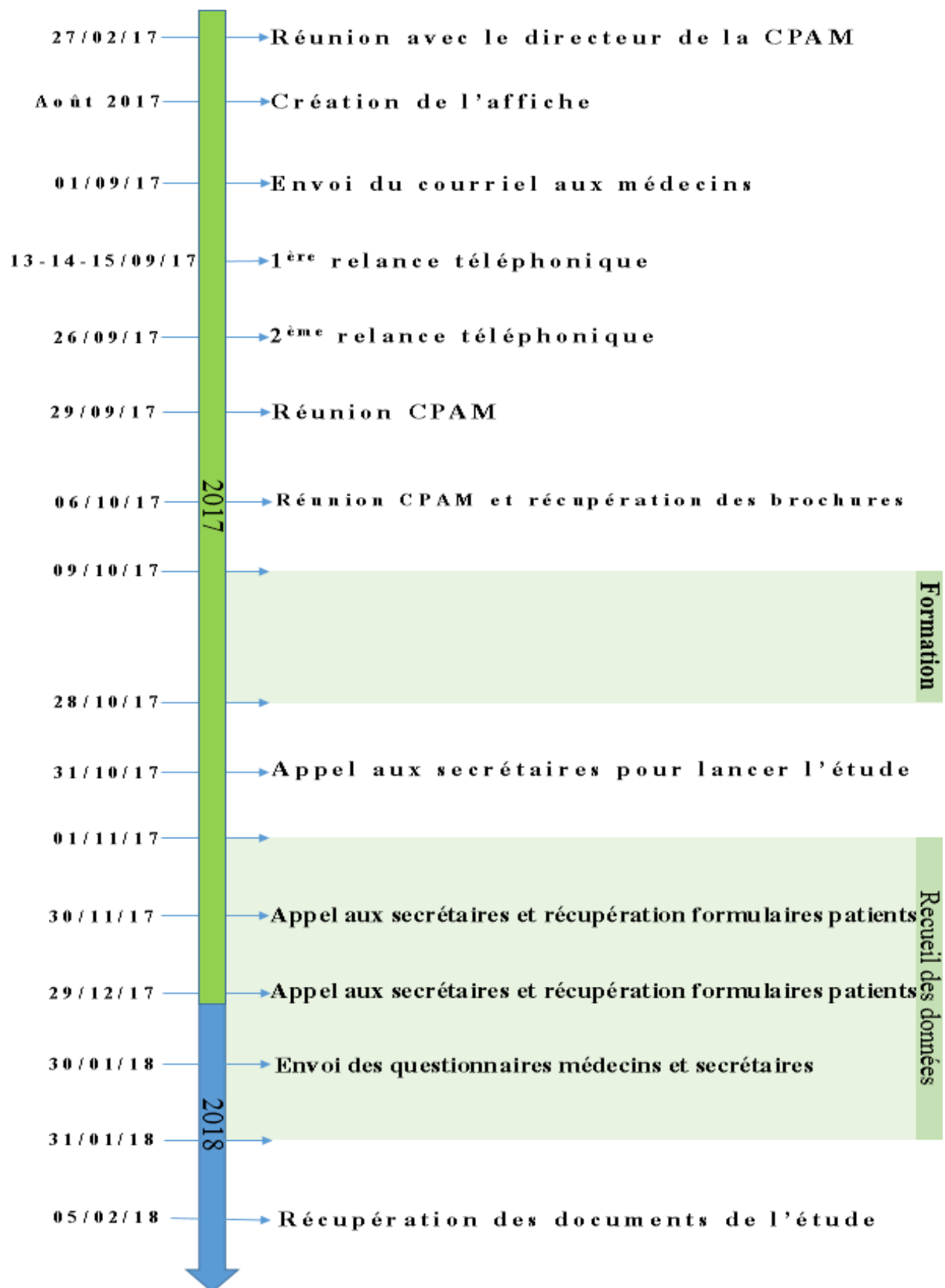
## **10. Suivi de l’étude**

Les secrétaires médicaux ont été contactés par téléphone quelques jours avant de débiter l’étude afin de pouvoir répondre à leurs questions et de valider l’affichage en salle d’attente.

Ils ont été recontactés à un mois et à deux mois afin de pouvoir solutionner les éventuels problèmes rencontrés et afin de récupérer les formulaires des patients participants.

Les différents documents de l’étude ont été collectés au terme des trois mois du projet.

Figure 1 : Chronologie de l'étude



## **11. Évaluation**

L'évaluation de cette étude a été faite à l'aide de questionnaires de satisfaction et de perception à l'intention des secrétaires médicaux, des médecins et des patients ainsi que par un comptage des brochures distribuées. Les résultats ont été exprimés en termes de pourcentages de réponses.

### **a) Comptage**

50 brochures d'information ont été données dans chacun des 3 domaines dans chaque cabinet médical.

### **b) Secrétaires médicaux**

Le questionnaire à l'intention des secrétaires médicaux a été réalisé et diffusé par courriel grâce à *Google Form*. Les adresses électroniques des secrétaires ont été récupérées lors de leur formation.

La question numéro 13 : « Quelles sont vos tâches professionnelles au sein du cabinet ? (Plusieurs choix possibles) » a été générée grâce aux travaux de thèse du Docteur Lassalle-Gérard [27].

Le questionnaire est disponible en annexe 13.

### **c) Médecins**

Le questionnaire à l'intention des médecins a été réalisé et diffusé par courriel grâce à *Google Form*. Les adresses électroniques des médecins ont été récupérées lors de la formation des secrétaires médicaux.

Le questionnaire est disponible en annexe 14.

### **d) Patients**

Lors de la remise de brochure, les secrétaires proposaient à chaque patient d'être recontacté par téléphone un mois après la remise de celle-ci afin d'évaluer s'il se souvenait de la ou des brochures et si, dans l'affirmative, il allait réaliser les actes de dépistages et de prévention.

La lettre d'information destinée aux patients ainsi que le recueil du consentement des patients sont disponibles en annexes 15 et 16.

Les patients ont été contactés par téléphone en semaine, du lundi au vendredi, de préférence entre 18h et 19h afin d'obtenir un maximum de réponses. En cas de non réponse lors du premier appel, un deuxième appel était réalisé le lendemain. En cas d'échec du deuxième appel, le patient était considéré comme non répondant.

Le questionnaire téléphonique à destination des patients est disponible en annexe 17.

## **12. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés**

Concernant le recueil des numéros de téléphone des patients, un avis a été demandé à la CNIL par le Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de la faculté de médecine de Nancy, Monsieur Durand. Ce travail relevait d'une déclaration « normale », mais comme la faculté de médecine de Nancy a déclaré un CIL, cette déclaration a relevé d'une inscription au registre des traitements de l'université qui a été réalisée par Monsieur Durand.

Un document d'information écrit a été remis aux patients participants, leur expliquant l'objectif de la recherche, le caractère facultatif de la participation, la durée de conservation des données et l'indication de la personne auprès de laquelle ils pourront exercer leur droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

Les documents sont disponibles en annexes 15 et 16.

## **13. Comité consultatif d'éthique**

Le Docteur Peton, du comité consultatif d'éthique, a été consulté pour avis. Ce travail n'a pas relevé du champ d'application de la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite « loi Jardé »).

## **14. Cadre légal**

Il ne s'agissait pas d'exercice illégal de la médecine de la part des secrétaires, uniquement d'un travail de remise de brochures d'informations à la demande du patient.

L'article L 4161-1 du Code de Santé Publique définit l'exercice illégal de la médecine comme tel : « Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ».

La situation pourrait être plus ambiguë dans le cas où le patient ne demanderait pas lui-même au secrétaire mais où ce serait le secrétaire qui interviendrait directement auprès de lui.



## **4/ RÉSULTATS**

### **1. Recensement des cabinets participants**

Un courriel a été envoyé le 1<sup>er</sup> septembre 2017 à 165 médecins vosgiens ayant un ou plusieurs secrétaires médicaux sur place.

Suite à l'envoi du courriel, 2 médecins d'une maison de santé ont donné une réponse positive.

Il a été décidé d'effectuer des relances téléphoniques.

Parmi les 165 médecins auxquels le courriel a été envoyé, 5 ont été exclus : 3 étaient angiologues exclusivement, 1 était parti en retraite, 1 avait quitté la région, ce qui équivalait à un total de 160 médecins concernés.

La première relance téléphonique a eu lieu les 13-14 et 15 septembre 2017 auprès de 127 médecins. Il n'y a pas eu de relance téléphonique pour 31 médecins par manque de temps.

Parmi les 127 médecins contactés :

- Pour 78 médecins, les secrétaires ont laissé un message aux médecins expliquant le projet ;
- Pour 34 médecins, les secrétaires ont demandé de renvoyer le courriel ;
- Pour 8 médecins, pas de réponse ;
- 4 refus directs : 1 refus car pas de secrétaire, 1 refus car pas intéressé, 2 refus de médecins d'un même cabinet par manque de temps ;
- Pour 3 médecins : la secrétaire nous a mis directement en relation avec un médecin qui a donné son accord ainsi que pour les 2 autres médecins du cabinet.

Suite à la première relance téléphonique, dans les cabinets où les secrétaires avaient laissé un message :

- Pas de réponse pour 58 médecins ;
- 11 médecins ont accepté, répartis en 4 cabinets ;
- 5 médecins ont demandé à nous rencontrer avant d'accepter, répartis en 2 cabinets ;
- 2 médecins ont refusé par manque de temps ;
- 2 médecins ont refusé car non intéressés.

Suite à la première relance téléphonique, dans les cabinets où les secrétaires avaient demandé un renvoi du courriel :

- Pas de réponse pour 31 médecins ;
- 3 médecins ont accepté, répartis en 2 cabinets.

Il est décidé d'une deuxième relance téléphonique.

Parmi les 58 médecins qui avaient été contactés une première fois et pour lesquels les secrétaires avaient laissé un message :

- 42 médecins ont été recontactés :
  - Pour 11 médecins, les secrétaires ont informés qu'ils n'étaient pas intéressés ;
  - Pour 6 médecins, les secrétaires ont fait savoir qu'ils n'avaient pas le temps ;
  - Pour 13 médecins, les secrétaires ont demandé un renvoi du courriel ;
  - Pour 5 médecins, les secrétaires ont dit qu'on nous rappellera ;
  - Pour 4 médecins, échec de l'appel ;
  - Pour 3 médecins, les secrétaires ont laissé un message aux médecins expliquant le projet ;
- 16 médecins n'ont pas pu être recontactés par manque de temps.

Parmi les 31 médecins qui avaient été contactés une première fois et pour lesquels les secrétaires avaient demandé un renvoi du courriel :

- 19 médecins ont été recontactés :
  - Pour 14 médecins, les secrétaires ont informés qu'ils n'étaient pas intéressés ;
  - Pour 3 médecins, les secrétaires ont dit qu'on nous rappellera ;
  - 2 médecins d'un même cabinet ont accepté ;
- 12 médecins n'ont pas pu être recontactés par manque de temps.

**AU TOTAL :**

Figure 2 : Récapitulatif des réponses obtenues

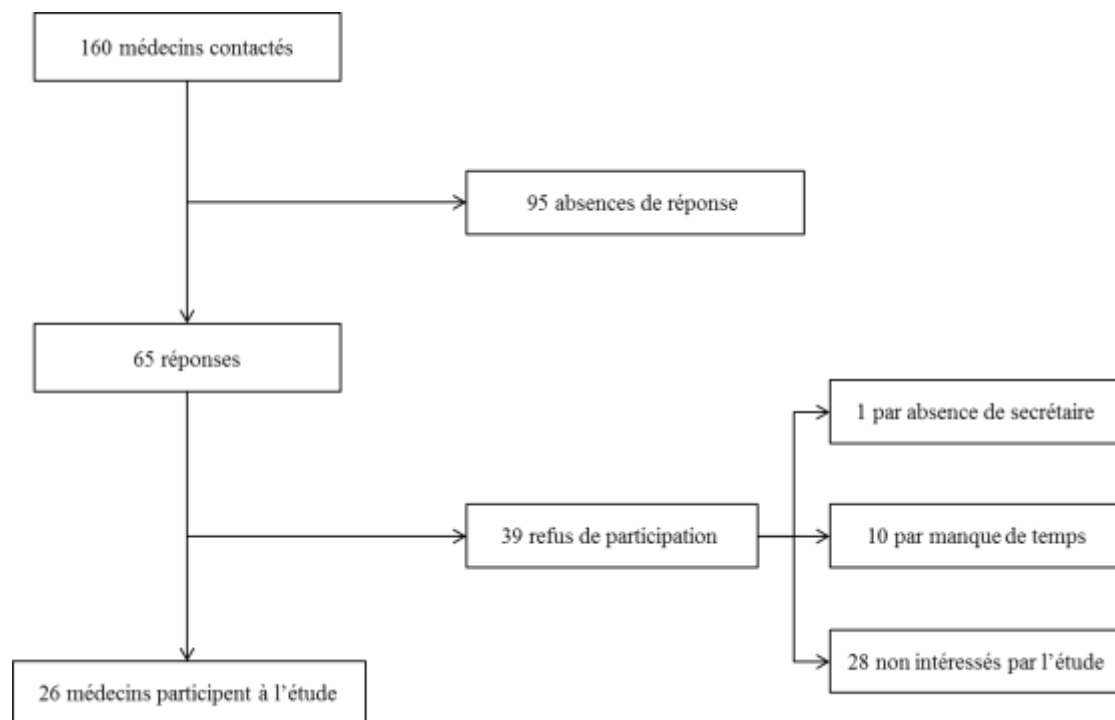


Tableau I : Récapitulatif des 26 médecins participants répartis en 11 cabinets avec 15 secrétaires

	Exercice seul		Maison médicale		Maison de santé pluridisciplinaire	
	Médecin	Secrétaire	Médecin	Secrétaire	Médecin	Secrétaire
Cabinet A			3	1		
Cabinet B	1	1				
Cabinet C					5	2
Cabinet D					2	1
Cabinet E					2	1
Cabinet F					3	2
Cabinet G			3	1		
Cabinet H					1	2
Cabinet I					2	2
Cabinet J					2	1
Cabinet K					2	1

15 secrétaires médicales ont été formées (il ne s'agissait que de femmes).

## **2. Réponses aux questions posées aux secrétaires lors de la formation**

Tableau II : Réponses des 15 secrétaires à la question : « À votre avis, à quel âge réalise-t-on le premier frottis ? »

	20 ans		Après les premiers rapports sexuels		15 ans		Après les premières règles		À l'adolescence	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	4	26,7	4	26,7	1	6,7	2	13,2	4	26,7

Tableau III : Réponses des 15 secrétaires à la question : « À votre avis, chez qui réalise-t-on le dépistage du cancer colorectal ? »

	À partir de 50 ans, chez les hommes et les femmes		Aucune idée	
	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	14	93,3	1	6,7

- À la question : « À votre avis, chez qui la vaccination antigrippale est-elle conseillée ? », plusieurs réponses étant possibles, plusieurs réponses ont été obtenues :
  - « Chez les plus de 65 ans » pour 4 secrétaires ;
  - « Chez les personnes fragiles » pour 7 secrétaires ;
  - « Chez les personnes âgées » pour 2 secrétaires ;
  - « Chez les personnes ayant une ALD » pour 1 secrétaire ;
  - « Chez les femmes enceintes » pour 3 secrétaires ;
  - « Chez les diabétiques » pour 1 secrétaire ;
  - « Chez les personnes ayant des problèmes respiratoires/asthme » pour 2 secrétaires.

### **3. Quantification des brochures distribuées et des formulaires patients distribués**

Tableau IV : Quantification des brochures distribuées et des formulaires patients distribués

	Brochure dépistage du cancer colorectal	Brochure dépistage du cancer du col de l'utérus	Brochure vaccination antigrippale	Formulaire patient
Cabinet A	0	0	0	0
Cabinet B	0	0	0	0
Cabinet C	1	2	2	2
Cabinet D	0	0	0	0
Cabinet E	0	0	0	0
Cabinet F	0	0	0	0
Cabinet G	0	0	0	0
Cabinet H	1	2	1	2
Cabinet I	0	0	0	0
Cabinet J	0	0	0	0
Cabinet K	2	1	3	3
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

**AU TOTAL :**

4 brochures « dépistage du cancer colorectal » ont été distribuées.

5 brochures « dépistage du cancer du col de l'utérus » ont été distribuées.

6 brochures « vaccination antigrippale » ont été distribuées.

7 formulaires destinés aux patients ont été distribués.

Dans 8 cabinets sur 11, aucune brochure n'a été distribuée.

#### **4. Réponses au questionnaire « secrétaire »**

Le questionnaire a été envoyé aux 15 secrétaires médicales formées, 14 réponses ont été obtenues.

Tableau V : Réponses des 14 secrétaires à la question : « La participation à cette thèse vous a-t-elle demandé une charge de travail plus importante ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Énormément		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	12	85,7	1	7,1	0	0	0	0	1	7,1

Tableau VI : Réponses des 14 secrétaires à la question : « La participation à cette thèse vous a-t-elle semblé compatible avec votre charge de travail habituelle ? »

	Oui		Non		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	12	85,7	0	0	2	14,3

Tableau VII : Réponses des 14 secrétaires à la question : « La responsabilité liée à ce travail d'information vous a-t-elle semblé trop importante ? »

	Oui		Non		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	2	14,3	12	85,7	0	0

Tableau VIII : Réponses des 14 secrétaires à la question : « Avant la formation, aviez-vous connaissance de ces grands domaines de dépistage et de prévention ? »

	Pas du tout		Partiellement		Totalemment		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	0	0	10	71,4	4	28,6	0	0

Tableau IX : Réponses des 14 secrétaires à la question : « Avez-vous rencontré des difficultés à répondre aux questions des patients concernant le dépistage et la prévention ? »

	Oui		Non	
	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	14	100	0	0

- À la question : « Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour répondre aux questions des patients concernant le dépistage et la prévention ? », pas de réponse obtenue.

Tableau X : Réponses des 14 secrétaires à la question : « Pensez-vous que la formation et l'implication des secrétaires médicaux puissent améliorer l'adhésion des patients aux campagnes de prévention et de dépistages ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Énormément		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	3	21,4	4	28,6	5	35,7	2	14,3	0	0

Tableau XI : Réponses des 14 secrétaires à la question : « La durée de la formation vous a-t-elle paru ... »

	Trop longue		Adaptée		Trop courte		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	0	0	12	85,7	0	0	2	14,3

Tableau XII : Réponses des 14 secrétaires à la question : « Le contenu de la formation vous a-t-il paru ... »

	Trop détaillé		Adapté		Insuffisant		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	0	0	13	92,9	1	7,1	0	0

Tableau XIII : Réponses des 14 secrétaires à la question : « En tant que secrétaire médical(e), la formation vous a paru ... »

	Intéressante		Inintéressante		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	14	100	0	0	0	0

Tableau XIV : Réponses des 14 secrétaires à la question : « En tant que patient(e), la formation vous a paru ... »

	Intéressante		Inintéressante		Ne se prononce pas	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Secrétaires	8	57,1	2	14,3	4	28,6

- À la question : « Comment pensez-vous pouvoir intéresser plus de patients à la prévention ? », 10 réponses ont été obtenues :
  - « Des affiches plus "explicites" »
  - « Avec des affiches "choc", documents à leur disposition (salle d'attente), en les interpellant »
  - « En répétant les messages encore et encore »
  - « Avec plus d'affichage en salle d'attente »
  - « En proposant les dépliants aux patients plutôt que d'attendre qu'ils nous les demandent en voyant l'affiche, peu de patients font la démarche de venir vers nous pour nous les demander »
  - « En mettant un message d'information sur la messagerie téléphonique quand il y a un pré décroché ou en mettant un petit message sur les cartons de rendez-vous pour forcer le patient à demander des renseignements »
  - « Affichage plus précis et mise à disposition de flyers dans les espaces d'attente »
  - « Sur les affiches, il aurait peut-être fallu être plus explicite »
  - « Je n'ai pas la réponse malheureusement »
  - « À l'accueil, on est extrêmement sollicité, pas trop de confidentialité, énormément d'appels téléphoniques, pas facile de se dégager du temps pour parler sereinement avec les patients ... ».

- À la question : « Quelles sont vos tâches professionnelles au sein du cabinet ? (Plusieurs choix possibles) », 14 réponses ont été obtenues :
  - 100% (14 réponses) accueil des patients
  - 100% (14 réponses) prise de message
  - 100% (14 réponses) organisation du carnet de rendez-vous du cabinet
  - 100% (14 réponses) tenue des dossiers papier et/ou informatisés
  - 100% (14 réponses) numérisation des documents médicaux
  - 92,9% (13 réponses) prise de rendez-vous extérieurs pour les patients
  - 92,9% (13 réponses) évaluation du degré d'urgence et hiérarchisation des rendez-vous
  - 85,7% (12 réponses) orientation des patients dans le cabinet
  - 64,3% (9 réponses) gestion des stocks de matériel
  - 64,3% (9 réponses) explication et remise des tests de dépistage du cancer colorectal
  - 28,6% (4 réponses) comptabilité
  - 21,4% (3 réponses) rédaction de courriers médicaux
  - 14,3% (2 réponses) assistance du médecin durant certains actes médicaux
  - 0% (0 réponse) entretien des locaux.
  
- À la question : « Autres tâches professionnelles », 2 réponses ont été obtenues :
  - « Organisation séances ETP, coordination »
  - « Gestion de l'informatique ».

## **5. Réponses au questionnaire « médecin »**

Le questionnaire a été envoyé aux 26 médecins, 14 réponses ont été obtenues.

Tableau XV : Mode d'exercice des 14 médecins répondants

	Mode d'exercice							
	Seul		À plusieurs médecins en cabinet de groupe		Seul en maison de santé pluriprofessionnelle		À plusieurs médecins en maison de santé pluriprofessionnelle	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	0	0	3	21,4	0	0	11	78,6



Tableau XVI : Type de secrétariat dont disposent les 14 médecins répondants

	Secrétariat							
	Un(e) seul(e) secrétaire sur place		Plusieurs secrétaires sur place		Un(e) seul(e) secrétaire sur place et un secrétariat à distance		Plusieurs secrétaires sur place et un secrétariat à distance	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	4	28,6	3	21,4	1	7,1	6	42,9

Tableau XVII : Réponses des 14 médecins à la question : « Trouvez-vous qu'il soit utile de former les secrétaires médicaux aux grands domaines de prévention et de dépistage comme le dépistage du cancer colorectal, le frottis cervico-utérin et la vaccination antigrippale ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Énormément	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	0	0	1	7,1	6	42,9	7	50

Tableau XVIII : Réponses des 14 médecins à la question : « Jugez-vous ce travail compatible avec leurs tâches habituelles ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Complètement	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	0	0	4	28,6	2	14,3	8	57,1

Tableau XIX : Réponses des 14 médecins à la question : « Avez-vous trouvé ce travail utile au dépistage et à la prévention ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Énormément	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	2	14,3	6	42,8	2	14,3	4	28,6

Tableau XX : Réponses des 14 médecins à la question : « Avez-vous trouvé que vos patients vous posaient davantage de questions relatives au dépistage et à la prévention ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Énormément	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	8	57,1	3	21,4	3	21,4	0	0

Tableau XXI : Réponses des 14 médecins à la question : « Avez-vous trouvé que ce travail a eu un impact sur les volumes d'actes de dépistages et de prévention de votre pratique ? »

	Pas du tout		Un peu		Beaucoup		Énormément	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Médecins	8	57,1	3	21,4	2	14,3	1	7,1

- À la question : « À votre avis, comment serait-il possible d'augmenter les volumes d'actes de dépistages et de prévention en impliquant les secrétaires médicaux? », 10 réponses ont été obtenues :
  - « En ciblant les personnes à dépister sur l'agenda par un petit logo distinctif de chaque dépistage »
  - « En formant les secrétaires à inviter les patients à se faire dépister au lieu de discuter au bureau »
  - « Nécessaire sollicitation de la secrétaire vis-à-vis des patients sélectionnables et non simplement attente d'un questionnement »
  - « En accordant plus de temps aux secrétaires pour cette démarche »
  - « Je pense que la démarche est bonne, malheureusement les gens n'ont pas compris/pas osé aller voir les secrétaires, peut-être que le message de l'affiche n'était pas assez explicite ? Par contre une chose me pose problème : plutôt que d'aller vers davantage de dépistages, je pense qu'il faut expliquer l'intérêt des dépistages mais aussi leurs limites. Est-ce que la formation des secrétaires leur permet? »
  - « Éducation des patients à avoir plusieurs interlocuteurs autres que leurs médecins que ce soit les secrétaires mais aussi des infirmières d'éducation thérapeutique, les infirmières libérales qui peuvent très bien les renseigner ...»
  - « Les patients n'ont pas compris l'affiche, je pense que la secrétaire doit être plus active et en parler de manière systématique quand elle voit les patients à l'accueil »
  - « Oui, mais l'affichage n'est pas assez clair. De plus il faut plusieurs années pour changer une habitude »
  - « Il faut du temps pour que les patients les intègrent comme interlocuteur de santé possible »
  - « Remise systématique d'une plaquette d'information au patient en période de vaccination annuelle antigrippale ? ».

## **6. Réponses au questionnaire « patient »**

7 patients ont été contactés.

Dans le cabinet C : 2 patients ont été contactés, aucune réponse n'a été obtenue.

Dans le cabinet H : 2 patients ont été contactés :

- À la question : « Vous souvenez-vous de la / des brochures que la secrétaire du cabinet médical vous a remises il y a un mois ? », les 2 patients ont répondu OUI.
- À la question : « Avez-vous trouvé les informations de la brochure utiles ? », les 2 patients ont répondu OUI.
- À la question : « En avez-vous parlé à votre médecin ? », les 2 patients ont répondu NON.
- À la question : « Avez-vous ou allez-vous pratiquer ces actes de dépistages ou vaccination ? », les 2 patients ont répondu OUI.

Dans le cabinet K : 3 patients ont été contactés :

- À la question : « Vous souvenez-vous de la / des brochures que la secrétaire du cabinet médical vous a remises il y a un mois ? », les 3 patients ont répondu OUI.
- À la question : « Avez-vous trouvé les informations de la brochure utiles ? », les 3 patients ont répondu OUI.
- À la question : « En avez-vous parlé à votre médecin ? », 2 patients ont répondu OUI, 1 patient a répondu NON.
- À la question : « Avez-vous ou allez-vous pratiquer ces actes de dépistages ou vaccination ? », 2 patients ont répondu OUI, 1 patient a répondu NE SAIT PAS.

### **AU TOTAL :**

Tableau XXII : Réponses des 5 patients à la question : « Vous souvenez-vous de la / des brochures que la secrétaire du cabinet médical vous a remises il y a un mois ? »

	OUI		NON	
	effectif	%	effectif	%
Patient se souvenant des brochures distribuées	5	100	0	0

Tableau XXIII : Réponses des 5 patients à la question : « Avez-vous trouvé les informations de la brochure utiles ? »

	OUI		NON	
	effectif	%	effectif	%
Patient ayant trouvé les informations des brochures utiles	5	100	0	0

Tableau XXIV : Réponses des 5 patients à la question : « En avez-vous parlé à votre médecin ? »

	OUI		NON	
	effectif	%	effectif	%
Patient en ayant parlé à son médecin	2	40	3	60

Tableau XXV : Réponse des 5 patients à la question : « Avez-vous ou allez-vous pratiquer ces actes de dépistages ou vaccination ? »

	OUI		NON		NE SAIT PAS	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Patient ayant fait ou allant faire les actes de dépistages et / ou vaccination	4	80	0	0	1	20

## **5/ DISCUSSION**

### **1. Les limites de l'étude**

#### a) La faible participation des médecins généralistes

La prévention semble aujourd'hui bien ancrée dans les pratiques des médecins généralistes qui y accordent une place prépondérante, comme en témoignent les travaux de thèse du Docteur Doerr « La prévention chez la personne âgée en médecine générale. Enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine » [28] : 98,7% des médecins interrogés pensent que leur rôle est prépondérant en ce qui concerne la prévention individuelle.

Dans l'étude « Pratique des médecins généralistes en matière de prévention : Les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur », 83,3% des médecins répondent que la prévention fait partie de leur rôle de médecin libéral [29].

Néanmoins peu de médecins ont accepté de participer à notre étude : sur les 160 sollicités seulement 26 ont accepté après une demande par courriel et éventuellement suivie d'une à deux relances téléphoniques.

Comme en témoignent les analyses des refus, beaucoup ont refusé par manque de temps ou d'intérêt.

Les emplois du temps des médecins généralistes sont bien souvent chargés comme en témoigne l'étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la santé) sur l'emploi du temps de médecins libéraux avec des semaines travaillées de 57 heures en moyenne. Nous pouvons également noter l'importance des tâches administratives et de gestion qui impactent le temps de travail car les médecins déclarent y consacrer 4h en moyenne par semaine, 12% déclarent 8h ou plus [30].

La surcharge de travail des médecins généralistes peut être expliquée en partie par la diminution de la démographie médicale dans les Vosges. Sur la période 2007-2015, le département des Vosges enregistre une baisse des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière de -2,1% [31].

Le surcroît de travail des médecins généralistes vosgiens pourrait être une hypothèse au manque de participation.

Le manque de temps (66,4 %), l'absence de rémunération spécifique pour cette activité (34,9 %), la résistance des patients (33,8 %), le manque de formation (27,5 %) et le sentiment d'inefficacité (17,7 %) sont les principaux obstacles à la prévention déclarés par les médecins [32].

Nous pouvons retrouver également des résultats similaires dans les travaux de thèse du Docteur Doerr qui explique que « quel que soit le domaine de prévention, les obstacles les plus fréquemment cités sont invariablement le manque de temps et le manque de motivation des patients » [28].

## b) La faible participation des patients

D'après les résultats obtenus, seulement 7 patients ont participé à l'étude. Différentes explications peuvent être avancées.

### *1. L'affiche*

La mauvaise compréhension de l'affiche est évoquée par les médecins à plusieurs reprises : « peut-être que le message de l'affiche n'était pas assez explicite ? », « Les patients n'ont pas compris l'affiche », « l'affichage n'est pas assez clair ».

Le problème est également soulevé par les secrétaires médicales : « Des affiches plus "explicites". », « affichage plus précis », « sur les affiches, il aurait peut-être fallu être plus explicite. »

Le choix de recourir à ce type de support s'était porté sur le fait que plusieurs études démontrent l'intérêt des affiches en salle d'attente pour faire passer différents messages :

- Dans la recherche de Ward et Hawthorne, « Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice », les auteurs ont retrouvé que 79% des patients lisent les affiches en salle d'attente [33].
- Dans le travail de thèse du Docteur Idiris intitulée « Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : Analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients », les médecins généralistes ont estimé que la salle d'attente était un lieu privilégié pour jouer un rôle dans l'éducation de leurs patients avec notamment la distribution de brochures d'information. 70% des médecins généralistes estiment que leurs patients ont déjà abordé avec eux des sujets de prévention suite à leur lecture en salle d'attente [34].
- Dans une étude réalisée par le Docteur Krypciak sur l'« Analyse des attentes des patients concernant les documents d'information disponibles dans les cabinets de médecine générale » en 2006, ils étaient 55,4% à considérer la salle d'attente de leur médecin généraliste comme un lieu d'information après le rôle de l'attente et 97,2% à trouver les brochures d'informations utiles. Cette étude démontre également que les patients sont plus sensibles aux affiches à messages de « prévention » et d' « éducation » [35].
- Le travail de thèse du Docteur Leroy sur la « Comparaison de l'efficacité de deux vecteurs d'information en salle d'attente, en direction d'une population d'adultes prise en charge en médecine générale, au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires », montre que les affiches sont visualisées de manière plus importante que des livrets d'information et que les informations présentes dans celles-ci sont davantage lues [36].

- Des résultats similaires ont pu être observés dans le travail de thèse du Docteur Paita, « Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. Étude observationnelle. », démontrant que l'affichage dans les salles d'attente est un outil de communication performant pour faire passer des messages de santé publique [37].

Le fond et la forme de l'affichage avaient été étudiés et réalisés selon les recommandations du référentiel de bonnes pratiques de l'INPES [38] : « Objectif annoncé », « Le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation », « L'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants ».

L'affiche comportait un message simple, clair et explicite car cela a un impact plus important au niveau des patients, bénéficiant d'un « support unique, visuel et dynamique » comme cela est démontré dans l'étude « Recherche clinique en médecine générale : évaluation de trois supports d'information pour les patients » où l'impact d'une campagne d'information sur les troubles du sommeil dans une salle d'attente est étudié en recourant à différents supports de diffusion d'information [39].

Nous avons également voulu rendre le patient acteur de sa santé afin d'augmenter son adhésion : « Si l'objectif de l'éducation du patient est la participation de celui-ci, voire même son autonomie, il est indispensable d'adopter des méthodes et des pratiques éducatives qui considèrent le patient comme un individu responsable » [40].

Monsieur Atkin, professeur de communication à l'université du Wisconsin, États-Unis, explique dans son ouvrage sur les médias de masse et la santé publique, qu'il n'y aura aucune modification de comportement, ni des connaissances, si le « public » ne regarde, ni écoute ou ne lit volontairement un message [41].

Mais la probable multiplicité des différents affichages en salle d'attente a pu également contribuer à une mauvaise visibilité de notre affiche. Nous n'avons pas demandé à avoir un affichage exclusif.

- Les travaux de thèse du Docteur Paita suggèrent que l'efficacité des campagnes d'affichage peut être augmentée en ne mettant qu'un seul affichage à la fois [37].
- « La multiplication des affiches avec des thèmes différents conduit à une confusion des thèmes les uns avec les autres, rendant leur distinction impossible, annule les capacités de concentration et de mémorisation des patients en dispersant le regard » [34].
- Le travail de thèse du Docteur Leroy sur la « Comparaison de l'efficacité de deux vecteurs d'information en salle d'attente, en direction d'une population d'adultes, prise en charge en médecine générale, au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires » a également démontré qu'une seule affiche de grande taille sur un mur attirait plus l'attention des patients [36].
- L'étude intitulée « The Effectiveness of Waiting Room Notice-Boards as a Vehicle for Health Education » démontre elle aussi que le nombre de personnes se souvenant d'un sujet diminue lorsque d'autres sujets ont été ajoutés [42].

## *2. Le manque d'intérêt des patients dans les campagnes de prévention*

Le manque d'intérêt des patients peut également être évoqué. Nous avons vu précédemment qu'à plusieurs reprises, le désintérêt des patients est évoqué : « La résistance des patients » est estimée à 33,8 % comme un obstacle principal à la prévention déclaré par les médecins [32].

C'est également souligné dans les travaux de thèse du Docteur Doerr qui retrouve que le manque de motivation des patients est un obstacle fréquent quel que soit le domaine de prévention [28].

Dans une étude intitulée « Pourquoi les patients refusent-ils de participer à l'éducation thérapeutique ? Une approche mixte pour expliquer le biais d'auto-sélection », les raisons de refus de participation à l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de cancer sont analysées. Parmi les 1440 patients auxquels le programme d'éducation thérapeutique était proposé, 37% ont refusé. Les causes étaient : l'absence de besoin d'information (19,8%), le refus de prendre le temps (10,3%), le refus de dire pourquoi (41,8%) [43].

Dans les travaux de thèse du Docteur Hammami intitulé « Refus de soins en médecine générale par les patients. Étude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France », il est retrouvé plusieurs causes de refus : les antécédents personnels et familiaux, les croyances religieuses, le coût financier, les influences extérieures, la prise en charge contraignante, la peur, l'état de santé considéré comme normal et la non compréhension de l'intérêt du soin, le refus en lien avec les traitements médicamenteux [44].

Le manque de participation des patients peut aussi s'expliquer par le manque d'information. Un médecin évoque la nécessité d'expliquer encore plus l'intérêt des dépistages et leurs limites : « plutôt que d'aller vers davantage de dépistages je pense qu'il faut expliquer l'intérêt des dépistages mais aussi leurs limites ».

## *3. Le refus d'aller voir la secrétaire médicale*

Cela est évoqué dans un commentaire d'un médecin : « pas osé aller voir les secrétaires ? ».

Le patient n'accorde peut-être pas toujours une réelle importance au rôle du secrétaire : une étude norvégienne de 2000 cherchait à évaluer les éléments qui paraissent le plus important au regard des patients. L'accueil par le secrétaire était cité mais n'était pas d'une importance de premier plan [45].

Cela dépend aussi du rôle qui est donné au secrétaire. Il est peut-être plus simple d'aller le rencontrer si les patients ont l'habitude qu'il intervienne dans leur parcours de soin, en leur fournissant des explications, notamment en remettant les kits de dépistage du cancer colorectal. Dans cette étude, 64,3% des secrétaires le faisaient, soit 9 secrétaires sur 14.

Une secrétaire évoque judicieusement le manque de confidentialité à l'accueil et les interruptions très fréquentes par le téléphone, ce qui pourrait expliquer en partie le désintérêt des patients à venir la rencontrer et discuter de leur prévention.



Le changement de rôle du secrétaire doit aussi être expliqué aux patients afin de leur permettre de les intégrer comme « interlocuteur de santé possible », évoque un médecin. Cette problématique est également soulevée par un autre médecin : « De plus il faut plusieurs années pour changer une habitude ».

## **2. Les points forts de l'étude**

### a) Intérêt des secrétaires

Les secrétaires médicaux ont un rôle clé à jouer de par leur position d'accueil, d'écoute, de renseignements et d'informations [27].

Il a également été démontré que les secrétaires médicaux permettent une meilleure adhésion des patients aux soins primaires grâce aux éléments de compréhension du système qu'ils leur transmettent [46]. Ils influencent, au moins indirectement, l'accès aux soins des patients [47].

La relation aux patients et l'aide que les secrétaires médicaux leur apportent est d'ailleurs décrite comme un élément important dans la satisfaction de leur travail [48].

Dans une étude réalisée au Royaume-Uni sur l'évaluation et l'impact d'une formation pour les secrétaires médicaux sur la gestion du cabinet et les informations délivrées aux patients, il a été clairement démontré que les secrétaires formés sont un atout apportant une plus grande satisfaction au travail, ainsi qu'une meilleure relation aux patients et permettent ainsi d'apporter plus d'aide aux médecins [49].

Une étude australienne réalisée en 1996, a montré l'impact d'une formation à l'intention des secrétaires médicaux concernant un dépistage de consommation excessive d'alcool. Un premier groupe a reçu une formation initiale à la mise en œuvre de ce programme d'intervention et a été formé à remettre et à expliquer le questionnaire de dépistage sur la consommation d'alcool, sur les critères d'éligibilité, sur la gestion des demandes et des refus. Un autre groupe n'a pas reçu de formation et devait juste remettre les questionnaires. Les résultats retrouvent que plus le niveau de formation initiale des secrétaires, plus le niveau de formation pour ce programme et plus le niveau de soutien durant la période d'étude étaient élevés, plus leur implication dans la prévention était importante. Les résultats sont également dépendants en grande partie du degré de motivation des secrétaires et leur conviction quant à l'utilité des programmes de prévention [50].

Dans une étude randomisée, réalisée par une équipe française sur la prévention du mélanome, il a été démontré que dans le groupe où les patients bénéficiaient d'une intervention de leur médecin généraliste, formé au préalable au dépistage du mélanome, ils étaient plus susceptibles de se souvenir de l'information délivrée. Ils augmentaient leurs connaissances sur les facteurs de risques et adoptaient des comportements plus favorables à la prévention, en comparaison avec le groupe de patients qui avaient reçu ces informations par dépliants informatifs, à disposition en salle d'attente, sans intervention du médecin [51].

Les résultats de notre étude retrouvent également l'importante motivation des secrétaires et leur intérêt dans la prévention et le dépistage. Elles ont été 78,6% (11 secrétaires) à penser que leur implication pouvait améliorer l'adhésion des patients aux campagnes de dépistage et de prévention.

Elles ont été 85,7% (12 réponses) à estimer que ce travail était compatible avec leur charge de travail habituel ainsi que 85,7% (12 secrétaires) à estimer que la responsabilité n'était pas trop importante.

L'intérêt des secrétaires pour la formation peut également être souligné. Elles ont été 100% à trouver que la formation était intéressante en tant que secrétaire et 92,9% ont trouvé que le contenu était adapté, voire pour une secrétaire, que cela était insuffisant.

Dans les travaux de thèse du Docteur Lassale-Gérard qui a pour titre « Les secrétaires médicales en médecine générale : leur rôle, leurs tâches, leurs projets. Enquête auprès des cabinets libéraux de Loire-Atlantique », il est retrouvé que plus de 60% des secrétaires interrogées se déclareraient intéressées par une éventuelle formation [27].

## b) Intérêt des médecins

L'intérêt des médecins à former les secrétaires médicales à la prévention est un point positif, « la démarche est bonne » a constaté un médecin. Mais cela peut aussi être un biais de sélection : la proportion de médecins estimant que l'implication des secrétaires médicales est nécessaire est peut-être surestimée.

Ils sont 92,9% (13 médecins sur 14) à trouver qu'il est « énormément » et « beaucoup » utile de former les secrétaires médicales aux trois domaines de prévention et de dépistage de l'étude. Ils jugent ce travail compatible « complètement » et « beaucoup » avec leurs tâches habituelles à 71,4% (10 médecins). Ils ont trouvé ce travail d'implication des secrétaires médicales utile au dépistage et à la prévention à 85,8% (12 médecins). Seuls 2 médecins n'ont pas trouvé ce travail utile (14,3%), probablement en lien avec le manque de participation des patients.

Le manque de participation des patients peut également expliquer le pourcentage élevé (57,1% soit 8 médecins) d'absence totale d'impact sur les volumes des actes de dépistage et de prévention.

Nous pouvons noter tout de même que 42,8% des médecins interrogés (6 médecins) ont trouvé un impact de « un peu » à « énormément » sur leurs volumes d'actes de dépistages et de prévention.

## c) Intérêt des patients

Malgré le peu de participation des patients, nous pouvons néanmoins retenir que 100% des patients se souviennent à 1 mois de la ou des brochures(s) remise(s) par la secrétaire médicale de leur cabinet, montrant ainsi que l'implication des secrétaires médicales permet potentiellement de faire retenir des informations.

### **3. Perspectives**

Malgré l'échec relatif de l'augmentation de volume des actes de dépistages et de prévention de cette étude, des perspectives intéressantes peuvent se développer, notamment en développant le rôle du secrétaire.

Les médecins interrogés évoquent l'hypothèse d'une remise d'information par les secrétaires directement aux patients sans attendre d'être sollicitée : « en formant les secrétaires à inviter les patients à se dépister », « nécessaire sollicitation de la secrétaire vis-à-vis des patients sélectionnables et non simplement attente d'un questionnement », « je pense que la secrétaire doit être plus active et en parler de manière systématique quand elle voit les patients à l'accueil. », « remise systématique d'une plaquette d'information au patient en période de vaccination annuelle antigrippale ? ».

Nous retrouvons la même proposition chez les secrétaires : « en proposant les dépliants aux patients plutôt que d'attendre qu'ils nous les demandent en voyant l'affiche ».

Les secrétaires proposent également de diversifier les modes d'information sur les dépistages et la prévention afin de permettre d'intéresser plus de patients : « en mettant un message d'information sur la messagerie téléphonique quand il y a un pré décroché ou en mettant un petit message sur les cartons de rendez-vous pour forcer le patient à demander des renseignements », « avec des affiches "choc", documents à leur disposition (salle d'attente), en les interpellant ».

Les médecins aussi suggèrent de diversifier les modes d'informations : « en ciblant les personnes à dépister sur l'agenda par un petit logo distinctif de chaque dépistage ».

Nous pouvons également remarquer que les secrétaires s'impliquent déjà dans la prévention avec la délégation de tâches concernant l'explication et la remise des tests de dépistage du cancer colorectal. En effet, d'après les résultats de notre étude, elles sont 64,3% à le faire.

Ces différentes idées convergent vers une thématique commune : le développement du rôle et de la fonction du secrétaire médical.

Plus qu'une fonction de secrétariat, le secrétaire pourrait évoluer en véritable assistant de santé avec une certaine délégation de leurs missions.

Une équipe américaine a étudié 30 pratiques de centres de soins considérés comme novateurs dans les soins basés sur l'équipe et notamment en étudiant des programmes de formations permettant aux secrétaires médicaux d'être plus efficaces dans les soins apportés aux patients et ainsi de décharger de tâches les médecins afin qu'ils se concentrent sur ce qu'ils sont les seuls à pouvoir faire. C'est ainsi que des secrétaires, considérés comme de véritables assistants, recherchent les patients en retard pour des soins de dépistage ou de prévention [52].

Dans son rapport : « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », le Docteur Legmann explique que pour « Permettre aux médecins de se recentrer sur leur métier de base, alors qu'ils doivent assumer de nombreuses tâches non médicales, il y a place pour de nouvelles professions dont les missions sont plus larges que celles de secrétaires. La gestion d'un cabinet s'apparente à celle d'une petite entreprise. Il faut pouvoir dégager du temps proprement médical au bénéfice du patient. Il y a de nombreuses tâches qui peuvent être déléguées à un "assistant de santé" telles que des tâches administratives (coordonnées des patients, gestion du matériel, encaissement...) et des tâches médico-sociales ou paramédicales (questionnaires, éducation du patient, biométrie, lien avec le secteur social, médico-social et sanitaire...) » [53].

L'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles évoque une fonction de coordination [54] : « La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes : animation de la coordination interprofessionnelle, coordination des parcours et des dossiers patients, suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé, relation avec les institutions (organismes d'assurance maladie, agence régionale de santé...) ou collectivités ».

Ce développement de la fonction du secrétaire médical en agent de coordination permet, entre autres, de répondre aux critères des nouveaux modes de rémunération définis par les ARS (Agence Régionale de Santé).

Pour information : développer la fonction de coordination rapporte 700 points fixes (sachant que 1 point = 7 euros)

+ 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients.

+ 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.

En Europe et notamment en Allemagne et aux Pays-Bas, le poste d'assistant médical est déjà bien développé. Au nombre de 493 000 en 2002 (soit 1,8 par médecin), les assistants médicaux forment une profession particulière en Allemagne. Leur activité combine des travaux de secrétariat médical (prise de rendez-vous, préparation des consultations, tenue des dossiers, délivrance des feuilles de prescription) et des tâches cliniques de technicité limitée (retrait des fils après points de suture, réalisation d'électrocardiogrammes, audiométrie simple, pansements, prélèvement du sang, injections, prise de la pression sanguine). Ces assistants travaillent uniquement sous la responsabilité des médecins qui peuvent leur déléguer un nombre d'actes relativement important. Aux Pays-Bas, comme en Allemagne, la place des assistants médicaux est importante dans les cabinets des médecins généralistes. Ils y effectuent, sous la responsabilité du médecin, le même type de tâches, à la fois médicales, techniques et administratives [55].

Il existe actuellement différentes modalités pour devenir secrétaire médical en France :

- Un certificat de compétence professionnel (CCP), spécifique, de niveau IV, non obligatoire à l'exercice de la profession, mais peu validé (en effet le CCP concerne à peine 10% des secrétaires en libéral) [56]. L'enseignement est délivré par différentes structures enregistrées au répertoire national des certifications [57]. La consultation des programmes de formation des différents organismes ne retrouve aucun enseignement à propos des grands domaines de politiques de santé publique notamment en ce qui concerne la prévention.
- Les formations issues du baccalauréat comme le baccalauréat technologique « Sciences et technologies de la santé et du social », le baccalauréat professionnel « Gestion et administration » ou « Accompagnement, Soins et Services à la personne ». Ces formations sont non spécifiques au métier de secrétaire médical.

Nous pouvons ainsi constater que très peu de secrétaires médicaux ont une formation spécifique. Il pourrait être intéressant de développer des formations à l'intention des secrétaires concernant la prévention si nous voulons voir se diversifier leur rôle et leurs tâches, afin de leur permettre, entre autres, de pouvoir répondre à des questions simples.

En France, le domaine de délégation de tâches est encore à construire. Au début de cette étude, le problème de la délégation de tâches aux secrétaires médicaux a été soulevé sur le plan légal et éthique. Il semblait complexe de permettre une intervention directe des secrétaires. Cela doit être approfondi et résolu, afin d'ouvrir des perspectives vers des études plus ambitieuses et élargies. Les critères d'évaluation pourraient alors être directement le nombre de dépistages dans un secteur, d'après les données de la CPAM. Les secteurs pourraient être définis en amont et randomisés en grappes.

## **6/ CONCLUSION**

La prévention occupe aujourd'hui une place centrale dans les politiques de santé actuelles. Malheureusement, elle est encore décriée comme le maillon faible de notre politique de soins.

La CPAM des Vosges a souhaité mettre en place des expérimentations visant à augmenter le volume des actes des dépistages et de prévention en impliquant les secrétaires médicaux.

Le fait de solliciter les patients en salle d'attente par l'intermédiaire d'une affiche n'a pas fonctionné. Mais l'intérêt porté au fait d'intégrer les secrétaires dans les démarches de prévention a été bien accueilli par les médecins généralistes et par les secrétaires médicales elles-mêmes.

Afin de pouvoir répondre à cette attente, il serait licite de voir évoluer le poste de secrétaire médical en véritable assistant de santé, développant ainsi un rôle d'interaction active avec les patients dans le but de les faire mieux adhérer aux campagnes de prévention et de dépistages.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Nouvelle agence nationale de santé publique, missions [Internet]. Agence nationale de santé publique; Disponible sur: [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
2. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
4. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine [Internet]. [cité 24 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2002/fr/>
5. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Article 79 | Legifrance [Internet]. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article\\_79](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article_79)
6. Code déontologie médicale, édition avril 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
7. Sandrin-Berthon B, Aujoulat I, Ottenheim C, Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale, de la fonction curative à la fonction éducative. Université d'été Château de Mialaret (Corrèze) du 4 au 7 juillet 1996. Editions CFES. France; (Education pour la santé pour mieux vivre).
8. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Étude des mutations de la médecine générale. Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la clientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. 2005 juillet.
9. Seibert T, Veazey K, Leccese P, Druck J. What Do Patients Want? Survey of Patient Desires for Education in an Urban University Hospital. West J Emerg Med [Internet]. 1 janv 2014 [cité 10 juill 2017];15(7). Disponible sur: <http://escholarship.org/uc/item/7b98z0w8>
10. Coiffier A. Représentations et enjeux de la salle d'attente : points de vues comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2010. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2010\\_COIFFIER\\_GUYOT\\_ANNE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_COIFFIER_GUYOT_ANNE.pdf)
11. La prévention, maillon faible de notre système de santé. Médecins Bull Ordre Natl Médecins. mai-juin 2017;(n°49).

12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France, rapport 2015 [Internet]. Disponible sur: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds\\_v11\\_16032015.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf)
13. grippe [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/grippe>
14. Assurance Maladie. Dossier de presse : Lancement de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière « Ne laissons pas la grippe nous gâcher l'hiver » [Internet]. 2017 oct 4. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_grippe\\_2017\\_0410\\_.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_grippe_2017_0410_.pdf)
15. Données de surveillance / Grippe : généralités / Grippe / Maladies à prévention vaccinale / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>
16. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2015-2016 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-2015-2016>
17. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018 [Internet]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\\_vaccinations\\_2018.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf)
18. Haute autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal [Internet]. [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623732/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal)
19. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 22 janv 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>
20. Segnan N, Patnick L, Von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Luxembourg: European Commission. 2010.
21. Médecins coordonnateurs des structures de gestion de dépistage des cancers du Grand Est. Courrier aux professionnels de santé du Grand Est. 2017.



22. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 29 mai 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus)
23. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
24. Service évaluation économique et santé publique. Note de cadrage Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 [Internet]. HAS; 209apr. J.-C. Avril. Disponible sur: [http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/note\\_de\\_cadrage\\_depistage\\_cancer\\_col\\_uterus\\_note\\_cadrage\\_2009\\_has-2.pdf](http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/note_de_cadrage_depistage_cancer_col_uterus_note_cadrage_2009_has-2.pdf)
25. Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C. Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité [Internet]. INPES; (Référentiels). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>
26. Stephani F. Informations dans la salle d'attente du médecin, rapport du conseil national de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infosalledattente.pdf>
27. Lasalle-Gérard M. Les secrétaires médicales en médecine générale : leur rôle, leurs tâches, leurs projets, enquête auprès des cabinets libéraux de Loire-Atlantique [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2010. Disponible sur: [archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/.../5c841fb4-43fc-4385-befb-cf5747bbf268](http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/.../5c841fb4-43fc-4385-befb-cf5747bbf268)
28. Doerr S. La prévention chez la personne âgée en médecine générale. Enquête auprès de 77 médecins généralistes en Lorraine [Thèse d'exercice]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2009.
29. Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, et al. Pratique des médecins généralistes en matière de prévention: Les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Prat Organ Soins*. 1 janv 2007;38:259-68.
30. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes [Internet]. DRESS; 2012. (Etudes et résultats). Report No.: 797. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
31. Rault J-F, Le Brton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Lorraine, situation en 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015. (Atlas régionaux de la démographie médicale). Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_lorraine\\_2015\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_lorraine_2015_0.pdf)

32. Observatoire régional de santé PACA, INSERM U379. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecin généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2006.
33. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. *Br J Gen Pract.* déc 1994;44(389):583-5.
34. Idris H. Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : Analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2009.
35. Krypciak S. Analyse des attentes des patients concernant les documents d'information disponibles dans les cabinets de médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris Val de Marne; 2006. Disponible sur: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0245622.pdf>
36. Leroy B. Comparaison de l'efficacité de deux vecteurs d'information en salle d'attente, en direction d'une population d'adultes, prise en charge en médecine générale, au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2012.
37. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale: efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. Étude observationnelle. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
38. Lemmonier F, Bottero J, Vincent I, Ferron C. Référentiel de bonnes pratiques : Outils d'intervention en éducation pour la santé: critères de qualité [Internet]. INPES; Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>
39. Tivolacci M-P, Mouterde H, Dupuis C, Leffevre F, Hermil J-L, Ladner J. Recherche clinique en médecine générale : évaluation de trois supports d'information pour les patients. 2011; *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*.
40. Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes. De Boeck Université. France; 1989.
41. Atkin C. Mass communication and public health. SAGE Focus Edition. 1990.
42. Wicke DM, Lorge RE, Coppin RJ, Jones KP. The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. *Fam Pract.* sept 1994;11(3):292-5.
43. Molins E, Tinquaut F, Oriol M, Rousset V, Okala J, Fournel P, et al. Pourquoi les patients refusent-ils de participer à l'éducation thérapeutique ? Une approche mixte pour expliquer le biais d'auto-sélection. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 mai 2016;64:S133-4.

44. Hammami I. Refus de soin en médecine générale par les patients. Etude qualitative réalisée dans les Hauts-de-France. [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2017. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2acd8ef1-075a-4a80-845a-d3c8f8a978ff>
45. Steine S, Finset A, Laerum E. [What is the most important for the patient in the meeting with a general practitioner?]. *Tidsskr Den Nor Laegeforening Tidsskr Prakt Med Ny Raekke*. 30 janv 2000;120(3):349-53.
46. Strathmann CM, Hay MC. Working the waiting room: managing fear, hope, and rage at the clinic gate. *Med Anthropol*. juill 2009;28(3):212-34.
47. Neuwelt PM, Kearns RA, Browne AJ. The place of receptionists in access to primary care: Challenges in the space between community and consultation. *Soc Sci Med* 1982. mai 2015;133:287-95.
48. Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. févr 1999;49(439):103-6.
49. Silverstone R, Southgate L, Salkind MR. Evaluation of a training scheme for receptionists in general practice. *J R Coll Gen Pract*. août 1983;33(253):511-3.
50. Carnegie MA, Gomel MK, Saunders JB, Britt H, Burns L. General practice receptionists' attitudes and beliefs towards preventive medicine before and after training and support interventions. *Fam Pract*. déc 1996;13(6):504-10.
51. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted Melanoma Prevention Intervention: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. janv 2014;12(1):21-8.
52. Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Crompton D, Austin BT, Etz R, et al. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract*. 2017;18:13.
53. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2010 avril.
54. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. juillet, 2017. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000035374159](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000035374159)
55. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec. INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE; 2005 juin. (Bulletin d'information en économie de la santé).

56. Chanu A. Préférences des médecins généralistes libéraux en France Métropolitaine quant à la délégation des tâches médico-administratives aux secrétaires assistant(e)s médico-social(e)s : étude en analyse conjointe [Thèse d'exercice]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2015.
57. Recherche sur les certifications enregistrées au répertoire - Commission nationale de la certification professionnelle [Internet]. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.rncp.cncp.gouv.fr/grand-public/resultat>

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1 : Recommandations pour la vaccination antigrippale**

### Recommandations générales :

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

### Recommandations particulières :

- Les femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse ;
- Les personnes, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes des pathologies suivantes :
  - affections broncho-pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO) ;
  - insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause, y compris les maladies neuromusculaires à risque de décompensation respiratoire, les malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, les malformations pulmonaires ou les malformations de la cage thoracique ;
  - maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique ;
  - dysplasies broncho-pulmonaires ;
  - mucoviscidose ;
  - cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une HTAP et/ou une insuffisance cardiaque ;
  - insuffisances cardiaques graves ;
  - valvulopathies graves ;
  - troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours ;
  - maladies des coronaires ;
  - antécédents d'accident vasculaire cérébral ;
  - formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot) ;
  - paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique ;
  - néphropathies chroniques graves ;
  - syndromes néphrotiques ;
  - drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalasso-drépanocytose ;
  - diabète de type 1 et de type 2 ;

- déficits immunitaires primitifs ou acquis (pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies inflammatoires et/ou auto-immunes recevant un traitement immunosuppresseur), exceptées les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines ; personnes infectées par le VIH quel que soit leur âge et leur statut immuno-virologique ;
- maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose ;
- Les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup>, sans pathologie associée ou atteintes d'une pathologie autre que celles citées ci-dessus ;
- Les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge ;
- L'entourage des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave ainsi définis : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie, et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée (*cf. supra*).

En milieu professionnel :

- Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère.
- Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides).

## **ANNEXE 2 : Critères d'éligibilité ou de non éligibilité pour le dépistage organisé du cancer colorectal et les facteurs de risques du cancer colorectal [18]**

### Critères d'éligibilité au dépistage organisé du cancer colorectal :

- Âge : 50 à 74 ans ;
- Sexe : femmes et hommes ;
- Personnes asymptomatiques à risque modéré de cancer colorectal ;
- Absence de contre-indication (altération de l'état général secondaire à un cancer autre que colorectal, état de santé rendant le dépistage inopportun) ;
- Absence de coloscopie dans les 5 ans ;
- Absence de test de recherche de sang occulte dans les selles datant de moins de 2 ans.

Les hommes et femmes âgés de moins de 50 ans sont exclus car l'incidence du cancer colorectal est très basse avant 50 ans.

Les hommes et femmes âgés de plus de 75 ans sont exclus car, pour ces classes d'âge, les causes de décès autres que le cancer colorectal présentent des taux relativement élevés, si bien que le bénéfice/risque du dépistage est défavorable.

### Critères de non éligibilité pour le dépistage organisé du cancer colorectal sont :

- Exploration digestive récente :
  - o test de recherche de sang dans les selles ayant été effectué dans les 12 mois qui précèdent ;
  - o coloscopie complète ayant été effectuée dans les 5 ans qui précèdent.
- Nécessité d'une exploration coloscopique :
  - o rectorragies, melæna ;
  - o douleurs abdominales inexplicables d'apparition récente (notamment après 50 ans) ;
  - o troubles du transit d'apparition récente (diarrhée, constipation inhabituelle).
- Niveau de risque élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique :
  - o antécédent personnel de cancer ou d'adénome colorectal ;
  - o antécédent personnel de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique ;
  - o antécédent familial de cancer ou d'adénome colorectal (le risque varie avec le degré de parenté et l'âge au diagnostic chez le parent).
- Niveau de risque très élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique :
  - o antécédent familial de polypose adénomateuse familiale (PAF) ou de syndrome de Lynch (HNPCC : hereditary non-polyposis colorectal cancer ou cancer colorectal héréditaire non polyposique).

### Facteurs de risques du cancer colorectal :

- Facteur de risque lié à l'âge :
  - o l'âge supérieur à 50 ans est le principal facteur de risque de cancer colorectal.

- Facteur de risque lié à une mutation génétique :
  - le syndrome de Lynch : le risque de cancer colorectal chez les hommes ou les femmes ayant un syndrome de Lynch serait de 80 % ;
  - la polypose adénomateuse familiale : en l'absence de traitement, le risque de cancer colorectal est de 100 %. La fréquence cumulée de cancer sur le rectum restant après colectomie serait comprise, selon les données de la littérature, entre 5 % et 10 % à 50 ans et entre 14 % et 30 % à 60 ans.
- Facteur de risque lié à une maladie inflammatoire du côlon :
  - maladie de Crohn : augmentation du risque de 3 % si début à 30 ans et de 10 % si début à 45 ans ;
  - rectocolite hémorragique : l'augmentation du risque de cancer colorectal est observée après 7 à 10 ans d'évolution. Il est estimé à 2 % après 10 ans.
- Facteur de risque lié à un antécédent familial ou personnel d'adénome ou de cancer colorectal :
  - antécédent familial de cancer colorectal ;
  - antécédent familial d'adénome colorectal ;
  - antécédent personnel de cancer colorectal ;
  - antécédent personnel d'adénome colorectal.
- Facteurs de risque liés au mode de vie :
  - la consommation d'alcool : augmente le risque de cancer colorectal de 9 % dès un verre par jour (ou 7 verres en une fois dans la semaine) ;
  - le tabagisme : le risque combiné tabac-alcool, chez les consommateurs importants d'alcool (> 60 g/j) et de tabac, est 8,6 fois plus élevé que celui des non-fumeurs buvant moins de 10 g d'alcool/j ;
  - Le surpoids et l'obésité : chez une personne obèse (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) l'augmentation du risque est de 33 % par comparaison à une personne ayant un IMC compris entre 18 et 25 kg/m<sup>2</sup>) ;
  - La consommation de viande et de charcuterie : le risque est augmenté de 29 % par portion de viande consommée de 100 g/j et de 21 % par portion de 50 g de charcuterie/j.
- Autre facteur de risque :
  - l'acromégalie.



### **ANNEXE 3 : Critères d'éligibilité ou de non éligibilité au dépistage du cancer du col de l'utérus et les facteurs de risques du cancer du col de l'utérus [22]**

#### Critères d'éligibilité :

- Femme sexuellement active ou ayant été sexuellement active ;
- Femme ménopausée ou non ménopausée ;
- Femme asymptomatique ;
- Femme ayant eu une hystérectomie subtotale pour une pathologie bénigne (fibrome utérin, myome) ;
- Femme enceinte de moins de 14 semaines ou ayant accouché depuis plus de 8 semaines ;
- Pour toute femme vaccinée contre le papillomavirus.

#### Critères d'évictions temporaires :

- Femme ayant eu un traitement conservateur (cryothérapie, vaporisation laser, conisation au bistouri à froid ou au laser, résection à l'anse diathermique) pour une lésion précancéreuse du col de l'utérus (en cours de traitement ou de suivi) ;
- Femme ayant eu un traitement conservateur (conisation au bistouri à froid ou au laser) pour une lésion cancéreuse du col de l'utérus ;
- Femme enceinte de plus de 14 semaines ou ayant accouché depuis moins de 8 semaines;
- Femme ayant une IST en cours d'évolution ou de traitement ;
- Femme ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus ;
- Femme âgée de moins de 25 ans.

#### Critères de non éligibilité :

- Un risque très faible de cancer du col de l'utérus (femme n'ayant jamais eu d'activité sexuelle) ;
- Une ablation du col de l'utérus (antécédent gynécologique ayant eu pour traitement une hystérectomie totale) ;
- Un risque majoré de cancer du col de l'utérus (femme séropositive pour le VIH).

Chez une femme entrant dans le dépistage, deux frottis doivent être faits à un an d'intervalle. Si ces deux frottis sont normaux, le frottis cervico-utérin de dépistage suivant sera fait 3 ans après le dernier frottis normal.

#### Facteurs de risques du cancer du col de l'utérus :

- Les infections génitales à papillomavirus : le génotype 16 et le génotype 18 sont responsables de 71 % à 82 % des cancers invasifs du col de l'utérus.
- Les cofacteurs : le rôle spécifique des cofacteurs dans le développement du cancer du col n'est pas parfaitement connu.
  - o l'activité sexuelle ;
  - o la multiplicité des partenaires sexuels ;

- le statut immunitaire : chez les individus immunodéficients les infections par le papillomavirus humain ont plus souvent tendance à persister, le développement de lésions précancéreuses et cancéreuses est plus rapide et leur fréquence plus élevée ;
- la parité : le risque de cancer du col augmenterait avec une parité plus importante ;
- le tabagisme ;
- une co-infection par le VIH ;
- une co-infection par une autre infection sexuellement transmissible comme le virus herpès simplex 2 (HSV-2), chlamydia trachomatis et neisseria gonorrhoeae ;
- l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux (OR = 1,4 quand durée > 5 ans).

## **ANNEXE 4 : Recommandations aux auteurs de la revue *Santé Publique***

### **Présentation**

La revue *Santé Publique* s'adresse à l'ensemble des acteurs de santé publique qu'ils soient décideurs, professionnels de santé, acteurs de terrain, chercheurs, enseignants ou formateurs, etc. Elle publie des travaux de recherche, des évaluations, des analyses d'action, des réflexions sur des interventions de santé, des opinions, relevant des champs de la santé publique et de l'analyse des services de soins, des sciences sociales et de l'action sociale.

*Santé publique* est une revue à comité de lecture, multidisciplinaire et généraliste, qui publie sur l'ensemble des thèmes de la santé publique parmi lesquels : accès et recours aux soins, déterminants et inégalités sociales de santé, prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, organisation des soins, environnement, formation des professionnels de santé, nutrition, politiques de santé, pratiques professionnelles, qualité des soins, gestion des risques sanitaires, représentation et santé perçue, santé scolaire, santé et travail, systèmes de santé, systèmes d'information, veille sanitaire, déterminants de la consommation de soins, organisation et économie des différents secteurs de production de soins (hôpital, médicament, etc.), évaluation médico-économique d'activités de soins ou de prévention et de programmes de santé, planification des ressources, politiques de régulation et de financement, etc.

Les recommandations énoncées ci-après sont conformes aux normes de présentation des manuscrits établies par l'*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (convention de Vancouver). Les auteurs sont invités à s'y reporter. Le texte complet en anglais est accessible à l'adresse suivante : <http://www.icmje.org>. Une traduction en français de ce texte est disponible à l'adresse : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2015.pdf>. Cette traduction peut ne pas être à jour des dernières modifications.

### **Procédure de soumission**

Toute proposition de manuscrit doit être soumise en ligne en se connectant à : <http://rsp.fontismedia.com/rsp>.

Lors de la soumission, il sera demandé de préciser les prénoms, noms, fonctions et affiliations de l'auteur principal et des co-auteurs, et de désigner parmi ceux-ci l'auteur correspondant. L'auteur correspondant devra mentionner ses adresses : postale et de messagerie. Sauf opposition mentionnée à l'attention du secrétariat de la rédaction, ces deux adresses seront publiées dans l'article.

**Toutes ces informations ne doivent pas figurer sur le manuscrit qui doit être anonyme (cf. *infra* « Préparation d'un manuscrit »).**

Pour vous aider dans la procédure de soumission, vous pouvez télécharger le guide de soumission : <http://www.sfsp.fr/doc/Guidesoumissioninternet.pdf>

En cas de difficulté, vous pouvez contacter le secrétariat de la revue.

## Éléments à fournir lors de la soumission

Chaque soumission d'article doit être accompagnée :

- d'une lettre au rédacteur en chef comprenant :
  - une présentation brève de l'article (10 lignes maximum);
  - la désignation de l'auteur principal, des co-auteurs éventuels ainsi que de l'auteur correspondant ;
  - l'attestation de la non publication et de la non soumission du texte dans une autre revue jusqu'à réception de la décision de la revue *Santé publique* : en soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.
  - l'attestation que les co-auteurs éventuels ont validé l'article tel que soumis ainsi que le choix de la revue.
  - la suggestion de la rubrique pouvant accueillir son article, sachant que cette décision appartiendra à la Rédaction.
  
- de la déclaration d'éventuels conflits d'intérêts en joignant la version française du formulaire recommandé par l'*International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, renseigné par l'ensemble des auteurs Ce formulaire est disponible en ligne sur le site de soumission.

En cas de reproduction, dans l'article soumis, de documents protégés par un droit d'auteur, y compris les longues citations (plus de 500 mots), tableaux, figures, graphiques, etc. issus d'une source extérieure, fournir l'autorisation écrite de l'éditeur. Cette autorisation devra préciser qu'elle est valable pour la reproduction sur la revue imprimée et sur la revue électronique.

En soumettant leur manuscrit, les auteurs s'engagent sur l'originalité de leur article. C'est-à-dire que les données n'ont pas déjà été publiées par eux ou par d'autres, même de manière partielle.

Comme le souligne l'ICMJE, les pratiques de plagiat et d'auto-plagiat ont notamment pour inconvénient de comptabiliser les données deux fois dans les revues systématiques ou les méta analyses.

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html>

Dans le cas où une republication présenterait un intérêt pour le lectorat, les auteurs s'engagent dans la transparence des informations qu'ils donnent à la revue. Ils doivent avoir obtenu l'accord de republication de la revue ayant publié les données en premier. Il appartient ensuite aux revues concernées du juger de l'intérêt de la re-publication. La re-publication est alors mentionnée dans le deuxième article.

Les manuscrits non conformes aux instructions aux auteurs ne seront pas acceptés.

La langue d'usage est le français.

Les auteurs peuvent utiliser les référentiels, selon le type d'étude, proposés par le réseau EQUATOR pour la présentation de leurs travaux (<http://www.equator-network.org/>).

### Les articles sont publiés dans trois rubriques :

- *Politiques, interventions et expertises en santé publique* regroupe plus particulièrement les articles en rapport avec la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, les interventions et les politiques de santé ;
- *Pratiques et organisation des soins* présente les articles sur les services de soins, sur l'organisation et l'optimisation des systèmes de soins, ainsi que sur les systèmes de protection sociale. Les articles publiés dans cette rubrique sont en accès libre sur l'Internet dès leur publication ;
- *Afrique, santé publique et développement* publie des articles analysant les problématiques de santé et/ou visant l'amélioration des systèmes de santé en Afrique.

### Dans les trois rubriques, cinq types de publications sont proposés aux auteurs :

#### Recherche originale

Ce type d'articles publie des études et recherches empiriques (donc basées sur l'expérimentation), des évaluations ou analyses d'interventions. Les manuscrits se conforment au plan imred (imrad en anglais) qui comporte quatre parties : Introduction, méthodes, résultats et discussion. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

Toutefois cette catégorie peut accueillir des articles méthodologiques qui ne suivront pas nécessairement le plan imred.

### Le plan Imred

Extraits de « Écrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé », Société française de santé publique, 2006 - <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=3>

#### Introduction :

L'introduction insère la recherche dans un cadre général et présente le contenu de l'article. Elle se structure autour

- d'une phase d'ancrage, montrant la priorité du thème développé par l'article, et visant à le situer par rapport au contexte social et à créer la proximité avec le lecteur ;
- d'un corps permettant de passer en quelques lignes du thème général au sujet de recherche, du plus large au plus restreint. Au sein de ce sujet de recherche, on met en évidence les questions non résolues, suivant des hypothèses d'explications.
- d'un objectif, phrase-clé qui termine l'introduction. Un article de recherche présente un objectif de recherche et un seul. La méthode employée, la présentation des résultats et le cœur de la discussion se déclinent à partir de cet objectif. Des objectifs secondaires sont justifiés s'ils sont liés à l'objectif principal.

#### Méthodes :

Dans cette partie, sont exposées précisément les méthodes employées et ne doit figurer aucun résultat ou analyse critique. Cette partie doit être rédigée au passé pour tout ce qui évoque l'étude. Elle se structure autour

- d'une phrase clé donnant le type d'étude, son schéma général, ses grandes caractéristiques ;
- pour les actions ou évaluation d'action, de la description de l'action dans laquelle s'insère la recherche ;
- du protocole d'échantillonnage, c'est-à-dire des procédures qui ont permis de passer de la population générale au groupe de personnes incluses dans l'étude ;
- des données recueillies, de leur mode de recueil et de vérification ;
- d'un plan d'analyse des données (méthodes d'analyse qualitatives ou quantitatives, variables prises en compte, tests statistiques) ;
- de l'exposition des garanties de respect de la réglementation et du droit des personnes.

#### Résultats :

Cette partie ne comporte que des résultats, c'est-à-dire que l'on ne doit pas y trouver d'éléments méthodologiques, bibliographiques ou de discussion. Tous les résultats qualitatifs et/ou quantitatifs présentés dans l'article doivent s'y trouver. Cependant, l'exposé de certains résultats disponibles mais qui ne répondent pas à l'objectif principal peut être inutile, ou au contraire contribuer à la compréhension de l'article et à l'interprétation du résultat principal. Les résultats ayant déjà été obtenus, ils sont exposés au passé.

*Pour la présentation des données chiffrées, tableaux et graphiques et des résultats d'une recherche qualitative, les auteurs consulteront directement l'ouvrage « Ecrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé ».*

#### Discussion :

La discussion a pour rôle d'interpréter les résultats et d'en discuter la qualité et la validité. Elle a aussi pour fonction de situer les résultats dans un contexte général, c'est-à-dire d'en montrer la convergence avec des résultats antérieurs tout en soulignant l'originalité et l'apport qu'ils représentent pour la communauté scientifique ou professionnelle. La discussion se structure autour

- d'une phrase clé résumant le résultat principal ;
- d'une analyse des résultats, de leur interprétation et de leur confrontation avec la littérature ;
- d'un paragraphe individualisé qui expose les limites générales de l'étude ;
- de perspectives afin d'ouvrir l'article : apport de la recherche à la connaissance générale, nouvelles hypothèses générées, nouveaux projets de recherche, applications pratiques, recommandations, etc.

### Article court

Ce type d'article publie des textes courts, selon le plan imred, favorisant les résultats d'études et, éventuellement, précisant dans la discussion, les implications intéressantes pour les décideurs. L'objectif de ces articles est de faciliter la prise en compte des résultats de la recherche dans la décision en santé. Il permet aussi de publier des retours d'expériences sur des interventions en santé publique, en se conformant aux règles usuelles de la communication écrite. Ces articles courts peuvent aussi être des compléments ou des mises à jour de résultats d'études publiées antérieurement. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures)

est de 15 000 signes, espaces compris. Le nombre de tableaux et de figures n'excédera pas trois pour chacun d'eux.

Ce type d'articles est recommandé par le comité de rédaction car il facilite la bonne communication des travaux publiés.

#### Synthèse des connaissances

Ce type d'articles accueille des articles de synthèse et des revues analytiques ou critiques de la littérature existante. Il peut s'agir de revues narratives où l'auteur choisit explicitement des articles qui vont argumenter son sujet. Il peut s'agir aussi de revues systématiques ou de méta-analyses où l'ensemble des articles répondant à un critère de sélection sont retenus. Les critères d'exclusion sont explicites et argumentés. Pour celles-ci, les manuscrits soumis dans cette rubrique se conforment au plan Imred. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

#### Opinion et débat

Ce type d'articles publie des textes courts débattant d'un sujet d'actualité en santé publique. Il peut aussi s'agir de mise au point d'un expert sur un sujet sur lequel il est reconnu. Les manuscrits soumis dans cette rubrique doivent se conformer aux règles usuelles de la communication écrite. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 15 000 signes, espaces compris.

#### Lettre à la rédaction

Pour favoriser les échanges scientifiques, la revue incite les lecteurs à commenter ou à réagir aux articles publiés en adressant une lettre à la rédaction. Ces lettres ne doivent pas dépasser 3 500 signes, espaces compris, et cinq références bibliographiques, dont celle concernée par la lettre. Il est possible d'y ajouter deux tableaux ou figures. Le contenu des lettres doit être fondé et constituer un apport au débat scientifique. Les lettres sont relues par le comité de rédaction. Si la lettre est acceptée pour publication, son auteur en sera informé par messagerie. Les auteurs doivent indiquer clairement leurs fonctions et affiliations, leur adresse postale et leur messagerie. Les situations de conflits d'intérêts seront aussi mentionnées dans la publication.

Les auteurs de l'article concerné ont la possibilité de répondre aux lettres à la rédaction et leur réponse peut être publiée. L'auteur d'une lettre à la rédaction peut répliquer à l'auteur dans un numéro suivant de la revue, selon les mêmes modalités.

Quel que soit le type de soumission choisi, les manuscrits doivent se conformer à la structuration suivante :

#### Page de titre

Elle comporte

- un titre d'un maximum de 15 mots, en français et en anglais, complété d'un titre court de 5-6 mots ;
- le nombre de signes de l'article (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures compris) ;
- la rubrique de publication de soumission, parmi les trois mentionnées plus haut
- le type de publication de soumission, parmi les cinq mentionnées plus haut.

### Page de résumé

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots pour chacune des langues, français et anglais. Pour les trois types d'article : recherche originale, article court et synthèse des connaissances, le résumé doit être structuré et donc respecter le plan : objectif, méthodes, résultats, conclusions. Il doit être informatif. Seules les lettres à la rédaction n'ont pas de résumé.

### Mots-clés

Ils se situent après le résumé. Les lettres à la rédaction n'ont pas de mots clés.

Tout article doit être accompagné de six mots-clés au maximum, proposés en français et en anglais.

Les mots-clés français et anglais doivent être issus en priorité du *Medical Subject Heading* (Mesh : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) et de sa version française réalisée par l'INSERM (<http://mesh.inserm.fr/mesh/>). Une version du Mesh multilingue dont le français (version INSERM) et l'anglais est disponible sur le site de la fondation suisse *Health on the net* ([http://www.hon.ch/HONselect/Search\\_f.html](http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html)).

Quand les mots-clés ne sont pas trouvés dans le Mesh, il est possible de faire appel aux termes pertinents de sa discipline et notamment au thésaurus de la Base de données en santé publique (BDSP : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>).

### Textes

Voir les instructions *supra* selon le type de publication de la soumission.

### Références bibliographiques

Les références se positionnent après le texte.

Seuls les travaux cités dans le manuscrit figurent dans les références.

Pour les types de publication *recherche originale* et *synthèse des connaissances* le nombre minimum de références est de dix ; ce nombre ne peut excéder 40. Pour les autres types de publication (sauf pour les lettres à la rédaction), le nombre minimum de références est de trois.

**L'ordre pour les références bibliographiques est celui de l'apparition dans le texte.**

Les références bibliographiques doivent se conformer aux normes adoptées par l'*International Committee of Medical Journal Editors* (convention de Vancouver). Les informations détaillées sont disponibles à l'adresse : <http://www.icmje.org/>

Version française : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2013.pdf>

#### *Pour un article standard :*

Les noms des auteurs figurent en minuscules, suivis des initiales du prénom, sans point et suivies d'une virgule. **Lorsque le nombre d'auteurs excède six, on mentionne les six premiers auteurs suivis d'une virgule et de « et al ».**

Le titre complet de l'article figure dans sa langue de publication (et non dans celle de présentation dans les bases bibliographiques). Il est suivi d'un point puis d'un espace.

Le titre de la revue est abrégé conformément à la liste des abréviations de la *National library of medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). Ces abréviations ne comportent aucune ponctuation ; les majuscules et minuscules doivent être respectées. Le titre de la revue est suivi d'un point, de l'année de publication suivie d'un point-virgule, du volume en chiffre, du numéro entre parenthèses suivi de deux points et de la pagination.

Exemples :

Tessier S, Chauliac M, Descamps Latscha B, Pol D. Éducation nutritionnelle à l'école : évaluation d'une méthode pédagogique « La Main à la Pâte ». *Sante Publique*. 2010;22(2):229-38.

Jarvis MJ, Wardle J, Walker J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ*. 2003;326:1061.



*Pour un livre*, on mentionne les auteurs, le titre, la ville d'édition (le pays entre parenthèses si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et le nombre de pages.

Exemple : Fassin D. Faire de la santé publique. 2<sup>e</sup> éd. Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2008. 69 p.

*Pour un chapitre de livre*, on mentionne les auteurs du chapitre, le titre du chapitre, puis, précédés de « In : » les auteurs du livre, le titre du livre, la ville d'édition (le pays entre parenthèse si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et la pagination du chapitre :

Exemples : Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F, editor. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2009.

#### *Pour un rapport*

Exemple : Acker D, Bensadon AC, Legrand P, Mounier C. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Paris : Inspection générale des affaires sociales (Fr) ; 2012. 111 p. Report No. : RM2012-046P.

#### *Pour une page de l'internet*

Exemple : Santé Canada. Médicaments [Internet]. Ottawa ; 2012 Aug [Cité le 30 oct 2012] 1 p. Disponible sur <<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index-fra.php>>.

#### *Pour un document légal*

Exemple : République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°0185 du 11 août 2004. p 14277.

Pour les autres documents et plus d'information en français sur les normes de Vancouver, vous pouvez consulter les règles de présentation des références de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement :

[http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/FR\\_HTML\\_RedactionReferences.aspx](http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/FR_HTML_RedactionReferences.aspx)

### **Tableaux et figures**

Le nombre total de tableaux et de figures n'excédera pas cinq. Afin d'en assurer la qualité lors de la publication, les tableaux et figures sont en noir et blanc et ne doivent pas être surchargés. Ils sont insérés en fin de manuscrit (pas de fichier séparé). Ils sont appelés dans le texte par une mention entre parenthèses (tableau I).

### **Tableaux et figures**

Le nombre total de tableaux et de figures n'excédera pas cinq. Afin d'en assurer la qualité lors de la publication, les tableaux et figures sont en noir et blanc et ne doivent pas être surchargés. Ils sont insérés en fin de manuscrit (pas de fichier séparé). Ils sont appelés dans le texte par une mention entre parenthèses (tableau I).

### **Tableaux**

Les tableaux sont numérotés en chiffres romains dans l'ordre d'appel dans le texte. Ils sont accompagnés d'un titre informatif, et d'une légende si nécessaire. En français, le séparateur de décimales à utiliser est la virgule. Les unités doivent être mises en en-tête de ligne ou de colonne. Dans une colonne, les nombres décimaux sont alignés sur la virgule. Les intervalles de confiance sont alignés sur le séparateur de borne qui est le point-virgule. Les traits verticaux sont à proscrire. Les seuls traits horizontaux se situent en début et en fin de tableau ainsi qu'en fin de tête de colonne. Les notes de bas de tableaux sont à appeler par les lettres en minuscule en exposant et dans l'ordre alphabétique, comme dans l'exemple ci-dessous :

Tableau I  
Répartition des diabétiques (n = 295)  
selon le genre et le type de diabète (Toulon [France], Hôpital Pasteur, 2012)<sup>a</sup>

Genre	DNID <sup>b</sup>		DID <sup>c</sup>		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Hommes	180	70,0	24	63,2	204	69,2
Femmes	77	30,0	14	36,8	91	30,8
Total	257	100,0	38	100,0	295	100,0

<sup>a</sup> : l'exemple est fictif et l'établissement n'existe pas.

<sup>b</sup> : diabète non insulino-dépendant.

<sup>c</sup> : diabète insulino-dépendant.

Pour obtenir le tableau ci-dessus, voici, pour modèle, l'image explicative de l'agencement des cellules sur Microsoft Word<sup>®</sup> :

Genre	DNID <sup>b</sup>		DID <sup>c</sup>		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Hommes	180	70,0	24	63,2	204	69,2
Femmes	77	30,0	14	36,8	91	30,8
Total	257	100,0	38	100,0	295	100,0

### Figures

Toutes les données non produites directement par le clavier sont des figures (graphiques, dessins, photos, etc.). Elles sont numérotées en chiffres arabes dans l'ordre d'appel dans le texte. Les graphiques ne doivent pas être surchargés par des données chiffrées et par des quadrillages. La représentation des graphiques en trois dimensions n'est pas souhaitable car elle peut fausser le jugement. **Pour garantir la publication des figures, les auteurs doivent les créer dans l'optique d'une impression noir et blanc. A défaut, les figures ne seront pas présentes dans l'article.**

Si un tableau ou une figure sont issus d'une source extérieure, celle-ci doit être mentionnée.

### Notes de lecture

La revue publie aussi des notes de lecture. Elles sont destinées à conseiller la lecture d'un ouvrage auprès de tout ou partie du lectorat. Elles sont écrites par les membres du comité de rédaction et du comité scientifique, ainsi que par les experts relecteurs de la revue. La décision de publication relève du comité de rédaction. Voici, à titre indicatif, le plan que peuvent suivre les notes de lecture :

- référence selon les exigences uniformes pour les manuscrits soumis aux revues biomédicales (mais avec le titre en première position) ;
- présentation de l'auteur, éventuellement on pourra situer l'ouvrage par rapport à son parcours ou ses autres écrits ;
- objectif de l'auteur, description du contenu de l'ouvrage, citations éventuelles ;
- commentaires personnels sur l'ouvrage (facilité de lecture, intérêt personnel trouvé à sa lecture) ;
- limites de l'approche de l'auteur ;
- apport en terme de connaissances nouvelles, comparaison par rapport aux acquis antérieurs ou par rapport au point de vue d'autres auteurs ;
- lectorat particulièrement concerné par cet ouvrage, implication pour la pratique ou pour la décision politique.
- signature : prénom et nom du lecteur.

Le contenu ne doit pas dépasser 3500 signes (espaces compris).

## Informations diverses

### Aspects éthiques et réglementaires

Pour les articles de recherche, les incidences éthiques doivent être mentionnées par les auteurs ainsi que les éventuels avis donnés par les comités d'éthique. Les essais cliniques doivent être déclarés. De même, si une déclaration a été faite à une commission en rapport avec l'informatique et le respect des libertés, celle-ci doit être mentionnée.

Les recherches doivent se conformer aux principes éthiques (en particulier à la déclaration d'Helsinki révisée) et à la législation en vigueur du pays concerné. L'information et le cas échéant le consentement des personnes concernées par la recherche doivent être mentionnés. Les avis des instances éthiques et réglementaires relatives à la protection des personnes et/ou des données doivent être mentionnés.

### Abréviations et sigles

Dans le titre d'un article et dans son résumé les abréviations et les sigles sont à éviter.

Le terme entier doit précéder l'abréviation ou le sigle lors de sa première mention dans le texte.

Il n'est pas mis de point après chaque lettre d'un sigle.

Les acronymes – sigles prononcés comme un mot – peuvent s'écrire avec la seule majuscule initiale suivie de minuscules et sans point, lorsqu'il s'agit d'institutions (exemple : Inpes) ; la majuscule n'est pas recommandée pour les acronymes devenus noms communs (exemple : sida).

### Notes de bas de page

Leur utilisation n'est pas recommandée. Cependant, elles peuvent être utilisées quand un commentaire est nécessaire pour la compréhension et qu'il ne doit pas alourdir le cours du texte. Les références bibliographiques ne peuvent pas figurer en notes de bas de page.

### Caractères italiques

Ils peuvent être utilisés dans certains cas :

- les citations ;
- les titres de journaux ou d'ouvrages cités dans le texte ;
- les mots en langue étrangère non francisés ;
- les citations latines ;
- les mots à faire ressortir du texte (mais une tournure les mettant en valeur est préférable).

### Remerciements

Des remerciements peuvent figurer en fin de texte, avant les références bibliographiques.

Des mentions peuvent indiquer les contributions appelant un remerciement mais ne justifiant pas une place parmi les auteurs (par exemple, le soutien du directeur d'un établissement, d'un service, d'une administration, etc.), les remerciements pour les aides techniques, les remerciements pour un soutien matériel ou financier. Dans les recommandations de l'ICMJE, on trouvera toute information complémentaire sur la définition des auteurs et des contributeurs.

Les personnes ayant contribué intellectuellement à l'article, mais dont la participation ne justifie pas le titre d'auteur, peuvent être nommément désignées et leur fonction ou contribution décrite (par exemple, conseil scientifique ou juridique, analyse critique de la méthode, recueil des données, etc.).

Nous recommandons aux auteurs d'obtenir l'accord des personnes concernées avant de faire figurer leurs noms dans les remerciements car les lecteurs peuvent en déduire leur approbation des données et des conclusions. Les auteurs peuvent également dégager la responsabilité des personnes remerciées par une formule comme : « Les auteurs demeurent seuls responsables des erreurs ».

### Corrections, rétractations et expressions de réserves

La revue peut publier des corrections, des rétractations et des expressions de réserves émanant, le cas échéants, des auteurs ou des financeurs ou des rédacteurs de la revue.

### Médicaments

Compte tenu du lectorat international de la revue, il est préférable de désigner les médicaments par leur dénomination commune internationale. En cas d'utilisation du nom de spécialité, il faut toujours lui associer le libellé de sa dénomination commune internationale (DCI). Le nom de spécialité est écrit avec la première lettre en capitale et il suivi du symbole des marques déposées en exposant (®).

### Unités de mesure

Les mesures de longueur, hauteur, poids et volume sont exprimées en unités du système métrique. La pression artérielle est exprimée en millimètres de mercure. Les auteurs peuvent exprimer les paramètres hématologiques et biochimiques dans les unités couramment utilisées en France mais doivent nécessairement y adjoindre les valeurs converties dans le système international des unités (SI).

### Droits d'auteur

La revue paraît sous deux types de supports : une édition imprimée sur papier et des éditions électroniques (sites de l'éditeur, de l'assurance maladie, de Cairn, de bases bibliographiques, cd-rom, etc.). Certaines de ces éditions peuvent être en accès libre, avec ou sans délai par rapport à la date de publication. En soumettant un article, les auteurs acceptent l'édition sur les différents supports et selon les modalités établies par la revue.

En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.

Lorsqu'un manuscrit est soumis à la revue et que celui-ci est accepté pour publication, les auteurs acceptent la cession de leur droit à la revue *Santé publique*.

La politique de la revue *Santé publique* est de favoriser largement la diffusion de ses articles. Cependant, aucun des textes publiés dans *Santé publique* ne peut être reproduit sans l'autorisation de la revue. Les auteurs s'engagent également à demander l'autorisation au rédacteur en chef de la revue *Santé publique* s'ils désirent reproduire partie ou totalité de leur article dans un autre périodique ou une autre publication. Dans les reproductions autorisées, la référence de la première publication devra être mentionnée. Toute demande de reproduction doit être déposée par écrit auprès du secrétariat. Les références de la première publication doivent être mentionnées dans la reproduction.

### Mise en accès libre d'un article (*open access*)

La Rédaction de *Santé publique* donne la possibilité aux auteurs d'obtenir l'accès libre pour leur article publié et mis en ligne sur le portail de revues CAIRN, dès sa parution (au lieu d'un délai d'attente de deux ans), moyennant une contribution de 800,00 €. Pour obtenir informations complémentaires et devis, merci de contacter la Rédaction de la revue : [ig@sfsp.info](mailto:ig@sfsp.info).

Dans le cadre d'un partenariat de la CNAMTS, cette option ne concerne pas les articles publiés dans la rubrique Pratiques et organisation des soins car ils bénéficient d'emblée d'un accès libre.

## Procédure d'expertise

Tout manuscrit soumis à *Santé publique* est préalablement examiné par la Rédaction afin d'en vérifier :

- la conformité aux instructions aux auteurs ;
- l'inscription du thème de l'article dans le champ couvert par la revue.

Si le manuscrit n'est pas conforme ou est hors champ, il sera refusé sans expertise complémentaire.

Les articles conformes sont envoyés à deux relecteurs pour analyse critique. Les relecteurs disposent de 40 jours à compter de l'acceptation de l'expertise pour rendre leur analyse. Dès réception, les avis des relecteurs sont envoyés à l'auteur avec notification de la décision : acceptation, refus, demande de modifications (majeures ou mineures).

Dans le cas de demande de modifications, l'auteur dispose de 40 jours pour soumettre une version corrigée dans le cas de révisions majeures et de 20 jours dans le cas de révisions mineures. Les auteurs doivent accompagner le manuscrit révisé d'une lettre détaillant et localisant dans le texte les modifications effectuées, et répondant aux commentaires des lecteurs. Le manuscrit révisé peut être envoyé en seconde lecture auprès des relecteurs, invités à remettre un nouvel avis.

Dans le cas d'une acceptation, le manuscrit est examiné une dernière fois par la Rédaction qui peut encore demander des modifications aux auteurs.

Les lettres à la rédaction sont soumises à l'expertise du comité de rédaction qui peut solliciter l'analyse de relecteurs.

## Contact

### Secrétariat de rédaction

Isabelle Génovèse

Tél. : +33 (0)3 83 44 94 11

Fax : +33 (0)3 83 44 37 76

ig@sfsp.info

## ANNEXE 5 : Présentation du courriel destiné aux médecins généralistes

Le message ne s'affiche pas correctement ? [Cliquez ici](#)



 ESPACE PRO

Bonjour,

### **Prévention au cabinet médical : votre rôle est primordial !**

Dans le cadre des actions de promotion des dépistages des cancers et de la vaccination contre la grippe, Tiphaine HUANT, Interne de Médecine Générale, mène en collaboration avec la CPAM des Vosges un important plan d'actions.

En effet, depuis quelques années, nous constatons que les taux de participation sont en constante diminution.

Pour tenter d'inverser cette tendance, nous souhaiterions impliquer davantage vos cabinets dans nos actions de promotion afin **d'augmenter la participation de vos patients à ces programmes de prévention.**

**Votre participation est essentielle, le courrier** ci-joint vous explique notre proposition.

Nous vous prions de croire, Docteur, à l'assurance de notre considération distinguée.

Pascal ENRIETTO, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Vosges.

### **BON A SAVOIR**

Pour toute précision, vous pouvez contacter la hotline PS au 0 811 709 88\*.

*\* service 0,06 € / min + prix appel*

Rendez-vous sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr) l'Assurance Maladie en ligne

## **ANNEXE 6 : Courriel destiné aux médecins expliquant les différentes modalités du projet**

OBJET : demande de participation à une thèse de médecine générale.

Docteur,

Actuellement interne de médecine générale à la faculté de Nancy, je prépare mon travail de fin d'études et pour le mener à bien, j'ai l'honneur de solliciter votre participation.

Il s'agit d'un travail de thèse dirigé par le Docteur Cédric BERBÉ, médecin généraliste à Rupt-sur-Moselle, sur une commande de la CPAM des Vosges visant à promouvoir les actes de prévention et de dépistage et trouver des moyens permettant d'augmenter ces actes dans 3 domaines : le dépistage du cancer colorectal, le frottis cervico-utérin et la vaccination antigrippale, notamment en impliquant la secrétaire médicale en la formant dans ces 3 domaines.

Ce travail consisterait dans un premier temps à mettre en salle d'attente, si vous acceptez, une affiche incitant les patients à venir se renseigner auprès du secrétaire médical, préalablement formé par mes soins, qui remettrait alors de manière ciblée les brochures d'informations de la CPAM dans les 3 domaines, puis dans un second temps à évaluer la pertinence de cet outil et de la formation des secrétaires à l'aide de questionnaires à votre intention, à celle des secrétaires et à celle des patients. Cette étude se déroulerait de début novembre 2017 à fin janvier 2018.

La formation des secrétaires sera réalisée par mes soins, avec l'aide d'un support *Powerpoint* (que je vous joins, rappelant les principes généraux de ces 3 domaines) sur une trentaine de minutes. Je me déplacerais afin de pouvoir rencontrer votre/vos secrétaire(s), après votre accord, sur un créneau qui vous conviendra ainsi qu'à votre/vos secrétaire(s). Je leur remettrai alors les différentes brochures, l'affiche et les formulaires « patient » qui seront donnés avec les brochures. Le questionnaire à l'intention des secrétaires sera envoyé par courriel à la fin de l'étude, vous recevrez votre questionnaire également à la fin de l'étude par courriel.

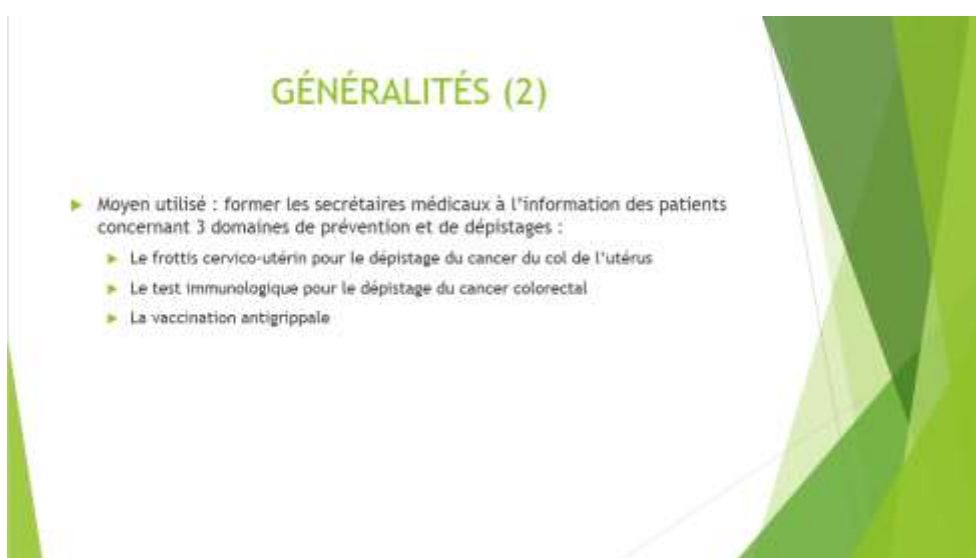
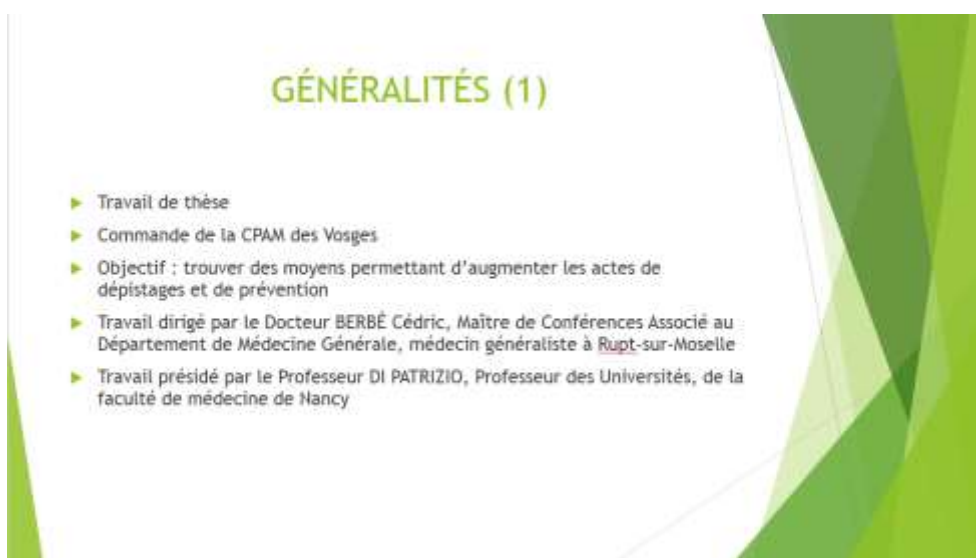
Je vous joins une copie de l'affiche qui pourra être mise dans votre salle d'attente.

Je serai très honorée que vous acceptiez de participer à ce travail.

Je vous propose de prendre contact avec vous par téléphone dans quelques jours, si vous n'y voyez pas d'inconvénients. Vous pouvez cependant me joindre par courriel pour toutes informations supplémentaires ou pour convenir d'emblée d'un rendez-vous.

Comptant sur l'intérêt que vous voudrez bien porter à ma requête, je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma respectueuse considération.

## ANNEXE 7 : Contenu de la formation à l'intention des secrétaires médicaux





## Le dépistage du cancer du col de l'utérus

### A votre avis ?

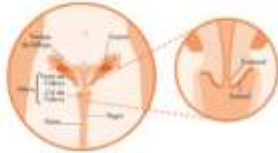
- ▶ A quel âge réalise-t-on le premier frottis ?

### LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (1)

- ▶ Dépistage du cancer du col de l'utérus
- ▶ 10<sup>ème</sup> cancer chez la femme en France par sa fréquence
- ▶ Taux de survie augmente si prise en charge précoce
- ▶ Symptômes peu spécifiques et tardifs
- ▶ Incidence des cancers du col de l'utérus diminue depuis la mise en place des programmes de dépistage
- ▶ Un moyen de dépistage : le frottis !

## LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (2)

- Pour qui : les femmes entre 25 et 65 ans, vaccinées ou non contre le HPV, non ménopausées ou ménopausées
- Quel rythme : 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans
- Par qui : médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, sage-femme... tout médecin formé
- Comment : prélèvements de cellules au niveau de l'endocol et de l'exocol de l'utérus



## LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (3)

- Le frottis cervico-utérin de dépistage avec cytologie en milieu liquide



## LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (4)

- Le frottis cervico-utérin de dépistage avec cytologie sur lame



## LE FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (5)

- ▶ Si frottis cervico-utérin anormal :
  - ▶ En fonction des résultats :
    - ▶ suivi frottis rapproché ou consultation spécialiste

## Le dépistage du cancer colorectal

### A votre avis ?

- ▶ Chez qui réalise-t-on le test de dépistage du cancer colorectal ?

## LE TEST IMMUNOLOGIQUE (1)

- ▶ Dépistage du cancer colorectal, par recherche de sang dans les selles
- ▶ 3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent en France, 2<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer en France
- ▶ Bon pronostic si diagnostiqué à un stade précoce
- ▶ Symptomatologie : rectorragies, melaena, modification du transit intestinal persistant malgré traitement adapté, syndrome rectal, douleurs abdominales inexpliquées, occlusion intestinale, amaigrissement récent inexpliqué, masse palpable abdominale, anémie ferriprive...

## LE TEST IMMUNOLOGIQUE (2)

- ▶ Pour qui : les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans à risque modéré de cancer colorectal
- ▶ Quel rythme : tous les 2 ans
- ▶ Prise en charge à 100%
- ▶ Comment :
  - ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=yq9Nsp7y1z8>
  - ▶ Test rapide (moins de 5 minutes), simple (1 prélèvement), indolore

## LE TEST IMMUNOLOGIQUE (3)



## LE TEST IMMUNOLOGIQUE (4)

- ▶ Si test positif :
  - ▶ Ne veut pas dire qu'il y a un cancer obligatoirement mais qu'il y a du sang
  - ▶ Consultation auprès d'un gastro-entérologue pour réalisation d'une coloscopie

## La vaccination antigrippale

### A votre avis ?

- ▶ Chez qui la vaccination antigrippale est-elle conseillée ?

## LA VACCINATION ANTIGRIPPALE (1)

- ▶ Recommandations : avec prise en charge à 100%, vaccin non obligatoire
  - ▶ > 65 ans
  - ▶ Femme enceinte quel que soit le terme
  - ▶ Maladies chroniques, y compris chez les enfants à partir de 6 mois : BPCO, insuffisance respiratoire chronique, pathologies cardiaques graves, mucoviscidose, diabète, obésité avec IMC > 40, déficit immunitaire, ATCD d'AVC, maladie hépatique chronique...
  - ▶ Personne séjournant dans un établissement de soins de suite, établissement médico-social d'hébergement
  - ▶ Entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave : prématurés...

## LA VACCINATION ANTIGRIPPALE (2)

- ▶ Pourquoi vacciner :
  - ▶ La grippe est DANGEREUSE : risque de complications graves, voire décès...
  - ▶ Le vaccin SAUVE DES VIES, c'est le meilleur moyen de se protéger
  - ▶ Le vaccin PROTÈGE L'ENTOURAGE en réduisant le risque de transmission
  - ▶ LE VACCIN EST SANS DANGER | [La grippe tue, le vaccin non.](#)

Travail de thèse

## TRAVAIL DE THÈSE : Principes (1)

- ▶ Il s'agit d'évaluer des moyens mis en œuvre pour augmenter les actes de prévention et dépistages
- ▶ Comment :
  - ▶ mise en place d'affiches dans les salles d'attente des cabinets, pour promouvoir la prévention, incitant les patients à venir au secrétariat demander des brochures d'information
  - ▶ brochures d'information de la CPAM sur les 3 domaines, disponibles au secrétariat
  - ▶ Les patients doivent venir demander les brochures au secrétariat, vous les remettez en fonction de l'âge et du sexe et vous dites « parlez-en à votre médecin »

## TRAVAIL DE THÈSE : Principes (2)

- ▶ Comment évaluer :
  - ▶ Comptes des brochures distribuées
  - ▶ Questionnaires envoyés, à vous et aux médecins, par courriel, pour évaluer l'impact
  - ▶ Recueillir le numéro de téléphone du patient, après son accord, à qui l'on a remis une ou plusieurs brochures. Il sera recontacté pour savoir s'il s'en souvient et s'il a réalisé les actes de dépistages et de prévention

## Conclusion

- ▶ Mise en place d'un outil visant à promouvoir la prévention
- ▶ Étude sur 3 mois, de début novembre 2017 à fin janvier 2018
- ▶ Mise en place d'une affiche en salle d'attente incitant les patients à venir rechercher des renseignements au secrétariat : le patient devient acteur !
- ▶ Remise de brochures explicatives dans les 3 domaines cibles :
  - ▶ Frottis cervico-utérin pour le cancer du col de l'utérus : femme de 25 à 65 ans
  - ▶ Test immunologique pour le dépistage du cancer colorectal : de 50 à 74 ans
  - ▶ Vaccination antigrippale
- ▶ Quantification des brochures distribuées, questionnaires pour vous et les médecins à l'issue de l'intervention
- ▶ Numéros de téléphone des patients recueillis pour appels téléphoniques

## Bibliographie

- ▶ Recommandations HAS sur le dépistage et la prévention du cancer colorectal, actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé, juin 2013
- ▶ Recommandations HAS sur le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus, actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé, juin 2013
- ▶ Calendrier vaccinal 2016

**Merci de votre attention !**



## **ANNEXE 8 : Les critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé [25]**

### **Liste des critères de qualité essentiels (31 critères) :**

- **Qualité du contenu (7 critères) :**
  - les sources utilisées sont identifiées ;
  - les informations sont d'actualité ;
  - l'outil ne fait pas la promotion d'un produit ou d'une marque ;
  - le contenu est objectif et nuancé ;
  - le contenu est acceptable au regard de l'éthique ;
  - le contenu est pertinent par rapport au thème ;
  - le contenu est pertinent par rapport aux objectifs annoncés.
- **Qualité pédagogique (11 critères) :**
  - les objectifs sont annoncés ;
  - l'émetteur du discours est facilement identifiable ;
  - le point de vue du destinataire est pris en compte ;
  - l'outil évite la mise en échec des destinataires ;
  - le niveau de difficulté est adapté au destinataire (vocabulaire, schémas, règles du jeu...) ;
  - le destinataire est interpellé, rendu actif, mis en situation ;
  - les connaissances et représentations préexistantes des destinataires sont prises en compte ;
  - l'outil propose des activités qui suscitent des interactions entre participants ;
  - les sentiments suscités par l'outil (crainte, malaise...) ne produisent pas d'effet négatif ;
  - les ressorts utilisés par le concepteur de l'outil sont tous en accord avec les valeurs de la promotion de la santé ;
  - ces ressorts ne nuisent pas à l'implication des participants.
- **Qualité du support (9 critères) :**
  - le support choisi est pertinent par rapport au destinataire ;
  - le support choisi est pertinent par rapport au sujet traité ;
  - le support choisi est pertinent par rapport aux objectifs annoncés ;
  - les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires ;
  - il y a un guide d'utilisation ;
  - s'il n'y a pas de guide, l'outil peut être utilisé sans difficulté ;
  - le guide inclut la ou les méthodes pédagogiques ;
  - pour les cédéroms, la navigation est aisée ;
  - pour les cédéroms, l'interactivité est réelle.
- **Qualité de la conception (2 critères) :**
  - la conception de l'outil s'appuie sur une analyse des besoins des destinataires ;
  - la conception de l'outil s'appuie sur une analyse de la littérature.
- **Appréciation de l'ensemble (2 critères) :**
  - il y a adéquation de l'outil avec les objectifs annoncés/la raison d'être/les destinataires ;
  - l'utilisation de l'outil est possible dans les conditions prévues par le concepteur.

### **Liste des critères de qualité importants (30 critères) :**

- **Qualité du contenu (1 critère) :**
  - il n'y a pas d'éléments caricaturaux/stéréotypes entraînant une perturbation de la compréhension du contenu.
- **Qualité pédagogique (11 critères) :**
  - l'émetteur apparaît comme légitime au regard des propos qu'il tient ;
  - le contenu est structuré ;
  - la compréhension est facilitée ;
  - la mémorisation est favorisée (répétitions, moyens mnémotechniques...) ;
  - l'appropriation est facilitée (exemples variés, règles...) ;
  - on peut utiliser seulement certains éléments (modularité) ou seulement certaines séquences (vidéo) ;
  - l'outil offre des ressources pour en savoir plus ;
  - il y a une identification possible avec les personnages (fonction, cadre de vie, catégorie socioprofessionnelle) ;
  - les exemples sont proches du vécu ;
  - l'outil propose des activités qui favorisent des interactions avec l'environnement extérieur au groupe ;
  - l'outil prévoit une procédure d'évaluation à appliquer auprès des destinataires.
- **Qualité du support (14 critères) :**
  - les images animées sont de bonne qualité ;
  - la lisibilité du support écrit est correcte ;
  - le son est de bonne qualité ;
  - les illustrations sont de bonne qualité ;
  - l'écriture et l'expression sont de bonne qualité ;
  - l'originalité/innovation des éléments matériels et techniques renforce l'intérêt/implication des participants ;
  - l'outil est solide/robuste ;
  - la forme est d'actualité (vocabulaire, fond sonore, vêtements, style...) ;
  - le guide d'utilisation inclut des ressources documentaires ;
  - le guide d'utilisation inclut une description des précautions à prendre (pièges ou problèmes à éviter) ;
  - le guide d'utilisation inclut des suggestions pour l'évaluation ;
  - pour les cédéroms, il y a possibilité d'imprimer ;
  - pour les cédéroms, la compréhension des boutons/icônes est aisée ;
  - pour les cédéroms, il y a une organisation logique : hiérarchisation, menus, outil de recherche.
- **Qualité de la conception (2 critères) :**
  - le destinataire est impliqué dans le processus de conception ;
  - des représentants de toutes les disciplines concernées sont impliqués dans le processus de conception.
- **Appréciation d'ensemble (2 critères) :**
  - il y a cohérence entre les différents supports ;
  - le temps d'appropriation nécessaire est en cohérence avec les possibilités d'intervention offertes par l'outil.

**ANNEXE 9 : Affiche créée et affichée dans les salles d'attente**



**Devenez acteur  
de votre santé**

**Demandez votre brochure  
personnalisée à notre secrétaire.**

**l'Assurance  
Maladie**  
VOSGES

**Spécial**  
FACILE & MÉDICINE  
SANTÉ

## ANNEXE 10 : Brochure d'information pour la vaccination antigrippale



**Chaque année, la grippe peut toucher jusqu'à 6 millions de personnes.**

Le virus de la grippe se transmet très facilement en toussant, en éternuant, en parlant ou au contact des mains ou d'objets (poignée de porte, couverts) contaminés par une personne malade.



**Vous avez PLUS DE 65 ANS**



**Vous êtes atteint d'une MALADIE CHRONIQUE**



**Vous êtes ENCEINTE**

Pour vous la grippe peut entraîner des complications graves pouvant nécessiter une hospitalisation.

**Le premier geste pour vous protéger de la grippe à l'approche de l'hiver est la vaccination.**

Elle aide à combattre le virus. Elle limite les risques de complication. Elle réduit la possibilité de transmission du virus à vos proches.

Les effets indésirables du vaccin sont sans gravité : petite fièvre ou douleur légère au point d'injection.

**D'autres gestes simples peuvent augmenter votre protection.**

Se laver les mains régulièrement, se couvrir la bouche en cas de toux, utiliser un mouchoir en papier à usage unique... sont autant de gestes complémentaires à la vaccination qui limitent la transmission du virus.

**PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.**

# ANNEXE 11 : Brochure d'information pour le dépistage du cancer colorectal

Le test de dépistage est recommandé, tous les 2 ans, aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans. Il permet de détecter des cancers, le plus souvent à un stade précoce, et certaines lésions précancéreuses.



**DÉTECTÉ TÔT, UN CANCER COLORECTAL SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10**

Pour en savoir plus sur le dépistage du cancer colorectal ou sur les autres dépistages, parlez-en avec votre médecin traitant ou contactez la structure en charge des dépistages dans votre département.

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

0 805 123 124  
Service à appel gratuit

**VOUS AVEZ ENTRE 50 ET 74 ANS**

**LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL TOUS LES 2 ANS, C'EST IMPORTANT**



**UN NOUVEAU TEST, SIMPLE ET RAPIDE, À RÉALISER CHEZ SOI**

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

**INSTITUT NATIONAL DU CANCER**






## POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT ?

Le cancer colorectal, aussi appelé cancer de l'intestin, est la 2<sup>e</sup> cause de décès par cancer en France. Il se développe lentement à l'intérieur du côlon ou du rectum, le plus souvent à partir de petites lésions dénommées polypes. Ce cancer est l'un des plus fréquents et touche 4 hommes sur 100 et 3 femmes sur 100, le plus souvent après l'âge de 50 ans.

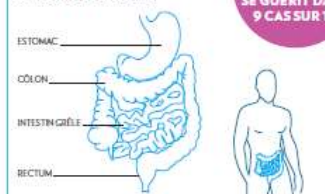
### ► DÉTECTER TÔT UN CANCER OU UNE LÉSION PRÉCANCÉREUSE

Le test de dépistage, proposé aux personnes de 50 à 74 ans, **réduit la mortalité par cancer colorectal**. Il permet de détecter un cancer à un stade très précoce, et d'augmenter les chances de guérison. Grâce à ce dépistage, on peut aussi repérer

un polype avant qu'il n'évolue en cancer. En cas d'antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie du côlon, votre médecin pourra vous proposer d'autres modalités de dépistage.

**DÉTECTÉ TÔT, UN CANCER COLORECTAL SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10**

#### Où se situe le côlon ?



## EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

### UN NOUVEAU TEST, SIMPLE ET RAPIDE, À RÉALISER CHEZ SOI

En grossissant, certains polypes saignent. Le dépistage consiste à repérer, dans les selles, des traces de sang qui ne sont pas visibles à l'œil nu.

- 1 Si vous avez entre 50 et 74 ans, vous êtes invité par courrier, tous les 2 ans, à retirer ce test chez votre médecin. Il peut aussi vous le remettre directement à l'occasion d'une consultation.
- 2 Votre médecin détermine, en fonction de votre histoire personnelle et familiale, si ce test est approprié. Si c'est le cas, il vous explique comment l'utiliser et vous le remet. Il vous informe de l'intérêt et des limites de ce dépistage, et des examens à réaliser en cas de test positif.
- 3 Ce test, simple et rapide, est à faire chez vous. Il permet de prélever de manière très hygiénique un échantillon de vos selles grâce à une tige à replacer dans un tube hermétique.
- 4 Vous l'envoyez gratuitement (enveloppe T fournie avec le test) pour qu'il soit analysé.
- 5 Les résultats vous sont adressés ainsi qu'à votre médecin traitant.

### ► LA PRISE EN CHARGE

Le test et son analyse sont pris en charge à 100 %, sans avance de frais de votre part. La consultation chez votre médecin traitant est prise en charge dans les conditions habituelles par votre régime d'assurance maladie et votre complémentaire santé, de même que la coloscopie en cas de test positif.

## ET APRÈS LE TEST ?

### ► DANS 96 % DES CAS, LE TEST EST NÉGATIF

Cela signifie qu'aucun saignement pouvant témoigner de la présence d'un cancer ou de lésions précancéreuses n'a été détecté au moment du test. N'oubliez pas de refaire le test tous les 2 ans.

A noter : certains polypes ou cancers peuvent ne pas être identifiés par le test s'ils ne saignent pas. Consultez votre médecin si des douleurs abdominales ou des troubles digestifs inhabituels et persistants apparaissent, ou en cas de présence de sang dans les selles.

### ► DANS 4 % DES CAS, LE TEST EST POSITIF

Cela signifie pas que vous avez un cancer, mais que du sang a été détecté dans vos selles. Pour en identifier l'origine, votre médecin vous adressera à un gastro-entérologue afin qu'il réalise une coloscopie\*. Effectué sous anesthésie, cet examen permet de déceler la présence éventuelle de polypes et de les retirer avant qu'ils ne se transforment en cancer. Si un polype a déjà évolué en cancer, plus on le détecte tôt, plus les chances de guérison sont importantes.

\* Dans plus de la moitié des cas, la coloscopie ne décelé aucune anomalie. Elle détecte un polype dans 30 % à 40 % des cas, et un cancer dans 8 % des cas. Elle peut entraîner des complications dont les formes graves restent rares (3 cas pour 1000). Pour en savoir plus sur la coloscopie :

Pour en savoir plus sur la coloscopie : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) ou 0805 123 124 (service et appel gratuit).



## ANNEXE 12 : Brochure d'information pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

**Le frottis est recommandé à partir de 25 ans**, même si vous êtes vaccinée contre les papillomavirus (HPV). Les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle. Ensuite, un frottis doit être fait **tous les 3 ans, jusqu'à 65 ans**, même en l'absence de rapports sexuels ou après la ménopause.



**90% DES CANCERS DU COL DE LUTÉRUS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS**

Façon au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir :

- se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus;
- faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

**PARLEZ-EN AVEC UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME**

Pour en savoir plus sur le frottis ou les autres dépistages des cancers

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

0 805 122 924

service à votre écoute





**ENTRE 25 ET 65 ANS**

**UN FROTIS TOUS LES 3 ANS, C'EST IMPORTANT**



**TOUT COMPRENDRE EN 1 MIN**

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



### LE FROTIS, POURQUOI C'EST IMPORTANT ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement provoqué par un virus appelé « papillomavirus humain » (HPV). Très fréquent, ce virus se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due au papillomavirus (HPV) provoque des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

#### UN FROTIS TOUS LES 3 ANS

Le frottis permet de repérer d'éventuelles lésions au niveau du col de l'utérus, et de les soigner avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Si un cancer est détecté, ce sera le plus souvent à un stade précoce. Les soins seront plus légers et permettront d'avantage de préserver la fertilité.



### POUR RÉALISER UN FROTIS, À QUI M'ADRESSER ?

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- d'un gynécologue ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse) ;
- d'un centre de santé ou centre mutualiste ;
- d'un centre de planification familiale ;
- d'un laboratoire d'analyses (sur prescription d'un médecin) ;
- d'un hôpital.

#### UN EXAMEN REMBOURSÉ

Le coût comprend le prix de la consultation et 15,40 euros pour la lecture du frottis. Il est pris en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'Assurance maladie (70%). Le reste est remboursé par votre complémentaire santé (mutuelle, assurance santé...). Le frottis peut être réalisé sans avance de frais dans les centres de santé, centres mutualistes ou de planification familiale.

**Si vous bénéficiez de la CMU-C** (couverture maladie universelle complémentaire), la prise en charge est à 100% sans aucune avance de frais (examen gratuit).



### EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

**L'examen** se fait en position gynécologique. Le médecin prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela ne prend que quelques minutes et n'est pas douloureux, même si une légère gêne peut être ressentie.

**Les résultats** : le prélèvement est envoyé à un laboratoire spécialisé. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats. Votre médecin vous contactera si des examens supplémentaires sont nécessaires.

**3 PRÉCAUTIONS AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS**

- 1— Choisissez le bon moment : le frottis doit être fait en dehors de la période des règles.
- 2— Évitez les rapports sexuels 24 à 48 heures avant le rendez-vous.
- 3— Reportez le rendez-vous si vous prenez un traitement local par voie vaginale (ovule, par exemple).

## ANNEXE 13 : Questionnaire d'évaluation à destination des secrétaires médicaux

### Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

Bonjour,

Mon travail de thèse à propos du dépistage et de la prévention arrive à son terme.

Je tiens tout d'abord à vous remercier pour votre participation et votre accueil.

Je vous laisse le soin de compléter le questionnaire suivant afin de recueillir vos impressions concernant ce travail.

Je vous remercie une nouvelle fois pour votre aide précieuse.

Bien cordialement.

Tiphaine HUANT



SUIVANT

Page 1 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

# Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

## A propos de la charge de travail

La participation à cette thèse vous a-t-elle demandé une charge de travail plus importante ? \*

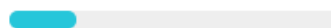
- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément
- Ne se prononce pas

La participation à cette thèse vous a-t-elle semblé compatible avec votre charge de travail habituelle ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

RETOUR

SUIVANT



Page 2 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.



## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

### A propos de la responsabilité

La responsabilité liée à ce travail d'information vous a-t-elle semblé trop importante ? \*

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

RETOUR

SUIVANT

Page 3 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

Avant la formation, aviez-vous connaissance de ces grands domaines de dépistage et de prévention ? \*

- Pas du tout
- Partiellement
- Totalement
- Ne se prononce pas

RETOUR

SUIVANT

Page 4 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

Avez-vous rencontré des difficultés à répondre aux questions des patients concernant le dépistage et la prévention ? \*

- Oui
- Non

RETOUR

SUIVANT

Page 5 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

Quelles difficultés avez-vous rencontrées pour répondre aux questions des patients concernant le dépistage et la prévention ?

Votre réponse

---

RETOUR

SUIVANT

Page 6 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

Pensez-vous que la formation et l'implication des secrétaires médicaux puissent améliorer l'adhésion des patients aux campagnes de prévention et de dépistages ? \*

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément
- Ne se prononce pas

RETOUR

SUIVANT

Page 7 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

# Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

## Évaluation de la formation

La durée de la formation vous a-t-elle paru : \*

- Trop longue
- Adaptée
- Trop courte
- Ne se prononce pas

Le contenu de la formation vous a-t-il paru : \*

- Trop détaillé
- Adapté
- Insuffisant
- Ne se prononce pas

En tant que secrétaire médical(e), la formation vous a paru : \*

- Intéressante
- Inintéressante
- Ne se prononce pas

En tant que patient(e), la formation vous a paru : \*

- Intéressante
- Inintéressante
- Ne se prononce pas

RETOUR

SUIVANT

Page 8 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

# Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire secrétaire)

\*Obligatoire

Quelles sont vos tâches professionnelles au sein du cabinet ?  
(plusieurs choix possibles) \*

- Accueil des patients
- Orientation des patients dans le cabinet
- Prise de messages
- Organisation du carnet de rendez-vous du cabinet
- Tenue des dossiers papier et/ou informatisés
- Numérisation des documents médicaux
- Rédaction de courriers médicaux
- Prise de rendez-vous extérieurs pour les patients
- Assistance du médecin durant certains actes médicaux
- Évaluation du degré d'urgence et hiérarchisation des rendez-vous
- Comptabilité
- Gestion des stocks de matériel
- Explication et remise des tests de dépistage du cancer colorectal
- Entretien des locaux

Autres tâches professionnelles :

Votre réponse

---

RETOUR

ENVOYER

Page 10 sur 10

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## ANNEXE 14 : Questionnaire d'évaluation à destination des médecins généralistes

### Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

Docteur,

Mon travail de thèse à propos de l'implication des secrétaires médicaux dans le dépistage et la prévention arrive à son terme.

Je vous remercie pour votre soutien et votre participation.

Pouvez-vous compléter le questionnaire suivant afin de recueillir vos impressions sur ce travail ?

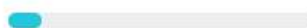
Consciente de vos problématiques d'agenda, le questionnaire a été optimisé en 8 questions afin de vous permettre d'y répondre en moins de 5 minutes.

En vous remerciant encore de votre aide, je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de ma respectueuse considération.

Tiphaine HUANT



SUIVANT



Page 1 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Quel est votre mode d'exercice ? \*

- Seul
- A plusieurs médecins en cabinet de groupe
- Seul en maison de santé pluriprofessionnelle
- A plusieurs médecins en maison de santé pluriprofessionnelle

RETOUR

SUIVANT

Page 2 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Vous disposez \*

- d'un(e) seul(e) secrétaire sur place
- de plusieurs secrétaires sur place
- d'un(e) seul(e) secrétaire sur place et d'un secrétariat à distance
- de plusieurs secrétaires sur place et d'un secrétariat à distance

RETOUR

SUIVANT

Page 3 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Trouvez-vous qu'il soit utile de former les secrétaires médicaux aux grands domaines de prévention et de dépistage comme le dépistage du cancer colorectal, le frottis cervico-utérin et la vaccination antigrippale ? \*

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément

RETOUR

SUIVANT

Page 4 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Jugez-vous ce travail compatible avec leurs tâches habituelles ? \*

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Complètement

RETOUR

SUIVANT

Page 5 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.



## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Avez-vous trouvé ce travail utile au dépistage et à la prévention ?

\*

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément

RETOUR

SUIVANT

Page 6 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Avez-vous trouvé que vos patients vous posaient davantage de questions relatives au dépistage et à la prévention ? \*

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément

RETOUR

SUIVANT

Page 7 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

\*Obligatoire

Avez-vous trouvé que ce travail a eu un impact sur les volumes d'actes de dépistages et de prévention de votre pratique ? \*

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Énormément

RETOUR

SUIVANT

Page 8 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## Thèse : "Devenez acteur de votre santé" (questionnaire médecins)

A votre avis, comment serait-il possible d'augmenter les volumes d'actes de dépistages et de prévention en impliquant les secrétaires médicaux ?

Votre réponse

RETOUR

ENVOYER

Page 9 sur 9

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

## **ANNEXE 15 : Lettre d'information destinée aux patients**

Objet : Lettre d'information destinée aux patients pour une participation à une thèse de médecine générale

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude sur le thème de la prévention.  
Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Il s'agit d'un travail de thèse en collaboration avec la CPAM des Vosges, réalisé par Tiphaine HUANT, interne de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy, visant à promouvoir les actes de dépistage et de prévention.

Le (la) secrétaire médical(e) de votre médecin vous a remis ce jour une ou plusieurs brochures d'informations.

Vous pouvez, de manière tout à fait facultative, transmettre au (à la) secrétaire médical(e) votre numéro de téléphone grâce au formulaire joint afin de pouvoir être contacté par l'interne de médecine générale d'ici quelques semaines pour répondre à un questionnaire de satisfaction.

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle.

Seuls l'interne de médecine générale et le (la) secrétaire médical(e) pourront avoir accès à ces données. À l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par l'interne de médecine générale pour une durée de 4 mois. À la fin de cette période, les données vous concernant seront supprimées.

Vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès, de rectification et de suppression (en cas d'arrêt de votre participation) des données vous concernant auprès du (de la) secrétaire médical(e) conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le (ou la) secrétaire médical(e) de votre médecin.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

**(Formulaire à conserver)**

## **ANNEXE 16 : Recueil du consentement des patients**

Consentement pour la participation à une thèse de médecine générale sur le thème de la prévention

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'ai bien compris que ma participation à cette thèse de médecine générale est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Je reconnais avoir été informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, j'ai un droit d'accès, de rectification et de suppression des données me concernant. Je peux exercer ce droit à tout moment auprès du secrétaire médical qui m'a remis la lettre d'information et le présent formulaire de consentement.

J'accepte de participer à cette thèse et d'être contacté(e) par téléphone, dans un mois environ, par l'interne de médecine générale.

DATE : .....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : .....

Signature :

**(Formulaire à remettre au secrétaire médical)**

## **ANNEXE 17 : Questionnaire téléphonique à destination des patients**

- Vous souvenez-vous de la / des brochure(s) que le ou la secrétaire du cabinet médical vous a remise(s) il y a un mois ?
  - oui / non

Si oui

- Avez-vous trouvé les informations de la brochure utiles ?
  - oui / non
- En avez-vous parlé à votre médecin ?
  - Oui / non
- Avez-vous ou allez-vous pratiquer ces actes de dépistages ou vaccination ?
  - oui / non / je ne sais pas

VU

NANCY, le **12 mars 2018**  
Le Président de Thèse  
Médecine

NANCY, le **12 mars 2018**  
Le Doyen de la Faculté de

**Professeur Jean-Luc OLIVIER**

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10211

NANCY, le **15 mars 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

**Objectif** : Création et évaluation d'une action-formation impliquant les secrétaires médicaux dans le but de promouvoir la prévention en médecine générale dans les Vosges. Trois domaines de prévention ont été choisis : le dépistage du cancer colorectal, la vaccination antigrippale et le dépistage du cancer du col de l'utérus.

**Méthode** : Étude interventionnelle auprès des secrétaires par l'intermédiaire d'une formation leur permettant de remettre de manière ciblée aux patients des brochures d'informations à propos des trois domaines de prévention choisis. Les patients auront été préalablement sollicités en salle d'attente par une affiche les incitant à venir se renseigner auprès des secrétaires. Des questionnaires de satisfaction à l'intention des médecins, des secrétaires et des patients ainsi qu'un comptage des brochures distribuées ont été réalisés à la fin de l'étude.

**Résultats** : 26 médecins ont participé avec 15 secrétaires médicales. 15 brochures distribuées, 7 patients participants. 92.9% des médecins ont trouvé la formation utile mais 57.1% n'ont pas retrouvé d'impact sur le volume d'actes de prévention. 78.6% des secrétaires pensent que leur implication peut améliorer l'adhésion des patients. 100% des patients se souviennent des brochures.

**Conclusion** : L'adhésion des médecins et des secrétaires a été unanime et forte. Ils ont conscience du rôle pivot du secrétaire dans l'interaction avec le patient. L'impact réel sur la prévention n'a pas pu être démontré. L'affichage ne semblait pas avoir été compris par les patients. Il semblerait judicieux d'étudier d'autres pistes, notamment en déléguant davantage de tâches auprès des secrétaires qui pourraient intervenir directement auprès des patients.

---

**TITRE EN ANGLAIS** : Creation and evaluation of an action-training involving medical secretaries in order to promote prevention in general medicine in Vosges.

---

**THÈSE** : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2018

---

**MOTS CLÉS** : secrétaire médicale, formation, prévention.

---

**INTITULÉ ET ADRESSE** :

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**  
**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY

---