



HAL
open science

Création et évaluation d'un tutoriel permettant la mise en place d'alertes contextuelles sur les principaux logiciels médicaux en médecine générale afin de promouvoir la prévention dans les Vosges

Adrien Leclerc-Freihuber

► To cite this version:

Adrien Leclerc-Freihuber. Création et évaluation d'un tutoriel permettant la mise en place d'alertes contextuelles sur les principaux logiciels médicaux en médecine générale afin de promouvoir la prévention dans les Vosges. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297685

HAL Id: hal-03297685

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297685>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Adrien LECLERC-FREIHUBER

Le 20 Mars 2019

**CRÉATION ET ÉVALUATION D'UN TUTORIEL PERMETTANT LA MISE EN
PLACE D'ALERTE CONTEXTUELLES SUR LES PRINCIPAUX LOGICIELS
MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE AFIN DE PROMOUVOIR LA
PRÉVENTION DANS LES VOSGES**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Nicolas JAY
Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN
Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER
Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ

Président
Juge
Juge
Juge et directeur

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Adrien LECLERC-FREIHUBER

Le 20 Mars 2019

**CRÉATION ET ÉVALUATION D'UN TUTORIEL PERMETTANT LA MISE EN
PLACE D'ALERTE CONTEXTUELLES SUR LES PRINCIPAUX LOGICIELS
MÉDICAUX EN MÉDECINE GÉNÉRALE AFIN DE PROMOUVOIR LA
PRÉVENTION DANS LES VOSGES**

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Nicolas JAY
Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN
Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER
Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ

Président
Juge
Juge
Juge et directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

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

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

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

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 - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - 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 - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

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

2° sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3° sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : (Nutrition)

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

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

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

3° sous-section : (Immunologie)

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

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

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

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

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

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

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

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

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

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} 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

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

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

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1° sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1° sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1° sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1° sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1° sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (Génétiq ue)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

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

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur

Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - 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)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

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

A mon Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Nicolas JAY

Professeur de biostatistiques, informatique médicale et des technologies de communication

Je suis honoré que vous ayez accepté la Présidence de mon Jury de Thèse.

Je vous remercie de votre confiance et de votre aide dans la réalisation de ce Travail qui, je l'espère, retiendra tout votre intérêt.

Veillez retrouver par ces lignes et par ce travail l'expression de mon plus grand respect.

A mon Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

**Professeur d'épidémiologie, d'économie de la santé et de
prévention**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse avec un enthousiasme sincère.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Luc OLIVIER

Professeur de biochimie et biologie moléculaire

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de participer à mon travail en jugeant cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect et ma sincère reconnaissance.

A mon Maitre, 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 confiance placée en moi m'a permis de trouver les ressources nécessaires à l'accomplissement de ce travail.

Cela m'a pris un peu de temps mais tu as toujours été présent, que ce soit par des conseils ou des encouragements et cela m'a permis de me dépasser et d'approfondir mes réflexions à la recherche d'un travail le plus complet possible.

Merci.

A mes Maîtres d'internat qui ont participé à ma formation :

Monsieur le Docteur Saad BOUSSOUF ainsi que ses confrères et consœurs, Monsieur le Docteur Didier HENRY, Madame le Docteur Hanaa CHAMMAS, Monsieur le Docteur Parfait NTSIKOUBAKA, Monsieur le Docteur Samer HAWAT du service de la Maternité de l'hôpital de Remiremont.

Monsieur le Docteur Bernard THIEL, ainsi que ses confrères et consœurs, Monsieur le Docteur Pierre RENAUD, Monsieur Stamatios EXARCHOS, Madame le Docteur Katy DIDIER-PETIT du service de cardiologie de l'hôpital de Remiremont.

Monsieur le Docteur NACE, ainsi que ses confrères et consœurs, Monsieur le Docteur Aurélien BUESSLER, Monsieur le Docteur Yassine ZIOUECH, Madame le Docteur Elsa , Monsieur le Docteur Adrien BASSAND et les praticiens du Service d'Accueil des Urgences du CHU NANCY.

Messieurs les Docteurs JUPIN, DUEZ, REMOND, CLERGET, médecins généralistes dans les Vosges qui m'ont accueilli au sein de leurs cabinets.

Messieurs les Docteurs Zola BAVELELE, Yann VALENTIN, Nesma ZADHOUR du service de pneumologie de l'hôpital de Remiremont.

Messieurs et Mesdames les Docteurs Isabela MINTICI, Jacques HOTTON, Gregory LEVTEROV, Richard GOUTORBE, Karine THOMES, Christelle DAVID-THIOLIERE, Isabelle MAURIOT, Boubacar DIALLO, Mabrouk BENGRINA, Florina CATA, Simona GAGA, Stéphanie CHEVALIER, Mazen CHAMMAS, Yasser KARAM, Fouad BENBOUZIANE, Rabah HAMMI de l'hôpital de Remiremont.

Merci pour vos enseignements au quotidien lors de ces 3 années d'internat. Merci pour les différents aperçus de vos pratiques.

Merci de m'avoir guidé tout au long de cet apprentissage initial qui continuera longtemps.

Merci de votre présence.

J'espère avoir été digne de votre confiance et j'espère honorer au quotidien vos travaux.

A l'ensemble des équipes paramédicales et des équipes administratives avec qui j'ai eu l'honneur et le plaisir de travailler et sans qui rien n'est possible.

Aux médecins des différents cabinets qui m'ont aidé en donnant de leur temps pour la réalisation de ce travail, je vous remercie sincèrement et vous prie d'accepter ma sincère reconnaissance ; le docteur AMOGHLY, le

docteur JUPIN, le docteur POYETON, le docteur BERBE, le docteur CLERGET, le docteur CHEVALIER, le docteur SCHLIENGER, le docteur VERCOUTRE-SCHLIENGER, le docteur FLEURENCE, le docteur VOYDEVILLE, le docteur DURUPT, le docteur ASPER, le docteur SCHMIDT, le docteur VENTAJA, le docteur LECLERC, le docteur NATAF, le docteur COLIN, le docteur SCHMIDT, le docteur THERY, le docteur GUERY, le docteur FUMEX, le docteur EDLINGER, le docteur ARNOULD, le docteur ZIMMERMANN, le docteur GIANFELICE, le docteur BEIN, le docteur FERRETTI, le docteur ROBERT, le docteur ROBERT, le docteur LOPES-HEYMONET, le docteur FORM-BOSMENT, le docteur LETERTRE, le docteur FROSSARD.

Aux secrétaires médicales, toujours présentes pour faire face : Tatiana, Sandrine, Agnès, Angélique, Sylvie, Fatima.

A Madame Delphine MIRE, merci pour votre aide et votre support inconditionnel dans la réalisation de ce travail.

Merci à l'ensemble de la CPAM des Vosges pour sa disponibilité.

A mes co-internes et amis, car on en a fait des choses ensembles, on en a fait de la route mais on a aussi un peu travaillé, Jonas, Victor, David, Paul-Émile, Chloé, Christopher, François, Guillaume, Sandra, Caroline, Florian, Tiphaine.

Merci.

À Bib et Sorc : Merci pour toutes ces années passées à vos côtés. Du délire à l'état pur. Il n'y aurait pas assez du volume de cette thèse pour citer toutes nos aventures mais quel plaisir de vous connaître.

À Chris : Tout a commencé un week-end en Passat, et maintenant on construit ensemble un véritable empire immobilier. Merci d'avoir été là et toujours partant pour...tout.

À Jeajea : Je t'ai connu IFMSA, tu m'as toujours surpris par ta facilité à te sortir de tout. Malgré toutes les épreuves, tu sais rester souriant et ta gentillesse n'a d'égal que ta rapidité sur Opoualand.

À Tiphaine et Florian : Qui aurait cru que de tuteurs en P2 nous passerions à confrères et consœurs de Vallée de la Haute Moselle en Vosgie.. Pas moi en tout cas. Mais c'est un plaisir de collaborer avec vous au quotidien. Dans les aventures qui nous attendent, comptez sur moi.

À Chloé et Paul-Émile : Remercions notre maquette, le CH Remiremont et surtout Jérôme pour ces mois passés ensemble. La suite sera sûrement plus sérieuse avec du sanglier, du vélo et quelques bières mais n'en restera pas moins sincère.

À Chouchou : Une belle bête, un grand cœur, un grand canapé, et 5 saisons digérées à l'aide d'une bonne bouteille. Merci.

Aux amis : Tout ceux que je ne vois plus, nous nous sommes éloignés géographiquement mais ainsi va la vie. L'essentiel pour moi est de savoir qu'en cas de problème ou en cas de besoin il suffira d'un rien pour se retrouver, se contacter, s'aider. Pour moi, telle est l'amitié. La distance ne prévaut pas contre les souvenirs. Merci à Serge, Anne-Cécile, Matthieu, Natacha, Xavier, PH, Baz, Julien, PO, Marion, Justine, Aurélie, Martin (joli prénom..). Merci pour tout, tous les moments passés ensemble, même ceux que l'on a oublié, merci d'avoir refait le monde plus de fois que je ne saurais le dire, merci pour les grands projets montés ensemble ; merci de m'avoir fait grandir à vos côtés.

À Brice : En voilà un grand monsieur, un homme sage. La première fois que je t'ai vu, tu marchais tel Lucky Luke avec tes lunettes RayBan et tu te la racontais à fond...Est-ce bien cette version ? J'ai inversé ? Alors après Monsieur était là pour faire du jogging, monsieur était là pour dépouiller les petits vieux au téléthon, monsieur proposait de réviser autour de saucissons, fromages et vins... Mais bon, comment lui en vouloir lorsqu'on propose soi-même les mêmes insanités.. ? Alors tant pis, les amitiés naissent aussi comme ça. Et cette homme sage que tu es devenu est ainsi devenu le parrain de mon fils, celui qui se déplace lorsque bébé souffre d'une pneumopathie... « Faites des gosses » qu'ils disaient. Alors merci d'avoir été toujours présent. Merci.

À Papa : Merci de m'avoir soutenu, épaulé, guidé, aidé, écouté (oui je parle beaucoup surtout au téléphone..) depuis toujours. De la rue des Tiercelins à la rue des Parmentiers, l'évolution fut grande et l'amour sans faille. Ah j'en ai fait des bêtises, mais tu as toujours su me remettre en place et me relever pour que je

prenne le bon chemin, celui que je souhaitais, celui de mon bonheur. Tu as su trouver les mots lors des déroutes, trouver les mots lors des gloires et ainsi favoriser une mise sur orbite raisonnée. De la douce folie dans la raison. Terre à terre ? Non, juste une logique cartésienne. Merci d'être là.

Je t'aime.

À Julie : Merci d'exister, merci pour ta présence et ton regard sur le monde. Ce regard doux, ce regard bienveillant et innocent que tu portes en toi. Sauf quand tu fais la gueule mais bon.. J'espère que tu sauras transmettre cette douceur à ton filleul. Juste la douceur, pas le caractère de cochon sous-jacent bien sûr.

À Laetitia : Merci d'avoir su faire sourire papa, merci de l'accompagner au quotidien, il est perdu sans nous alors merci du fond du cœur. Merci de tenir à nous sincèrement. Merci pour ta folie, merci pour tes idées délirantes qui font que le quotidien est un peu plus réjouissant.

À Mamie, Pépère, Cachou, Victor : Merci pour votre soutien tout au long de ces années, merci pour la fierté dans votre regard, merci de m'avoir hébergé alors que mon destin vosgien se dessinait, merci d'avoir été présents et de m'avoir guidé depuis toujours. Merci pour les tartines au miel, merci pour les premières fois : assistant navigateur en mer, en l'air, sur rails, sur route. Merci pour Rudy et la vie plus belle. Merci pour votre encadrement. Je vous aime.

À Mamie, Papi, Anne, Pascal, Caroline et Mathieu : Merci de m'avoir toujours soutenu, merci de m'avoir accueilli en vacances. Merci de m'avoir appris tellement de choses sur la rigueur militaire, sur la gentillesse du fonctionnaire. J'ai en tête les rigolades, les sapins de Noël, les cuisses de grenouille, les mayonnaises et tellement d'autres souvenirs. Je vous aime.

À Laurence, Patrick, Florine, Lucile, Nicolas : Merci de m'avoir accueilli parmi vous, dans votre famille. Merci d'avoir su me guider vers de nouveaux objectifs avec gentillesse et proximité. Merci d'être présents au quotidien.

À Mélanie : à toi mon cœur, à toi mon amour. Les projets naissent à chaque instant et c'est ensemble que nous continuons de grandir pour mon plus grand plaisir. Tu as été présente dès le début, tu as su m'aider dans mes démarches, être une oreille attentive, être une aide essentielle. Sans toi à mes côtés je n'en serais pas là et c'est pour cela que je t'aime. À nous d'aider Mathis et Martin à bien grandir et de les rendre fiers de nous comme nous d'eux. Je vous aime.

À Maman : De la haut que penses-tu ? D'ici-bas, je pense à toi chaque jour. Ton amour, ta force, ta gentillesse au quotidien m'ont probablement amené jusqu'à ce point. Les larmes m'envahissent au moment d'écrire ces quelques mots.. De très simples mots qui ne sauraient se suffire à eux-mêmes tant les souvenirs sont intenses.. J'espère simplement que tu es fière de nous.

Je t'aime.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

INTRODUCTION	20
1) SITUATION ACTUELLE	21
A. <i>La prévention</i>	21
B. <i>Rôle du médecin généraliste dans la prévention</i>	22
C. <i>Les limites actuelles de la prévention</i>	24
D. <i>Naissance du projet</i>	25
2) TRAVAIL DE THÈSE :	31
ARTICLE	32
Envisager une utilisation plus efficace des logiciels de soins primaires pour répondre aux besoins des patients en matière de prévention.....	32
<i>Résumé</i>	33
INTRODUCTION	35
MÉTHODES	36
RÉSULTATS	38
A. Inclusion	38
B. Analyse statistique	39
C. Impact immédiat sur les pratiques	49
DISCUSSION	50
A. Limites de l'étude	50
B. Prévention et logiciels	52
C. Points forts de l'étude	53
D. Perspectives	55
3) CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	62
<i>Imprimatur</i>	95

ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AVODECA : Association Vosgienne de Dépistage des Cancers

CAE : Communauté d'Agglomération d'Épinal

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CIS : Conseiller Informatique et Service

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RSI : Sécurité Sociale des Indépendants

SPI-EAO : Laboratoire de Santé Publique, Informations médicales et Enseignement multimédia Assisté par Ordinateur

TNM : Tumour Node Metastasis

INTRODUCTION

1) SITUATION ACTUELLE

A. *La prévention*

Que ce soit de manière historique, ou de manière actuelle avec les successions de plans Santé gouvernementaux ; la prévention tend à s'inclure dans le quotidien des médecins généralistes afin de permettre aux patients français l'intégration de la prévention comme une part entière dans leur prise en charge, que ce soit par des professionnels de santé, ou non.

Longtemps considéré comme premier rempart face à la maladie, le médecin généraliste, le médecin traitant, le médecin de famille, tend à devenir désormais le premier artisan de la non-maladie, l'artisan du vivre mieux afin d'éviter la survenue de maladies évitables, c'est donc de prévention primaire dont il s'agit ici.

La prévention est actuellement 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...(1-3).

La prévention est également devenue un véritable enjeu de santé publique comme l'explique la nouvelle agence nationale de santé publique, Santé Publique France (4). 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 » (5).

Les définitions de la prévention renvoient à une grande variété de termes et de concepts: informations, conseils, accompagnements, dépistages, éducation pour la santé (6). 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 et de promouvoir une vie saine, avec la mise en place de stratégies d'interventions adaptées aux besoins et aux possibilités de chaque pays (7).

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 » (8).

Nous pouvons ainsi faire une distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire (9,10) :

- 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 (cela correspond concrètement au 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 récurrences).

B. Rôle du médecin généraliste dans la prévention

Le médecin généraliste, à la faveur de sa relation longitudinale avec son patient et de son insertion dans le milieu familial, est un acteur privilégié des trois niveaux de la médecine préventive. Il est ainsi inscrit dans les fondements de la médecine générale que le médecin généraliste possède un rôle central dans la prévention (11).

L'Ordre des médecins inscrit dans le code de déontologie médicale actualisé en 2017 que le médecin exerce sa mission au service de l'individu et de la santé publique. Ce

code en fait donc un des rôles majeurs et prioritaire du médecin de manière générale (12).

Un travail a également été fourni au Département de Médecine Générale de Toulouse en 2009 à propos du rôle du médecin généraliste en matière de prévention. Il relevait les caractéristiques importantes concernant le rôle du médecin généraliste. Le médecin généraliste est le premier accès au système de soins pour les patients, de par ses facilités d'accès mais aussi par son approche orientée sur l'individu, la famille et la communauté. Le médecin généraliste, tout en étant responsable de la continuité des soins fournis à son patient, doit faire face à des problématiques aiguës sur un terrain chronique. Il doit enfin permettre d'intervenir au stade précoce et non différencié des maladies par le développement de la promotion et de l'éducation de la santé par ses interventions appropriées et efficaces. Cela passe par des actions spécifiques et ciblées en terme de santé publique (13).

L'élément essentiel qui permet d'agir en médecine générale est la proximité des médecins généralistes avec les patients et surtout la confiance des patients dans leur praticien. Ce dernier est souvent connu depuis de nombreuses années, voire depuis l'enfance et il représente cet intervenant à qui l'on s'est livré plus d'une fois, qui connaît non seulement la maladie mais aussi les orientations du patient, les problématiques familiales ou professionnelles et c'est cet intervenant qui, par son discours lors de consultations épisodiques peut délivrer des conseils et entraîner des changements si besoin, afin de promouvoir la prévention primaire. Les bénéfices ressortant de telles démarches ne feront ainsi que renforcer la confiance mutuelle (14,15).

La médecine générale a entamé une profonde mutation sous l'effet conjugué de nombreux facteurs. Une étude a été commanditée en 2005 par l'Union des Médecins Généraliste de Rhône-Alpes et le CRAES afin de mener une réflexion sur l'évolution des attentes des praticiens installés, des futurs praticiens et des patients. Il en est ressorti notamment que les patients regrettent et attendent des médecins généralistes qu'ils interviennent plus dans le champ de la prévention. Les patients souhaiteraient que le praticien profite du temps de consultation pour aborder d'autres domaines et notamment la prévention.

Dans cette étude, on relève que 95% des personnes interrogées qualifient la relation avec leur médecin généraliste de relation de proximité. Les personnes interrogées souhaiteraient voir à 76% leur médecin généraliste aborder d'autres sujets que les motifs de consultation. Et parmi ces 76%, on retrouve un souhait d'aborder la prévention à 79% ; le dépistage à 70% et la vaccination à 53% (16).

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, il souhaite obtenir des informations sur le problème de santé, une écoute, une

clarté des explications délivrées. Les patients souhaitent jouer un rôle actif, partager les décisions en toute connaissance de cause et obtenir plus d'informations claires sur les possibilités données (17).

Le Plan Cancer 2014-2019 déclare vouloir 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 (5).

Mieux vaut prévenir que guérir.

C. Les limites actuelles de la prévention

Il s'agit là d'une recommandation que notre système de santé est loin d'appliquer. Trop centré sur le curatif, il peine encore à réduire la prévalence de maladies qui, comme le sida, le cancer du poumon ou l'obésité, pourraient le plus souvent être évitées (18).

La prévention est ainsi décrite comme le « maillon faible de notre système de santé ».

Une revue de la littérature relevait en 2015 des marqueurs tant alarmants que précieux pour le futur, mettant ainsi en avant des axes éventuels d'actions de santé publique. Ainsi, la mortalité dite « prématurée » - survenant avant 65 ans - est toujours plus de deux fois supérieure chez les hommes que chez les femmes. Et dans ce groupe de mortalité « prématurée », il a été mis en évidence des indicateurs sur la mortalité « évitable » liée aux pratiques de prévention primaire qui permettraient d'éviter près de 36% de la mortalité prématurée chez les hommes et 23% chez les femmes (19–21).

En 2010, c'est en France que l'on observait chez les hommes le taux de mortalité évitable le plus élevé parmi les 28 pays européens.

D. *Naissance du projet*

C'est dans ce contexte de volonté de développement de la prévention en soins primaires qu'est né ce projet.

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

Parmi les différents projets créés, il a été entrepris un travail d'optimisation des logiciels utilisés quotidiennement pour les dossiers médicaux des patients, afin de permettre aux praticiens de mettre en place des rappels ciblés de manière automatique selon les catégories de patients.

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 entrant dans la catégorie du dépistage organisé ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au frottis cervico-utérin entrant dans la catégorie du dépistage individuel ;
- Et enfin, la vaccination antigrippale qui concerne la prévention saisonnière.

1. *A propos de la vaccination antigrippale en France*

Les derniers chiffres actualisés de l'hiver 2017-2018 ont montré une épidémie grippale de 4 mois, période durant laquelle on notait 2,4 millions de consultations pour syndrome grippal, pas loin de 76000 passages aux urgences, près de 10000 hospitalisations entraînant au total 13000 décès attribués à la grippe. Seulement 45,6% des personnes à risque étaient vaccinés.

Devant ces chiffres effrayants, et en considérant qu'il existe un vaccin élaboré chaque année afin d'éviter la transmission de ce virus de la grippe et pouvant donc limiter les complications notamment respiratoires chez les patients dits vulnérables, la CPAM invite donc les patients à se faire vacciner gratuitement contre la grippe (22).

L'épidémie de grippe en France survient chaque année au cours de l'automne et de l'hiver et touche entre 2 et 6 millions de personnes. Dans ce contexte, plus de 90% des décès surviennent chez les personnes de plus de 65 ans. Ainsi, la vaccination concerne les personnes fragilisées et à risque de complication telles que les personnes âgées, les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, les femmes enceintes et les personnes obèses. Ce vaccin permet de réduire le risque d'être contaminé par la grippe et de réduire le risque de faire des formes graves de la grippe (23).

La grippe en circulation pouvant potentiellement être mortelle chez certains groupes de populations et s'agissant d'un problème majeur de santé publique, l'Organisation

Mondiale de la Santé (OMS) est également impliquée dans la production du vaccin selon les souches. Elle actualise régulièrement les recommandations et suit la situation mondiale de la grippe, dans les hémisphères nord et sud afin de renforcer les capacités nationales et régionales en matière de diagnostic, surveillance, traitement et d'action de couverture vaccinale. La prise en charge par les acteurs de santé et de premier recours de la population est donc nécessaire (24).

Une des conséquences associées de ces épidémies de grippe est la répercussion financière et l'impact économique majeur sur la société alors qu'un vaccin peut grandement limiter ce retentissement.

Une diminution de la couverture vaccinale est actuellement observée. Cela montre notamment un manque de confiance dans le vaccin antigrippal. Ce manque de confiance pourrait sûrement être pallié, du moins en partie, par des échanges entre praticiens et patients et une communication renforcée (25).

Selon la Société Française de Microbiologie qui a commandité un Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe, le coût direct moyen d'un cas de grippe traité exclusivement en ambulatoire varie de 28€ à près de 70€ pour les cas plus compliqués. Mais à ce coût direct, s'ajoutent notamment les indemnités journalières, les pertes de production occasionnées par les arrêts de travail, les coûts liés aux hospitalisations. Les arrêts de travail représentent près de la moitié du coût global des épidémies de grippe (26).

Un rapport de 2005-2006 évalue le coût direct de l'épidémie de grippe à 103 millions d'euros, entièrement financé par les charges sociales, la cotisation à une mutuelle, un paiement direct ou par l'impôt (26).

Un exemplaire du bon de prise en charge distribué par la CPAM est disponible en Annexe 2.

Les recommandations pour le vaccin antigrippal sont disponibles en Annexe 3 (27).

2. *À propos du dépistage du cancer colorectal en France*

Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France.

Le cancer colorectal touche chaque année près de 45000 personnes en France. Il est responsable de 18000 décès par an (28,29).

Chez l'homme, 9 300 décès liés à ce cancer ont été estimés en 2017 (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 [8 200 décès]).

Chez la femme, 8 400 décès liés à ce cancer ont été estimés en 2011 (le cancer du sein avec 12 000 décès étant la première cause de décès par cancer et le cancer du poumon la deuxième cause [10 200 décès]) (30).

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 (30,31).

Ce qui démontre l'intérêt d'un dépistage précoce. Près de 95% des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans, chez les hommes comme chez les femmes. C'est pourquoi le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent ni symptôme ni facteur de risque particulier (32).

Il a ainsi comme 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 % (33).

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 (34).

Sur la période allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017, la population éligible au programme était estimée à 16,8 millions de personnes. Près de 5,6 millions ont réalisé le test, soit un taux de participation de 33,5% (35). Il s'agissait de la version 2 du test Hémocult. Cette version permettait une amélioration de l'impact, de la faisabilité et une meilleure efficacité et sécurité de ce programme de dépistage en comparaison de la version I (36).

La participation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (34,7 % vs 32,1 %) et augmente avec l'âge.

Les taux de cancers colorectaux détectés par le programme représentent 2,9 ‰ des personnes dépistées (soit 4279 cas de cancers détectés) en 2016-2017.

Les taux d'adénomes avancés détectés par le programme représentent 12,1 ‰ des personnes dépistées (soit 16 974 cas d'adénomes avancés) en 2016-2017 (37).

Cette participation est stable mais 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% (38).

La participation de 2015-2016 était de 34,5% dans la région Grand Est (de 29 à 40% selon le département et 35,8% dans les Vosges), 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 (39).

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 4 (31).

3. *A 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 (40).

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. Ainsi, 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.

C'est dans la zone de remaniement pavimentaire du col de l'utérus que débute la majorité des cancers du col de l'utérus. Le processus débute par un stade micro-invasif, invisible à l'œil nu et qui ne peut être diagnostiqué qu'après examen histologique d'un échantillon de tissu provenant d'une biopsie.

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 (40).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin. Il permet de détecter à la fois les cancers débutants et les lésions précancéreuses.

En complément, l'inspection visuelle des organes génitaux externes et l'examen au spéculum constituent les deux éléments principaux d'un examen gynécologique dans le cadre du dépistage de ce cancer (40).

Tout frottis cervico-utérin anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques complémentaires. Le dépistage est préconisé entre 25 et 65 ans chez les femmes éligibles, vaccinées ou non contre la papillomavirus.

Chaque année en France, près de 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont détectés et environ 1100 femmes décèdent des suites de cette maladie (41).

Parallèlement, 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 (42).

Actuellement, le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin est d'environ 60 %. Il est marqué par d'importantes inégalités de recours (fonction de l'âge, de la situation géographique, économique et culturelle).

Ce cancer est l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution et avec un impact démontré du niveau socio-économique sur la mortalité (43).

L'analyse des données sur le taux de couverture du dépistage en France montre une disparité. L'adhésion au dépistage varie en fonction de l'âge et du régime de sécurité sociale des femmes mais aussi entre les départements.

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 (40).

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 (40).

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 (5), bien loin des 60% actuels de taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le Plan Cancer 2014-2019 prévoit de généraliser le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur le territoire national à partir de 2018.

Au niveau du Grand Est, c'est l'association EVE, située sur le territoire alsacien, qui a été retenue pour le mettre en œuvre sur la région (44). Elle assure la promotion et la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus depuis plus de 20 ans (41).

Les critères d'éligibilité ou de non éligibilité au dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus sont disponibles en annexe 5 (40).

2) TRAVAIL DE THÈSE :

L'enjeu pour les années à venir est donc d'incrémenter les objectifs de Prévention grâce à des programmes rendus plus efficaces et accompagner les praticiens afin de les aider dans cette tâche médicale primordiale mais pouvant toujours paraître plus ou moins chronophage.

Le but de ce travail de thèse était de créer et d'évaluer un tutoriel permettant la mise en place d'alertes contextuelles dans des domaines de prévention choisis en collaboration avec la CPAM des Vosges.

Ce travail de thèse a été rédigé sous forme d'article.

L'article a été formulé selon les recommandations aux auteurs de la revue *Exercer* afin de permettre une soumission en article original. Les recommandations aux auteurs de la revue *Exercer* sont disponibles en Annexe 1. L'article a été soumis le 19 février 2019.

Ce travail de thèse a également fait l'objet de quelques modifications structurelles afin de permettre la soumission au Congrès WONCA Europe 2019. L'abstract a été déposé le 28 décembre 2018. Une copie de l'avis de soumission et de l'abstract déposé sont disponibles en Annexe 6 et à la page 34.

ARTICLE

Envisager une utilisation plus efficace des logiciels de soins primaires pour répondre aux besoins des patients en matière de prévention.

Étude interventionnelle auprès de praticiens départementaux.

Résumé

OBJECTIF = Création et évaluation d'un tutoriel permettant la mise en place d'alertes contextuelles dans des grands domaines de prévention sur les principaux logiciels médicaux en médecine générale afin de promouvoir la prévention dans les Vosges. Trois domaines de prévention ont été mis en avant : les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, et la vaccination antigrippale.

METHODE = Étude interventionnelle auprès de praticiens vosgiens. La première étape était la réalisation d'un tutoriel pour les trois logiciels médicaux les plus utilisés dans les Vosges. L'évaluation se faisait ensuite via des questionnaires sur deux groupes d'utilisateurs des trois logiciels après présentation du tutoriel. Un groupe avec évaluation d'une intervention physique (auteur ou intervenants informaticiens) et un groupe avec une intervention téléphonique.

RESULTATS = 114 praticiens utilisant les logiciels ciblés ont été contactés. 49 praticiens ont accepté de répondre aux questionnaires d'évaluation. 51% des praticiens interrogés ont utilisé le tutoriel pour mettre en place des alertes. 79% des praticiens interrogés trouvaient leur logiciel adapté à la prévention mais 81% souhaiteraient qu'une aide à l'utilisation de leur logiciel soit proposée par les éditeurs. 33% des praticiens ont estimé que cet outil leur permettait de dépister des patients qui auraient pu échapper à ces phases de prévention.

CONCLUSION = L'impact réel sur la prévention n'a pu être démontré statistiquement mais a été déclaré subjectivement par les praticiens. Ils relèvent majoritairement la nécessité de formations complémentaires et professionnelles par les éditeurs. Cela pourrait être une piste d'amélioration des chiffres de prévention.

Mots-clés : Logiciel, Prévention, Médecine Générale, Promotion de la Santé.

Looking into a more effective use of software in primary care to cater to patients' needs as regards preventive healthcare.

Abstract

OBJECTIVE = Create and assess a tutorial over the implementation of context-aware alerts within the main medical software programs for general medicine. Three fields of prevention have been highlighted : the screening of cervical and colorectal cancers, as well as the influenza vaccination.

METHOD = Intervention studies alongside practitioners in the Vosges area (North-Eastern France). The first stage was to set up a tutorial for the three most common medical software programs in the Vosges. Two groups were involved : the first one with a human intervention (i.e. computer scientists) and the second through a telephone intervention. The assessment was carried out via questionnaires the two groups of users had to fill in once the interventions over.

RESULTS = 114 practitioners using the targeted software were contacted. 49 practitioners agreed to answer the survey. 51% of the practitioners interviewed used the tutorial to implement alerts. 79% of the practitioners interviewed found their software suitable for prevention, while 81% would like to get backup from publishers to use the software. Finally, 33% of the practitioners felt that the tool allowed them to detect patients who might have otherwise slipped through these early warning signs.

CONCLUSION = The actual impact on prevention could not be statistically proved in light of this study. Nonetheless, it showed that professional software programs remain real and trustworthy tools in the field of prevention. Most practitioners expect further professional training by publishers though. A better training would very likely improve prevention statistics.

KEYWORDS : Software, Prevention, General Practice, Health Promotion, Primary care policy.

INTRODUCTION

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (9).

La prévention est aujourd'hui au cœur des politiques de santé (45,46).

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 » (5). Malheureusement, la prévention est encore décrite comme « le maillon faible de notre système de soin » (18). Et il y a urgence : en effet, un tiers de la mortalité avant 65 ans pourrait être évitée avec la prévention (47).

Dans cette optique, la CPAM des Vosges a décidé de chercher des solutions d'amélioration de la prévention. Elle a mis en place des expérimentations visant à augmenter le volume d'actes de dépistage et de prévention, parmi lesquelles un travail d'optimisation des logiciels utilisés quotidiennement pour les dossiers médicaux des patients, afin de permettre aux praticiens de mettre en place des rappels ciblés de manière automatique selon les catégories de patients.

Concernant cette expérimentation visant à une utilisation plus performante des logiciels métiers, 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 entrant dans la catégorie du dépistage organisé ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus grâce au frottis cervico-utérin entrant dans la catégorie du dépistage individuel ;
- Et enfin, la vaccination antigrippale qui concerne la prévention saisonnière.

L'objectif de cette étude était la création et l'évaluation d'un tutoriel sur chacun des trois logiciels les plus utilisés par les médecins généralistes vosgiens.

Les tutoriels devaient permettre de créer des rappels sur des sous-groupes de population de patients en tenant compte des spécificités de chaque logiciel.

La diffusion auprès des praticiens se faisait par 2 modalités différentes : l'une présentielle qui consistait en une présentation du tutoriel par un intervenant ; l'autre par voie téléphonique. Une évaluation par le biais de questionnaires avait lieu 4 semaines après.

Nous posons l'hypothèse que les médecins généralistes vosgiens pourraient être intéressés par une optimisation de l'utilisation de leurs logiciels mais qu'il faudrait trouver des moyens de fluidifier cette utilisation.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude interventionnelle auprès de praticiens spécialistes en médecine générale officiant dans des cabinets individuels ou de groupes dans les Vosges.

L'étude a été réalisée conjointement avec le service rattaché à la prévention et au marketing de la CPAM des Vosges.

Un détail des actions menées par la CPAM Vosges est à retrouver en Annexe 7.

Logiciels

La CPAM disposait de la liste des logiciels utilisés par les médecins généralistes vosgiens, grâce notamment au recensement des logiciels de télétransmission.

On relevait ainsi dix-sept logiciels différents utilisés dans les Vosges au 18/06/2017.

Cette liste est disponible en Annexe 8.

Dans cette étude les 3 logiciels les plus utilisés par les praticiens vosgiens ont été retenus. Cette « borne » de 3 logiciels a été choisie car elle permettait de concerner près de 70% des utilisateurs. La liste est disponible en Annexe 9.

Les 3 logiciels les plus utilisés étaient AxiSanté, HelloDoc et MédiStory.

Le service informatique de la CPAM a permis l'accès à la liste des utilisateurs des différents logiciels après avoir levé l'anonymat pour cette étude. Une analyse de faisabilité a ainsi été réalisée auprès de trois cabinets de médecine générale, utilisant chacun un des trois logiciels cités.

Tutoriels

La réalisation des tutoriels fut possible grâce à l'obtention de manuels d'utilisation et à des forums d'aide en ligne (48–50). Ils furent ensuite validés en cabinet puis corrigés et diffusés auprès de la CPAM pour évaluation finale avant utilisation.

Les 3 tutoriels sont disponibles en Annexe 11.

Malgré l'appui d'un directeur général de CPAM, nous déplorons l'absence de contact probant avec les éditeurs de ces logiciels, que ce soit en début d'étude ou au cours de la réalisation des tutoriels.

Inclusion

Ont été inclus les médecins généralistes vosgiens utilisateurs des 3 logiciels visés par l'étude.

Un critère d'inclusion secondaire concernait l'activité actuelle, les praticiens devaient être toujours en activité de médecine générale et devaient accepter de participer à l'étude.

Les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier majoritaire ont été exclus.

Un classement aléatoire des utilisateurs de chaque logiciel a été réalisé. Ce classement obtenu était ensuite affecté aléatoirement par un *tirage aléatoire simple* permettant de diviser chaque listing en 2 parties distinctes correspondants aux interventions physique et téléphonique.

Questionnaires

La diffusion des tutoriels se faisait par deux types d'interventions. Une intervention physique réalisée par un Conseiller Informatique et Services ou les auteurs de l'étude. Une intervention téléphonique avec envoi d'un tutoriel par voie électronique.

Des questionnaires ont été élaborés afin de réaliser une évaluation initiale des pratiques et une évaluation finale après participation et utilisation des tutoriels.

Une copie des questionnaires est disponible en Annexe 13.

Dans cette étude, nous proposons aux praticiens des critères de dépistage visant les trois pathologies choisies par le biais d'un tableau à double-entrée.

Le tableau rendu disponible aux praticiens et utilisé par les intervenants est disponible en Annexe 10.

Période

L'étude se déroulait du 1^{er} juillet 2018 au 18 novembre 2018. Chaque praticien bénéficiait de 4 semaines entre l'entretien initial et l'évaluation finale. Les questionnaires étaient saisis en ligne au fil des entretiens par les intervenants grâce à l'outil Lime Survey. Il s'agit d'un logiciel mondial open source de sondages (51).

Une copie des questionnaires disponibles en ligne est visible en Annexe 13.

Le premier questionnaire permettait d'évaluer les pratiques à J0.

Le deuxième lien permettait une évaluation à J30 de l'intervention physique.

Le troisième lien permettait une évaluation à J30 de l'intervention téléphonique.

Analyse

Les données obtenues via Lime Survey étaient ensuite analysées par le service SPI-EAO de la faculté de médecine de Nancy. Nous avons pu réaliser une analyse descriptive des résultats ainsi qu'un travail de comparaison des types d'intervention et une comparaison des résultats. Nous avons travaillé avec le logiciel R, logiciel libre destiné aux statistiques (52).

Les tests statistiques utilisés comprenaient le test de Fisher exact dans le cadre d'une comparaison des distributions des logiciels et un test de chi-deux de comparaisons de distributions (chi-deux de Pearson) afin de comparer les différences obtenues de manière statistique.

RÉSULTATS

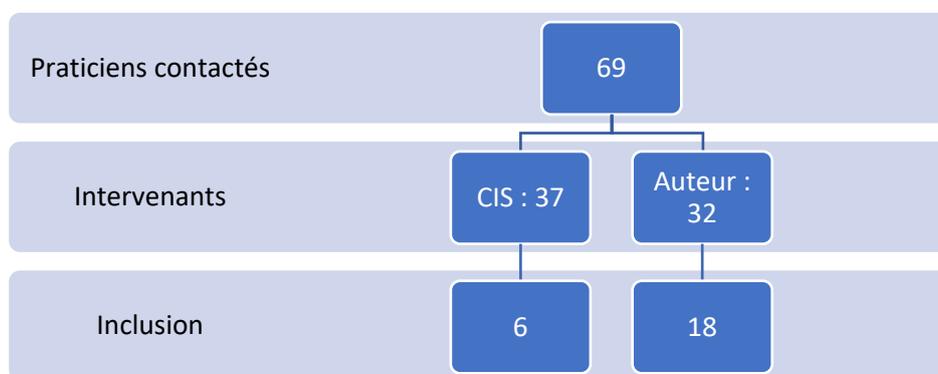
A. Inclusion

BRAS PRÉSENTIEL

Le bras d'évaluation physique comprenait une partie gérée par la CPAM. Ils ont contacté 37 praticiens. 13 praticiens ont accepté de participer de manière préliminaire. 6 ont été inclus finalement dans l'étude.

Au total, les CIS sont intervenus auprès de 6 praticiens sur les 24 praticiens inclus finalement dans l'étude sur le bras « présentiel ». Ils procédaient à l'évaluation initiale et finale.

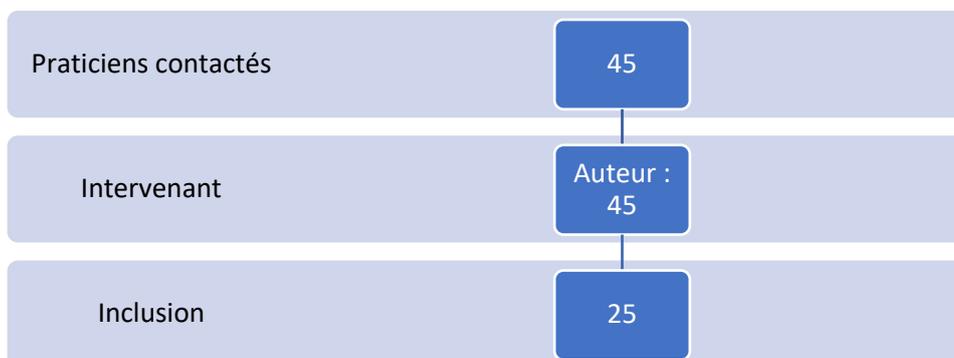
Les auteurs de l'étude ont inclus 18 praticiens. Ils procédaient à l'évaluation initiale et finale.



Étaient donc inclus 24 praticiens dans l'étude selon les critères d'inclusion.

BRAS TÉLÉPHONIQUE

Dans le bras d'évaluation téléphonique : 25 praticiens ont accepté de répondre à cette enquête. L'évaluation de ce bras se faisait par l'intermédiaire d'un questionnaire envoyé à la fois par courriel et par voie téléphonique, ceci afin de garantir un meilleur taux de réponse en s'adaptant aux plannings des praticiens. Les praticiens étaient tous favorables à cette étude.



B. Analyse statistique

Les figures citées sont disponibles en Annexe 15.

1. Descriptif des variables et des questions

a) Variables utilisées

La liste des variables utilisées dans cette étude est disponible en Annexe 14.

2. Logiciels utilisés

La question a été posée à J0, par téléphone et en présentiel.

Modalité de contact	AxiSanté	MédiStory	HelloDoc	NA
Présentiel	60.87 % (14)	21.74 % (5)	17.39 % (4)	(1)
Téléphone	40.00 % (10)	40.00 % (10)	20.00 % (5)	(0)
Ensemble	50.00 % (24)	31.25 % (15)	18.75 % (9)	(1)

Le logiciel AxiSanté est le plus utilisé par l'ensemble des personnes enquêtées et sur les enquêtés en présentiel. Il est autant utilisé que MédiStory dans l'échantillon des personnes enquêtées par téléphone. Le logiciel HelloDoc est quant à lui moins répandu.

a) Comparaison des distributions en présentiel et par téléphone

Afin de comparer si les distributions des logiciels sont identiques, un test de Fisher exact a été utilisé. (voir figure 1)

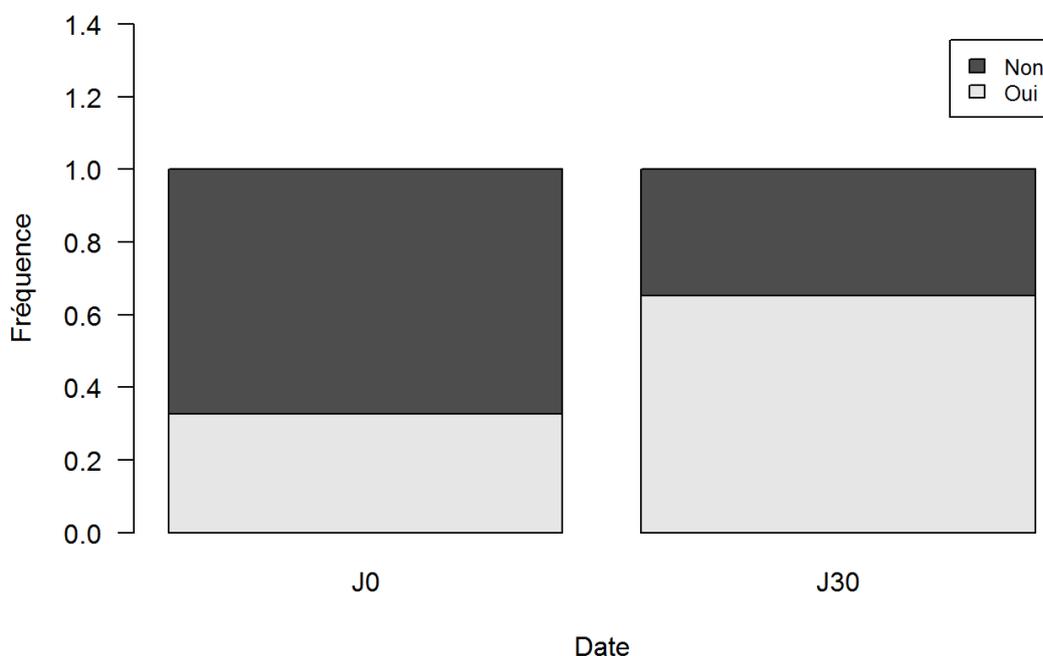
On ne note pas de différence significative ($p= 0,3245$) entre les répartitions des logiciels en présentiel et par téléphone.

3. Utilisation de la fonctionnalité des rappels

La question a été posée à J0 et J30, en présentiel et par téléphone.

a) Ensemble et comparaison J0 vs J30, toutes modalités confondues

**Utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels à J0 et J30
Ensemble**



Quelle que soit la modalité (présentiel ou téléphone) et dans l'ensemble, la non utilisation de cette fonctionnalité domine à J0. Cette tendance s'inverse à J30 et est accentuée dans l'échantillon d'enquêtés par téléphone. (voir figure 4)

Les données ne pouvant être appariées, un test de chi-deux de comparaisons de distributions est appliqué pour savoir si une différence significative peut être mise en évidence entre l'utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels à J0 et la fonctionnalité de mise en place de rappels à J30.

On constate une p-valeur de 0.001224

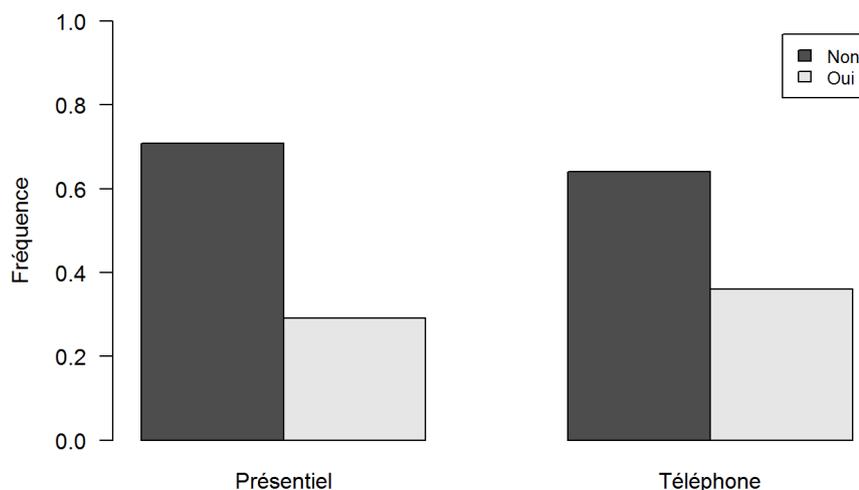
La différence est donc significative à un seuil inférieur à 0.05.

L'utilisation de la fonction de mise en place de rappels est significativement différente entre J0 et J30 (voir figure 2).

b) Au début de l'enquête

	Utilisent la fonctionnalité	N'utilisent pas la fonctionnalité
Présentiel	29.17 % (7)	70.83 % (17)
Téléphone	36.00 % (9)	64.00 % (16)
Ensemble	32.65 % (16)	67.35 % (33)

**Utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels à J0
Par modalité**



(1) Comparaison entre modalités à J0

Afin de comparer les proportions à J0 de l'utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels entre l'intervention téléphonique et l'intervention présentiel, un test de Fisher exact a été réalisé. p est ainsi égal à 0,7624 avec un odd ratio à 1,357376 selon l'hypothèse d'un odd ratio non égal à 1. (voir figure 3)

Ainsi, le test nous permet de conclure à l'absence de différence significative entre l'utilisation rapportée par l'intervention « présentiel » et par l'intervention « téléphone » à J0. Cela était attendu car une différence significative de l'utilisation initiale de la fonctionnalité des rappels à J0 aurait alors entraîné un biais dans la suite des résultats.

c) À la fin de l'enquête

	Utilisent la fonctionnalité	N'utilisent pas la fonctionnalité
Présentiel	50.00 % (12)	50.00 % (12)
Téléphone	80.00 % (20)	20.00 % (5)
Ensemble	65.31 % (32)	34.69 % (17)

(1) Comparaison entre modalités à J30

Afin de comparer les proportions, à J30, de l'utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels entre les deux modalités, un test de Fisher exact a été réalisé. (voir figure 5)

Le test montre une différence significative à J30 de l'utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels entre la modalité présentiel et la modalité téléphone. La différence est à la limite de la significativité avec $p=0,03776$. Les proportions de l'utilisation sont donc différentes.

d) *Comparaison entre J0 et J30 par modalité*

(1) Modalité « téléphone »

```
##      Oui Non  
## J0      9 16  
## J30     20  5
```

```
##  
## Pearson's Chi-squared test  
##  
## data:  telj0j30  
## X-squared = 9.9343, df = 1, p-value = 0.001622
```

Un test du chi-deux de comparaisons de distributions est utilisé. On constate une p-valeur de 0.001622. L'utilisation de la fonction de mise en place de rappels est significativement différente entre J0 et J30 pour les utilisateurs ayant été contactés par téléphone.

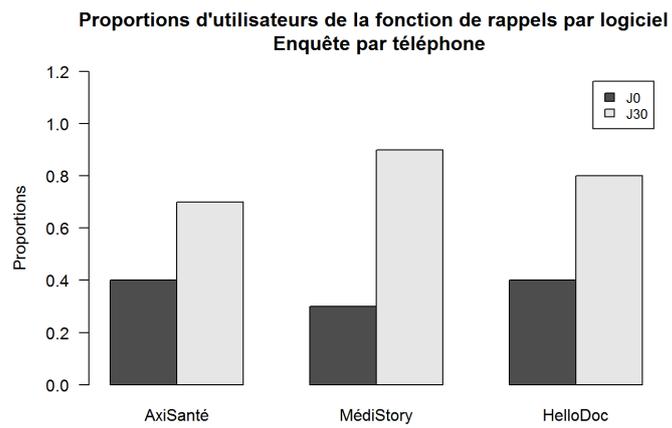
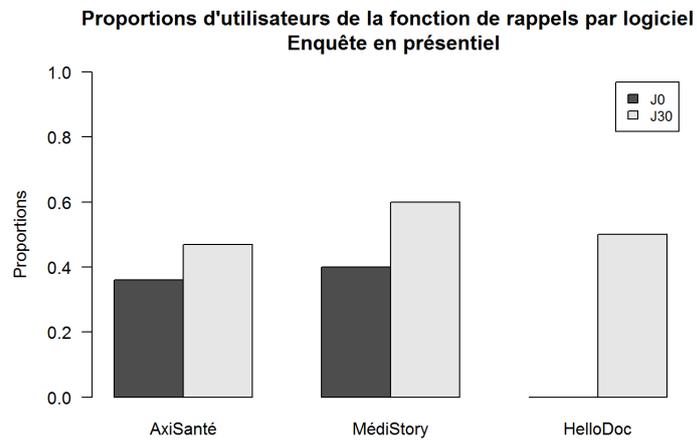
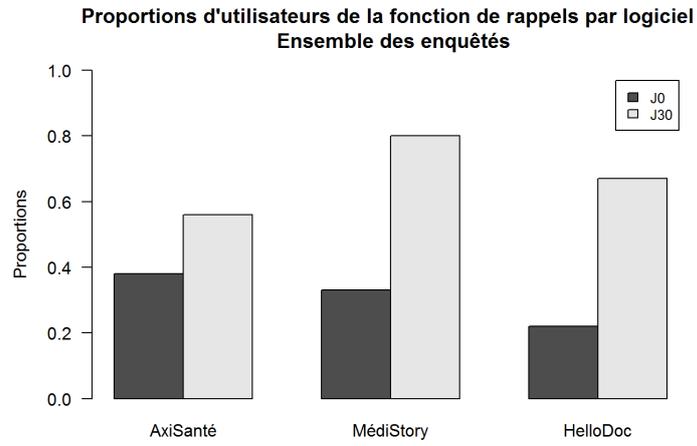
(2) Modalité « présentiel »

```
##      Oui Non  
## J0      7 17  
## J30     12 12
```

```
##  
## Pearson's Chi-squared test  
##  
## data:  presj0j30  
## X-squared = 2.1779, df = 1, p-value = 0.14
```

En ce qui concerne les utilisateurs ayant suivi la formation en présentiel, on constate une p-valeur de 0.14 après utilisation d'un test de chi-deux. On ne peut pas mettre en évidence de différence significative entre l'utilisation de la fonction de mise en place de rappels à J0 et à J30 pour les praticiens ayant subi une présentation physique.

e) *En fonction du logiciel et du mode d'enquête*

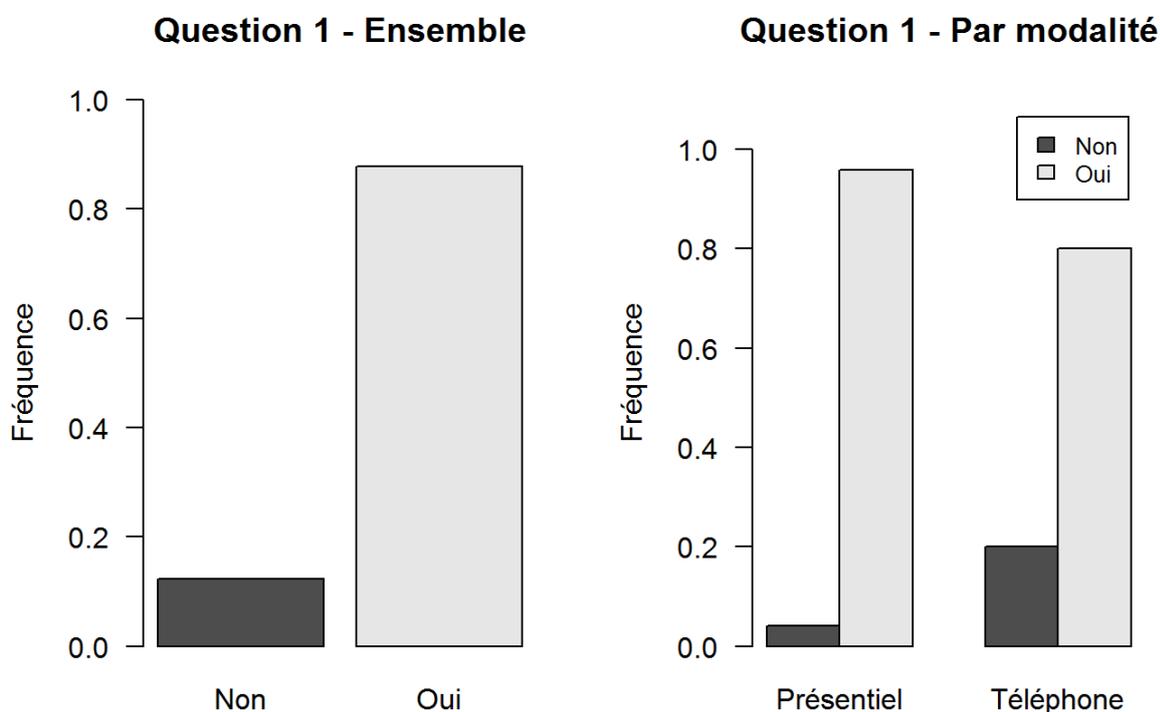


On remarque une nette progression de l'utilisation de la fonctionnalité, toutefois moins accentuée pour les utilisateurs du logiciel AxiSanté.

4. Présentation physique

Nous demandions à J0, en présentiel et par téléphone si une présentation physique du tutoriel semblait plus adaptée.

	Pensent que oui	Pensent que non
Présentiel	95.83 % (23)	4.17 % (1)
Téléphone	80.00 % (20)	20.00 % (5)
Ensemble	87.76 % (43)	12.24 % (6)



Une grande majorité pense qu'une présentation physique du tutoriel permettrait une meilleure prise en main.

5. Ergonomie du logiciel

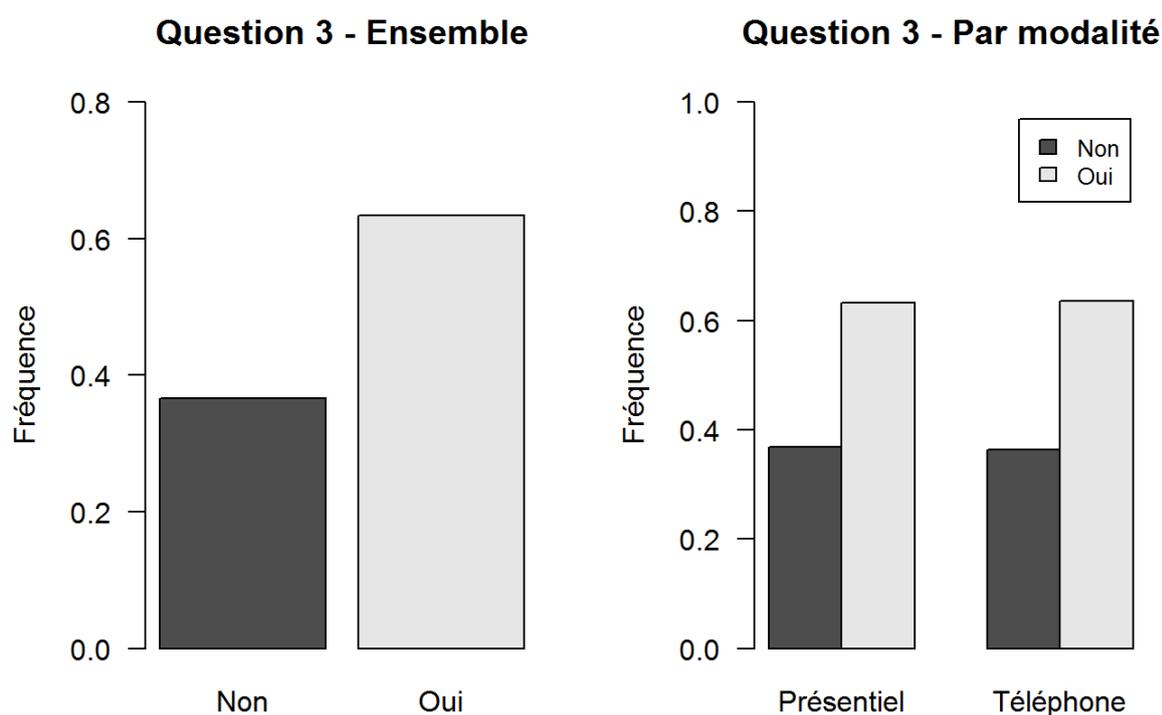
Pensent que oui	Pensent que non
79.17 % (19)	20.83 % (5)

Plus de 75 % des enquêtés interrogés à J0 dans le groupe présentiel trouvent leur logiciel aisé d'utilisation.

6. Prédiction d'utilisation

La question a été posée à J0, en présentiel et par téléphone.

	Pensent l'utiliser	Ne pensent pas l'utiliser	NA
Présentiel	63.16 % (12)	36.84 % (7)	(5)
Téléphone	63.64 % (14)	36.36 % (8)	(3)
Ensemble	63.41 % (26)	36.59 % (15)	(8)



7. Compréhension du logiciel

Pensent que oui	Pensent que non
79.17 % (19)	20.83 % (5)

79% des enquêtés trouvent le tutoriel d'une bonne compréhension lors de l'évaluation initiale dans le groupe présentiel.

8. Formation à l'utilisation du logiciel par l'éditeur ou par une tierce personne.

La question a été posée à J0, en présentiel et par téléphone.

	Ont été formé	N'ont pas été formé
AxiSanté	50,00 % (12)	50,00 % (12)
MédiStory	22,22 % (2)	77,78 % (7)
HelloDoc	53,33 % (8)	46,67 % (7)

La majorité des enquêtés déclare ne pas avoir bénéficié de formation professionnelle à l'utilisation des logiciels médicaux.

9. Utilisation des rappels pour d'autres attributions

La question a été posée à J0, en présentiel et par téléphone.

	Pensent que oui	Pensent que non	NA
Présentiel	78.26 % (18)	21.74 % (5)	(1)
Téléphone	86.36 % (19)	13.64 % (3)	(3)
Ensemble	82.22 % (37)	17.78 % (8)	(4)

Plus de 75 % des personnes interrogées pensent pouvoir utiliser l'outil de mise en place de rappels pour d'autres attributions telle qu'un rappel de mise à jour ALD, le contrôle de PSA, examen de contrôle dentaire (voir figure 6).

10. Dépistage éventuel de patients

La question a été posée à J0, en présentiel et par téléphone. Une nette majorité estimant la possibilité de dépister des patients échappant à la vigilance comme intéressante. (voir figure 7)

	Pensent que oui	Pensent que non
Présentiel	95.83 % (23)	4.17 % (1)
Téléphone	80.00 % (20)	20.00 % (5)
Ensemble	87.76 % (43)	12.24 % (6)

11. Présentation physique et prise en main

La question a été posée à J30 en présentiel.

	Trouvent que oui	Trouvent que non	NA
	80.95 % (17)	19.05 % (4)	(3)

Une grande majorité des personnes ayant suivi la présentation en présentiel trouve que celle-ci a aidé à la prise en main du tutoriel.

12. Logiciel adapté en médecine générale

	Pensent que oui	Pensent que non	NA
Présentiel	80.95 % (17)	19.05 % (4)	(3)
Téléphone	91.67 % (22)	8.33 % (2)	(1)
Ensemble	86.67 % (39)	13.33 % (6)	(4)

Plus de 8 enquêtés sur 10 trouvent leur logiciel adapté à la prévention en médecine générale concernant la programmation de rappels après cette période test. Cela concerne les enquêtés à J30, en présentiel et en téléphone (voir figure 8).

13. Utilisation des rappels

	Oui	Non	NA
Présentiel	33.33 % (8)	66.67 % (16)	(0)
Téléphone	70.83 % (17)	29.17 % (7)	(1)
Ensemble	52.08 % (25)	47.92 % (23)	(1)

L'utilisation est prédominante chez les personnes interrogées par téléphone (plus de 70 %) alors qu'on observe la tendance inverse chez les personnes interrogées en présentiel, où 66.67 % d'entre elles ne l'ont pas utilisé (voir figure 9).

14. Compréhension du tutoriel « à distance »

La question a été posée à J30 par téléphone.

Trouvent que oui	Trouvent que non	NA
90.91 % (20)	9.09 % (2)	(3)

Trouvent que oui	Trouvent que non	NA
86.36 % (19)	13.64 % (3)	(3)

Près de 91% des enquêtés du bras téléphonique trouvaient le tutoriel aisé à comprendre lors de l'évaluation finale tandis que 86,36% déclaraient que le tutoriel était explicite.

15. Compréhension du tutoriel « en présence »

La question a été posée à J30 en présentiel.

Trouvent que oui	Trouvent que non	NA
70.00 % (14)	30.00 % (6)	(4)

16. Volonté de formation

La question a été posée à J30 en présentiel et par téléphone.

	Oui	Non	NA
Présentiel	95.45 % (21)	4.55 % (1)	(2)
Téléphone	76.00 % (19)	24.00 % (6)	(0)
Ensemble	85.11 % (40)	14.89 % (7)	(2)

Une grande majorité des enquêtés aurait aimé bénéficier d'une courte formation professionnelle. (voir figure 10)

17. Utilisation dans d'autres domaines

La question a été posée à J30 en présentiel et par téléphone.

	Oui	Non	NA
Présentiel	04.17 % (1)	95.83 % (23)	(0)
Téléphone	29.17 % (7)	70.83 % (17)	(1)
Ensemble	16.67 % (8)	83.33 % (40)	(1)

La grande majorité des personnes enquêtées n'a pas utilisé l'outil dans d'autres domaines au terme de cette courte période d'étude. (voir figure 11)

18. Utilisation du tutoriel pour dépistage de patients « inattendus »

La question a été posée à J30 en présentiel et par téléphone afin de connaître l'estimation du service rendu par le tutoriel sur le dépistage de patients qui auraient pu échapper à la proposition de dépistage ciblé.

	Oui	Non	NA
Présentiel	11.11 % (2)	88.89 % (16)	(6)
Téléphone	63.64 % (14)	36.36 % (8)	(3)
Ensemble	40.00 % (16)	60.00 % (24)	(9)

Pour 40 % des personnes interrogées, l'outil a permis cette possibilité. Cette proportion est plus nuancée dans les groupes puisque **pour 63.64% des personnes interrogées par téléphone, l'outil leur a permis ce dépistage alors que ce fut le cas pour seulement 11.11 % des personnes interrogées en présentiel** (voir figure 12).

Un test du chi-2 de comparaison de proportions a été appliqué pour vérifier la présence d'une différence significative de proportions entre les deux modalités.

```
##
##           Non Oui
## presentiel 16  2
## telephone  8 14
```

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data:  t(table(etudj30$q18, etudj30$moda))
## X-squared = 11.38, df = 1, p-value = 0.0007422
```

On retrouve une valeur de $p=0,0007422$ soit une différence très significative de proportions entre les modalités « présentiel » et « téléphone » pour les personnes qui pensent que l'outil leur a permis de dépister des patients qui auraient pu échapper à la prise en charge en prévention.

C. Impact immédiat sur les pratiques

Les praticiens répondant à l'étude ont déclaré que la mise en place des rappels contextuels avait un impact direct sur leur pratique. **40 % d'entre eux déclarent que cette mise en place a permis le dépistage de personnes qui auraient échappés sans cela à la prévention montrant une nette amélioration des pratiques.**

Fait intéressant : plusieurs praticiens ont soulevé le bénéfice de travailler en groupe car les modifications de ces rappels s'affichaient également chez leurs confrères ou consœurs, cela pouvant impacter la pratique des autres collègues.

DISCUSSION

A. Limites de l'étude

1. Participation des praticiens

L'effectif global de 49 praticiens, scindé en deux échantillons de 24 et 25, est relativement faible. Il limite la possibilité d'extrapoler les résultats sur le plan national. Cependant, il est tout de même possible de conclure sur les praticiens vosgiens utilisant les 3 logiciels visés par l'étude. En effet, le tirage aléatoire simple qui a été réalisé initialement parmi tous les praticiens utilisant les 3 logiciels garantit la représentativité de l'échantillon.

Au-delà d'une représentativité – ou non, les résultats permettent de dégager des pistes d'amélioration concernant l'utilisation des logiciels dans le domaine de la prévention.

Par ailleurs, les réponses des praticiens aux questionnaires n'ont pas été appariées, générant une perte d'information utile.

Les questionnaires étaient effectivement en ligne, de manière anonyme et non appariés. Il n'a ainsi pas été formellement possible de conclure sur l'évolution des pratiques et des réponses de chaque praticien. Cela aurait pu être intéressant pour évaluer l'efficacité du tutoriel en fonction de la typologie des praticiens et aurait éventuellement permis d'axer les futures recherches en fonction du profil des praticiens.

Apparier les données avec les mêmes sujets à J0 et J30 en étant bien identifiés aurait permis des comparaisons encore plus efficaces en incluant des tests statistiques plus puissants bien que les résultats dans notre étude soient pour beaucoup significatifs.

2. Valeur absolue de l'efficacité de l'intervention sur les résultats

De cette étude il ressort que les praticiens interrogés dans le bras téléphonique semblaient plus adhérer à cette étude.

Le test de Chi-deux de Pearson qui évaluait les différences de distributions démontrait que les praticiens inclus dans la modalité d'évaluation téléphonique avaient significativement utilisé la fonction de mise en place des rappels.

Au contraire des praticiens évalués en présentiel : plus nombreux à utiliser cette fonction à J30, mais cette évolution n'était pas significative.

L'efficacité n'a pu être mesurée dans cette étude devant des groupes non appariés et non comparables au vu des critères utilisés. Pour autant, le hasard pour la réalisation de l'échantillonnage devrait nous donner des garanties, cela était confirmé par le test de Fisher exact qui montrait l'absence de différence significative entre les répartitions des logiciels pour les 2 modalités étudiées.

Nous pouvons garantir les résultats dans chaque sous-groupe de l'échantillon global. Ainsi, l'efficacité d'une intervention physique a tout de même été actée par les praticiens eux-mêmes, recommandant ce type d'intervention afin de répondre à leurs éventuelles demandes et questionnements (81 % des personnes ayant suivi la présentation en présentiel trouvent que cette présentation a aidé dans la prise en main du tutoriel).

Et dans le sous-groupe de l'intervention téléphonique nous avons également soulevé la pertinence d'une action physique pour aider à l'installation et la compréhension du logiciel et 76 % pensaient qu'une courte formation leur aurait été d'autant plus profitable. Cependant,

dans ce même sous-groupe il semble ressortir une meilleure compréhension des tutoriels comparativement au sous-groupe de l'intervention physique.

Ces groupes n'étant pas comparables car non appariés en genre, en logiciel, en âge, en mode d'exercice ; il n'est pas correct de comparer la compréhension des intervenants.

Une étude complémentaire pourrait être réalisée avec un échantillonnage plus précis.

On notait une contradiction *d'allure statistique* entre les deux bras évalués avec une impression que l'intervention téléphonique rapportait plus de « oui ». Ce phénomène intéressant pourrait éventuellement être lié au logiciel AxiSanté plus répandu en présentiel et qui pourrait s'avérer être moins convivial. Ou un biais pourrait apparaître témoignant que les praticiens ayant suivi le tutoriel seul seraient plus habiles dans la gestion du logiciel. Ou alors il faudrait se poser la question d'une plus grande facilité à répondre « Oui » lors d'un questionnaire par téléphone ou plus facile de répondre « non » sur formulaire. S'agit-il de la combinaison de plusieurs causes ? D'autres causes ?

Diverses études ont été menées depuis de nombreuses années sur ces facteurs. Dussaix résumait en 2009 les erreurs de mesure expliquant qu'elles pouvaient être dues à l'instrument de mesure, à l'interviewé, aux enquêteurs (53). Biemer et Lyberg décrivaient, en 1991 et 1997 dans des études dont les conclusions ont été reprises en 2003 dans leur ouvrage, l'effet possible de l'enquêteur qui pouvait biaiser les résultats et nécessitait un entraînement, un encadrement et le contrôle de son fonctionnement (54–56). Dans ces études, l'influence du mode de collecte des informations sur les résultats était également décrit, au même titre qu'elle est supposée dans notre étude (57).

Pour autant, on ne peut conclure sur cette différence étant donné qu'elle n'a pas été évaluée. Une des pistes reste la qualité et la motivation de l'intervenant : l'auteur de l'étude dans l'intervention téléphonique et les services de la CPAM dans l'intervention présentielle. Ce résultat néanmoins inattendu pose question. S'il devait se confirmer, il est plutôt facilitateur pour la mise en place d'actions ultérieures. Effectivement, une intervention téléphonique reste logiquement beaucoup plus simple à organiser.

3. Temps d'intervention moyen

Nous avons été limités dans cette étude par le temps d'intervention moyen passé sur place.

Dans le cadre de cette étude il fallait réaliser de nombreux déplacements. Ces déplacements s'effectuaient dans un cadre professionnel pour les intervenants de la CPAM car inscrits en tant qu'ordres de mission prioritaire par le directeur de la CPAM. Mais pour les praticiens gérés par l'auteur, il fallait organiser déplacements, temps sur place, temps d'organisation.

Les premiers praticiens ont servi dans l'étude de faisabilité afin de définir, hors temps de déplacement lié à la géographie du département, les modalités de l'intervention. Chaque praticien devait faire l'objet d'une démonstration standardisée. Ces démonstrations comprenaient une courte présentation et rappel de l'objectif de l'étude et des modalités. Chaque praticien ayant accepté l'intervention avait préalablement compris les tenants et aboutissants de l'étude mais la démonstration comprenait ce rappel. Dans cette optique de standardisation afin de garantir une évaluation comparable, nous devions proposer aux praticiens le tutoriel après la présentation des objectifs.

Nous notions également les limites sur le temps d'intervention liées à l'âge, aux ressources logistiques, aux compétences et connaissances en informatique, au désir de formation des praticiens. Cela n'a pas été analysé dans l'étude mais pourrait faire l'objet d'une approche complémentaire sur les déterminants de la pratique médicale et de l'accessibilité aux

logiciels. Certains praticiens semblaient réticents dans la modification de leurs manières d'utiliser les logiciels métiers. Certains ne se sentaient pas capables de générer des rappels. Ainsi, apparier les résultats en fonction de certains critères auraient pu montrer des tendances dans l'utilisation des logiciels et des alertes en fonction des caractéristiques des praticiens. Cela avait été montré dans l'étude de 2018, déjà citée, à propos des attentes des médecins généralistes concernant leur logiciel métier en Ile de France (58).

Enfin, d'après notre étude et les chiffres relevés à propos de la formation par les éditeurs, il apparaît réellement nécessaire de faire le lien entre notre étude et les éditeurs. Nos chiffres étaient cohérents avec les travaux du Dr Thevenon et du Dr Bucheron puisque nous retrouvons ici 47 % des praticiens qui estimaient avoir bénéficié d'une formation professionnelle et respectivement 48 % et 45 % dans ces études (58,59).

4. Éditeurs

Nous revenons brièvement sur le retour donné par les éditeurs des logiciels métiers contactés. Comme décrit précédemment, les services techniques contactés n'ont pas souhaité donner d'indication sur la mise en place de rappels contextuels. Un technicien avait affirmé qu'il pensait avoir affaire à un éditeur concurrent et qu'il ne pouvait donner d'informations. Ce même éditeur qui a été contacté avec les codes d'un praticien utilisateur et affirmant que la mise en place des rappels était impossible. Comprenant la position, nous avons donc demandé un soutien officiel par le directeur de la CPAM. Soutien qui malheureusement s'avéra totalement inutile. Aucun éditeur n'ayant fait de retour pour aider à la réalisation d'un tutoriel. Il s'agit d'un marché très prometteur et en vogue comme en témoigne un communiqué de la FEIMA (Fédération des Éditeurs d'Informatique Médicale et paramédicale Ambulatoire) qui se targue de détenir 70% des parts de marché avec 300 000 praticiens équipés (60). On peut comprendre de ce communiqué l'obligation de proposer des logiciels en adéquation avec les exigences réglementaires mais également la vision d'« industriels responsables d'offre de services ». L'HAS publie et actualise des cahiers des charges pour les logiciels et pour leur diffusion ; les points soulevés dans notre étude pourraient y être associés.

Bien entendu, nous avons souhaité transmettre aux éditeurs les résultats de cette étude afin de montrer l'appui nécessaire et la demande des professionnels de santé d'aller dans le sens d'une formation courte, professionnelle, et d'aider à l'installation presque « automatique » de ce genre de rappels contextuels.

B. Prévention et logiciels

1. Actuellement

Les logiciels ne sont pas encore utilisés de manière optimale par les praticiens. Ils ne sont pas utilisés pour programmer des rappels contextuels alors que les logiciels le permettent. Une très nette majorité (87% soit 39/45) des praticiens trouve leurs logiciels adaptés à la prévention en médecine générale. Pour autant, ces praticiens n'utilisaient pas les logiciels dans cette optique, et notamment la fonctionnalité de mise en place des rappels telle que proposée par l'étude (67,35% n'utilisaient pas la fonctionnalité au début vs 34,69% à la fin de l'étude). Une partie utilisait à sa manière la possibilité de mettre en place des rappels (manuellement, dossier par dossier...). Des praticiens soulignaient que cette étude les avait

formés à cette possibilité mais d'aucuns estimaient qu'ils préféreraient continuer à travailler selon leurs habitudes acquises.

Après évaluation on peut estimer que cette étude, au-delà de la création d'un tutoriel, a permis de montrer à des praticiens que cette possibilité leur était offerte. Ce point aurait pu être considéré comme un critère d'évaluation secondaire dans cette étude.

2. Moyens d'amélioration

Les praticiens sont demandeurs de moyens d'améliorer leur pratique quotidienne en ce qui concerne la prévention. Cela pourrait passer par une amélioration de l'utilisation des logiciels. Le logiciel métier a une place de plus en plus prépondérante dans la pratique du médecin généraliste (61).

D'après une thèse concernant les attentes de médecins généralistes exerçant en Ile-de-France vis à vis de leurs logiciels, il était relevé que les praticiens étaient globalement satisfaits de leurs logiciels mais attendaient des améliorations sur l'interopérabilité, l'ergonomie de présentation et d'utilisation. Il était conclu que des efforts des éditeurs étaient nécessaires afin de motiver les praticiens à s'investir dans l'utilisation de leurs logiciels (58).

Au cours de la création du tutoriel, il est surprenant, voire préoccupant de constater la difficulté à contacter les éditeurs. De là à conclure à un manque d'intérêt pour la création collaborative d'outils d'amélioration...

Il semblerait utile que les éditeurs intègrent leurs clients dans le développement des logiciels. Et il est primordial que ces éditeurs donnent à leurs clients les outils et clés pour utiliser au mieux leurs logiciels. Bien sûr, cela devrait se faire en partenariat avec les praticiens et en fonction de leurs disponibilités.

Dans notre étude, un praticien faisait la remarque qu'il avait assisté à une formation par un éditeur mais que cela avait concerné de nombreux praticiens dans une salle commune et les éléments étaient trop massifs, entraînant alors une perte des données à très court terme. Les nouveaux apprentissages avaient d'après lui vite été oubliés.

L'individualisation des formations représenterait un coût, pour les éditeurs mais surtout pour les praticiens (pour qui le temps de formation serait répercuté). Seraient-ils prêts à en mettre le prix ?

Quels outils incitatifs pourraient être mis en place ? Une intégration aux ROSP seraient-elle envisageable ? Réalisation d'un cahier des charges plus contraignants pour les éditeurs ? Formation par des organismes agréés de DPC ouvrant la voie à une indemnisation ?

Les bénéfices apportés par des formations ponctuelles pourraient faire l'objet d'une étude complémentaire.

85,11% des praticiens participant à l'étude déclaraient qu'ils auraient aimé bénéficier d'une formation professionnelle.

C. Points forts de l'étude

1. Retour des praticiens

Dans une approche qualitative des commentaires des praticiens il apparaît important de rappeler les différentes observations rapportées.

Au terme de l'étude, nous avons évalué par une question ouverte le ressenti des praticiens.

Un praticien rappelait nos conclusions : « Bien, bonne idée. Logiciels non utilisés à 100% ». Pour une partie des commentaires obtenus, on ressentait un manque de temps disponible à l'installation (8/40).

16 praticiens concluaient de cette étude qu'elle était issue d'une « bonne idée », un « bon sujet », un « bon travail ». Ce retour positif et clair entretient l'idée que nous pouvons agir dans cette optique.

D'autres commentaires, sans être aussi catégoriques, s'avéraient également positifs. Un praticien trouvait le tutoriel « finalement explicite [...] tout a bien roulé ». Un autre demandait une « formation pro[fessionnelle] et physique » pour répondre à des subtilités. Un troisième souhaitait « suivre » cette « affaire » avant d'en tirer des conclusions après s'être « amusé à créer un rappel pour des patients toxicomanes ». Plusieurs praticiens n'étaient pas certains de leur utilisation et demandaient une « mise à jour par les éditeurs ». Plusieurs praticiens s'interrogeaient sur les rappels en cas d'utilisation en cabinet de groupe car ils s'affichaient alors pour tous les praticiens sans y avoir forcément été invités et souhaitaient en discuter en réunion de concertation. Un praticien pourtant était enthousiaste à l'idée d'en faire profiter son cabinet entier « super utile pour tout le cabinet avec notre logiciel partagé ».

Nous avons passé un contrat tacite de participation à l'étude mais ces praticiens étaient dans leur droit d'abandonner l'étude à tout moment. Leur adhésion est tout de même considérée comme un point positif de cette étude.

Tous ces éléments apportent, si ce n'est de la puissance statistique à l'étude, une certaine légitimité pour nous permettre de continuer à travailler dans cette optique et proposer aux éditeurs de reconsidérer leur manière de travailler.

2. Objectifs sur interventions à mener

Nous nous donnons comme objectif de procurer aux éditeurs une copie de cette thèse afin d'appuyer la demande des praticiens vosgiens interrogés.

De la même manière que dans la thèse du Dr Bucheron, rejoignant nos praticiens étudiés, il est relevé l'importance du logiciel médical pour la prévention. De nos jours, et pour les années à venir il est primordial de vivre avec les avancées technologiques afin de permettre l'amélioration des chiffres de prévention.

Il était également relevé la nécessité de formations plus professionnelles avec un regroupement d'action par les éditeurs (85,11 % de l'ensemble des praticiens auraient appréciés une formation courte et professionnelle).

Dans les commentaires, il était soulevé les différences liées aux différentes pratiques et caractéristiques des praticiens.

La création des fichiers de mots clés prenait un temps excessif, de nombreux praticiens déploraient ce temps d'attente (jusqu'à huit heures) et insistaient sur des mises à jour de leurs logiciels, ou alors demandaient à contourner cet obstacle afin de pouvoir créer les rappels de prévention.

Les tâches administratives rencontrées par une jeune installée entraînait également un recul dans l'appropriation du logiciel. Pourtant de nombreuses études ont montré que ces tâches administratives perduraient voire s'accroissaient en se diversifiant par rapport aux tâches de jeune installé : tout ce temps « administratif » ne serait-il pas un frein à une bonne utilisation du logiciel métier (62,63) ?

La délégation de tâche est en vogue actuellement en médecine générale avec la création également de poste d'assistants médicaux mais l'appropriation du logiciel métier, outil principal du praticien au même titre que son stéthoscope doit rester prioritaire et doit faire l'objet d'un temps consacré à part entière (64,65).

3. Amélioration possible des chiffres de prévention

Au total, près de 40 % des praticiens pensaient que la fonction de rappels ciblés leur avait permis de proposer un dépistage à des patients qui auraient échappé à un dépistage ciblé sans cela.

Ces résultats sont à relativiser car ils sont déclaratifs. Si ce travail devait être repris à une plus large échelle, l'évaluation idéale devrait être directement basée sur les chiffres de prévention de la CPAM. Par exemple : augmentation du nombre de frottis, d'Hémocult ou de vaccinations antigrippales dans les secteurs où a eu lieu l'intervention.

Cette étude tend à montrer qu'une amélioration de l'utilisation des logiciels médicaux pourrait améliorer les chiffres de prévention. Par extrapolation, apprendre à gérer les logiciels métiers de chaque praticien pourrait probablement leur permettre de gagner du temps à terme, en intégrant une vision plus diachronique du patient (66).

D. Perspectives

Sans vouloir se positionner en démagogue, demander une harmonisation des logiciels médicaux, ou un logiciel métier unique serait une erreur. C'est impossible à réaliser tant les investissements et actionnaires sont nombreux. Pourtant, la demande de tutoriels adaptés est présente. Mais comment réaliser des tutoriels alors que chaque logiciel est unique ? De même que chaque logiciel subit des mises à jour, des mises à niveaux, les tutoriels pourraient ne plus être adaptés à tous changements de version.

Dans les attentes des médecins généralistes d'Ile de France, il était montré que chaque logiciel était différent. Il trouve alors un public parmi les praticiens qui se retrouvent dans le logiciel métier (58). De nombreux praticiens aimeraient que leurs logiciels soient plus personnalisables. Cette demande trouve un paradoxe dans notre étude car des praticiens n'étaient pas au courant de cette possibilité alors que celle-ci correspond à une personnalisation du logiciel métier.

Ainsi, un logiciel métier unique est impossible et serait au vu des particularités et préférences de chaque praticien.

Il existe cependant un trait d'union entre tous les logiciels métiers qui est en cours de développement et de généralisation : le DMP. Est-ce une piste utilisable ?

Certains praticiens interrogés déploraient que le tutoriel ne soit plus adapté à leurs versions. Les perspectives de notre étude sont donc encore une fois à pondérer à la version des éditeurs.

Les commentaires précisaient que « trop de temps » était dédié à la création de ces rappels, qu'il faudrait une « mise en place automatique de ces rappels » et que « ce serait bien d'avoir une aide à la mise en place par des professionnels » et à « rediscuter avec [les] éditeurs, à voir sur proposition de leur part plus aisée ».

Le ressenti des praticiens est donc d'intégrer les éditeurs dans cette démarche.

3) CONCLUSION

La prévention occupe une place de plus en plus importante dans les pratiques des médecins généralistes. Le temps de la consultation semble devenir de plus en plus un temps de prévention primaire, quand cela est possible, afin de réduire les risques de survenue de pathologies « évitables ».

Travailler dans ce sens reste la volonté des institutions nationales d'où le désir de trouver et fournir des solutions concrètes aux acteurs de la santé (patients comme praticiens) pour leur permettre d'adhérer à un système de santé qui n'oublie plus la prévention.

Ainsi la CPAM des Vosges souhaitait évaluer l'impact d'une formation des secrétaires médicales et d'une utilisation plus poussée des logiciels médicaux dans l'objectif d'améliorer les chiffres de prévention et l'adhésion des praticiens. Impacts évalués par deux thèses. Notre thèse sur l'amélioration de l'utilisation des logiciels médicaux a montré qu'il restait énormément de chemin à parcourir mais que cet objectif est certainement réalisable.

Cette thèse tendrait à confirmer que les praticiens vosgiens n'utilisent pas leurs logiciels de la manière la plus optimisée. Certains praticiens de notre échantillon déploraient l'absence de connaissance sur ces fonctionnalités. D'autres préféraient leurs manières de procéder sur ces rappels ou sur leurs manières de faire en terme de prévention et ne souhaitaient pas modifier leurs pratiques.

La diversité des pratiques médicales est corrélée à la diversité et à l'approche de chacun avec son logiciel médical. Aucun praticien n'utilise son logiciel de la même manière que son voisin et le problème réside notamment dans ce point.

Il faut pouvoir proposer aux praticiens volontaires, par l'appui d'études sur l'amélioration des chiffres de prévention et désireux de jouer un nouveau rôle, des formations particulières. Ces formations pourraient être personnelles et seraient réalisées par des professionnels afin de répondre aux demandes particulières de chacun en s'axant sur leurs pratiques. Proposer un logiciel unique est une aberration et ne saurait prendre sa place dans les pratiques des médecins français. Tout comme la proposition de formations communes alors même que chaque praticien sera noyé dans une masse d'informations et qu'il n'utilisera pas les données comme son voisin.

Il est nécessaire que les éditeurs proposent de nouvelles possibilités en s'adaptant aux praticiens, à chaque praticien.

Ils doivent être conscients de l'impact possible de l'outil mis à disposition des médecins et devraient mettre tout en œuvre pour leur permettre de travailler dans les meilleures conditions sans être noyés dans d'innombrables informations parfois non désirées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Manger Bouger [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/>
2. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Rostan F, Simon C, Ulmer Z. Promouvoir l'activité physique des jeunes: élaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis: INPES; 2011.
3. INRS. Addictions : alcool, tabac, drogues. Prévenir les risques. [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/addictions/prevenir-risques.html>
4. Santé publique France - Accueil [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://santepubliquefrance.fr/>
5. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
6. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
7. OMS | Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine [Internet]. WHO. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2002/fr/>
8. Code de la santé publique - Article L1417-1. Code de la santé publique.
9. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention
10. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
11. Rôle Du Médecin Généraliste En Prévention | Wonca Europe [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/role-du-medecin-generaliste-en-prevention>
12. Code de déontologie médicale [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
13. Rôle du Médecin Généraliste en Prévention [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/POLYCOPIE%20Role%20MG%20Prevention%202009.pdf>
14. Martinez L. Place du médecin généraliste dans la consultation médicale autour des habitudes de vie. :16.

15. Place du Médecin Généraliste dans la prévention [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/154/?sequence=21>
16. Olaya DE. Une étude de L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. 2005;123.
17. Éditorial de la revue Prescrire. 2011.
18. La prévention, maillon faible de notre système de santé [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/2017-05-01/master/sources/projet/MEDECINS-49.pdf
19. L'état de santé de la population en France - Rapport 2015. État Santé. 2015;326.
20. HCSP. Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable » [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013 févr [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=357>
21. Taux de mortalité prématurée selon le sexe en 2017 | Insee [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383442>
22. Reconnaître la grippe [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe/reconnaitre-grippe>
23. Grippe [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Grippe>
24. Grippe saisonnière [Internet]. World Health Organization. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
25. Admin S. Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2015-2016 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-2015-2016>
26. GEIG - La Grippe - Impact économique [Internet]. [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.grippe-geig.com/impact-economique.html>
27. Calendrier vaccinal 2018 [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
28. Dépistage gratuit du cancer colorectal entre 50 et 74 ans [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/depistage-gratuit-50-74-ans>
29. Cancer du côlon : quelques chiffres [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Quelques-chiffres>

30. UNICANCER - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.unicancer.fr/le-groupe-unicancer/les-chiffres-cles/les-chiffres-du-cancer-en-france>
31. Référentiel cancer colon 2013 [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf
32. Cancer colorectal : pourquoi se faire dépister ? Dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Pourquoi-se-faire-depister>
33. Fiche recommandations HAS : Cancer colo-rectal [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
34. Le dépistage du cancer colorectal en pratique - Dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-depistage-en-pratique>
35. Les cancers en France en 2016. L'essentiel des faits et chiffres.
36. Has. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France: Synthèse. *Oncologie*. févr 2009;11(2):107-14.
37. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=14
38. Cancer du côlon-rectum / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-colon-rectum>
39. Mars bleu 2017 : Données départementales [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Mars_bleu_2017_donn%C3%A9es_d%C3%A9partementales_1.pdf
40. Référentiel cancer colon 2013 [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
41. Dépistages organisés des cancers [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/depistages-organises-des-cancers>
42. Cancers : les chiffres clés - Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>

43. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
44. Prévention Cancer du Col de l'Utérus | Eve Association [Internet]. Eve. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.eve.asso.fr/>
45. Dr Huant Tiphaine. Création et évaluation d'une action-formation impliquant les secrétaires médicaux dans le but de promouvoir la prévention en médecine générale dans les Vosges. [Nancy]: Faculté de médecine Nancy; 2018.
46. Dossier de presse : Priorité prévention [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
47. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015. État Santé. 2015;326.
48. Manuel_dutilisation_AxiSant_5_Version_PDF.pdf.
49. Spécialiste en Informatique de Santé et d'Entreprise - NP Solutions [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.npsolutions.fr/>
50. AcuHello - Association des Clubs et Utilisateurs de HelloDOC [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: http://www.acuhello.org/index.php?rubrique=sommaire&affich=inc/hd_nuls.php
51. LimeSurvey: the online survey tool - open source surveys [Internet]. [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.limesurvey.org/fr/>
52. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.r-project.org/>
53. Dussaix A-M. La qualité dans les enquêtes. 2009;35.
54. Biemer, P.P., Lyberg L.E. Introduction to Survey Quality, Wiley Series in Survey Methodology. 2003.
55. Biemer, P.P., Groves, R.M., Lyberg L.E., Mahiowetz, N.A. et Sudman, S. Measurement errors in surveys, Wiley. 1991.
56. Lyberg, L., Biemer, P., Collins, M., De Leeuw, E., Dippo, C., Schwarz, N., and Trewin, D. Survey Measurement and Process Quality. New York : Wiley. 1997.
57. Telephone Survey Methodology - WebSM [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: http://www.websm.org/db/12/2141/Web%20Survey%20Bibliography/Telephone_Survey_Methodology/?p1=1123&p2=82&p3=85&page=1&avtor=243
58. Quelles sont les attentes des Médecins généralistes concernant leur logiciel métier en Ile de France [Internet]. [cité 10 janv 2019]. Disponible sur:

http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1408/fichier_these_bucheron_stephanie21812.pdf

59. Thevenon S. Utilisation pratique d'un logiciel de gestion de cabinet en médecine générale: fonctionnalités, limites et perspectives: enquête réalisée auprès des médecins généralistes du Doubs et revue de la littérature. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2014.
60. FEIMA - Fédération des Editeurs d'Informatique Médicale et Paramédicale Ambulatoire [Internet]. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: <http://feima.fr/>
61. Des logiciels experts en diagnostic médical [Internet]. CNRS Le journal. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <https://lejournal.cnrs.fr/articles/des-logiciels-experts-en-diagnostic-medical>
62. L'emploi du temps des médecins libéraux. N L. 2010;15.
63. Fur PL, Bourgueil Y. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. 2009;8.
64. Arrêté du 27 octobre 2017 relatif au titre professionnel de secrétaire assistant médico-social.
65. Des logiciels experts en diagnostic médical [Internet]. CNRS Le journal. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur: <https://lejournal.cnrs.fr/articles/des-logiciels-experts-en-diagnostic-medical>
66. Diachronie et synchronie en médecine générale [Internet]. [cité 13 janv 2019]. Disponible sur:
http://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/808/fichier_fiche6_diachronie_synchronie24cf1.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 = Recommandations aux auteurs de la revue Exercer (Septembre 2018)



exercer
la revue francophone de médecine générale

Rechercher
dans
Tous les champs
Recherche avancée

Accueil ■ Présentation de la revue ■ Contacts ■ Recommandations aux auteurs ■ Archives ■ Rédaction ■ Charte éthique

accès s
S'identifier

exercer, La Revue Française de Médecine Générale

Recommandations aux auteurs

La revue **exercer** est la revue francophone de médecine générale. Elle publie des articles scientifiques de soins, des articles originaux de recherche en soins premiers et des articles en science de l'éducation.

Il est demandé aux auteurs de respecter les recommandations éthiques de la revue et les recommandations aux auteurs tant sur la forme que sur le fond.

Ils doivent adresser leur manuscrit directement par courriel à l'adresse suivante : exercer@cngc.fr. Ils recevront rapidement un accusé de réception. La revue remercie les auteurs pour leurs soumissions, s'engage à respecter la charte éthique et à aider les auteurs pour une publication de qualité dans un climat le plus bienveillant possible.

Recommandations de forme

- format Word (police Arial taille 10, interligne 1,5, texte justifié, sans retrait ni numérotation, références au format de la revue) ;
- une première page de présentation ;
- une deuxième page de résumés (français et anglais) ;
- le corps du texte au format recommandé en fonction du type d'article soumis ;
- les références bibliographiques à la suite du texte, au format de la revue ;

- les tableaux présentés à raison d'un par page, après la page des références bibliographiques, numérotés en chiffres arabes par ordre d'apparition et légendés ;
- les graphiques, schémas, figures, dessins, photos fournis séparément, en fichiers natifs, à raison d'un par page, avec légende numérotée en chiffres arabes par ordre d'apparition dans le texte ;
- une lettre à la rédaction présentant succinctement le travail proposé.

Les manuscrits ne respectant pas ces recommandations minimales sont retournés aux auteurs avant toute évaluation par la rédaction.

Politique de publication

La soumission doit respecter la charte éthique. Tous les auteurs doivent avoir approuvé la soumission. Si le manuscrit a été publié auparavant ou s'il a été soumis avec un accord de principe de publication (cf. recommandations éthiques aux auteurs) les auteurs doivent demander une autorisation écrite à la revue de publication *princeps* et la fournir à la revue *exercer* en même temps que le manuscrit. exercer@cngc.fr

Ethique, confidentialité et protection des données

Les travaux de recherche doivent être conformes aux recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki ("WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects"). Tous les protocoles de « *recherche impliquant la personne humaine* » doivent avoir été examinés par un Comité de Protection des Personnes (CPP). Si besoin la rédaction peut fournir un didacticiel de la loi Jardé du 17 novembre 2016. S'ils le requièrent, les travaux peuvent avoir été soumis à un comité d'éthique, à la Commission nationale informatique et liberté (CNIL) et au consentement des patients. Quand un travail de recherche a été soumis à l'une de ces institutions, il doit en être fait mention dans le texte à la fin de la section "méthode".

exercer respecte la charte de l'*International committee of medical journal editors* (www.icmje.org) concernant la confidentialité des données et le respect de la vie privée des participants. Le consentement éclairé et explicite du patient est requis avant la publication de tout travail de recherche ayant comporté un recueil d'informations personnelles (médicale ou non). Un formulaire type existe en français et en anglais sur le site www.icmje.org. Le participant doit lire la version finale de l'article avant de remplir le formulaire de consentement. Si le participant est mineur, le formulaire doit être signé par ses parents (ou tuteurs légaux) et lui-même. Si le consentement écrit ne peut être obtenu (patient non joignable, non retrouvé, dans l'incapacité de fournir un consentement éclairé), l'anonymisation des données doit être réalisée. Le processus d'anonymisation doit être validé par la rédaction de la revue **exercer**, pour s'assurer que personne (le participant inclus) ne puisse identifier les participants dans les détails publiés.

Si des animaux étaient inclus dans la recherche, le consentement du propriétaire ou de l'institution propriétaire doit être explicite et éclairé. La section « méthode » de l'article doit comporter des informations garantissant que les animaux n'ont pas souffert du fait du protocole.

La section « méthode » de l'article doit comporter des informations garantissant que les animaux n'ont pas souffert du fait du protocole.

Conflits d'intérêt

Les auteurs s'engagent à respecter les recommandations éthiques relatives aux déclarations de potentiels conflits d'intérêts.

En octobre 2009, l'ICMJE a développé et mis dans le domaine public un formulaire électronique uniforme. Une version revue en juillet 2010 est disponible sur le site Internet de l'ICMJE. **exercer**, la revue francophone de médecine générale, fournit une traduction française de ce formulaire, mais seule la version anglaise est officielle (l'ICMJE n'a pas certifié la version française). L'auteur correspondant doit obtenir les formulaires complétés par chaque coauteur, les conserver et les fournir à la revue sur demande. L'auteur correspondant enverra, conjointement au manuscrit, la déclaration suivante : « Tous les auteurs ont déclaré sur le formulaire ICMJE tous leurs liens ou potentiels conflits d'intérêt en rapport avec l'étude actuelle, et toutes les activités financières ou les liens avec des entreprises ou des institutions pouvant avoir une influence sur le travail soumis »

Droits réservés

Les auteurs conservent les droits sur leur article publié dans la revue **exercer**. Ils peuvent utiliser l'article pour un usage personnel ou académique (enseignements, conférences). **exercer** n'exige qu'une licence d'exclusivité pour la publication dans la revue, sur le site et produits dérivés. Pour valider la licence, l'auteur correspondant enverra, conjointement au manuscrit, la déclaration suivante : « L'auteur correspondant accorde, au nom de l'ensemble des auteurs, une licence exclusive internationale à **exercer**, la revue francophone de médecine générale, pour publier, distribuer, stocker, utiliser, imprimer, traduire, adapter et créer des résumés et abstracts de l'article soumis »

Préparation du manuscrit avant soumission

Pour les articles originaux, les manuscrits soumis à **exercer**, la revue francophone de médecine générale, doivent être conformes aux règles de l'International Committee for Medical Journal Editors concernant le fond et la forme, et les règles définissant auteurs et contributeurs (http://www.icmje.org/urm_full.pdf). Une version française de The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals peut être téléchargée sur <http://www.icmje.org/french.pdf>.



Rubrique recherche

1. Article de recherche original

C'est la présentation d'un travail scientifique original (qualitatif, quantitatif ou interventionnel) conduit dans le champ des soins premiers. La

longueur maximale est de 30 000 signes espaces compris (sans limite inférieure), résumés, tableaux et références inclus. Le nombre de références bibliographiques ne devrait pas dépasser 25, sauf dans le cas des revues de la littérature. Le plan de l'article est obligatoirement de type IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats « And » Discussion). L'article doit être accompagné de 2 résumés structurés en 5 paragraphes (contexte, objectif(s), méthode, résultats, conclusion), le premier en français et le second en anglais (maximum 300 mots chacun). Le style doit être simple et précis. « *Le meilleur style de rédaction scientifique est l'absence de style* ». Les phrases doivent être courtes (maximum 35 mots). Dans les sections introduction, méthode et résultats, un travail de recherche se rédige généralement au passé composé, parfois à l'imparfait, jamais au présent de l'indicatif, au futur ou au conditionnel. Dans la section discussion, le temps des verbes est libre. Il oscille généralement entre le présent et le passé composé, selon que le texte se réfère aux résultats du présent travail ou aux références citées. La voix passive doit être privilégiée, en évitant les « je », les « nous » et les « on ». La cohérence des données chiffrées présentées à la fois dans les tableaux et dans le texte doit être minutieusement contrôlée. Il est inutile de présenter la totalité des données chiffrées à la fois dans le texte du chapitre résultats et dans les tableaux.

Format IMRAD

Introduction (état des connaissances et problématisation pourquoi et comment l'équipe s'est intéressée au sujet)

Elle doit décrire le contexte, comporter des références précédentes en rapport avec le sujet, exposer la problématique ou les lacunes en lien avec le sujet. L'objectif principal et les objectifs secondaires doivent figurer en fin d'introduction.

Méthodes (comment l'équipe a fait pour répondre à la question de recherche)

Elle doit comporter une partie sur la population étudiée, le recueil de données, l'analyse des données, les critères de jugement, les tests statistiques, les logiciels utilisés, les comités d'éthique ou de protection des personnes sollicités.

Résultats

Le plus détaillé possible, les résultats d'analyse statistique doivent être reportés dans le texte ou sous forme de tableaux, avec les valeurs des p ou les intervalles de confiance. Pour les articles de recherche qualitative, les verbatims exemplaires doivent être présents dans le corps du texte, entre guillemets et en italique.

Discussion

Elle commence par l'analyse des résultats principaux, suivie par la comparaison avec la littérature existante. Les forces et les faiblesses de l'étude doivent figurer dans une partie distincte, et les implications futures de ce travail ferment la discussion.

Conclusion

Il ne s'agit pas d'un résumé des résultats et de la discussion. La conclusion doit mettre en avant les implications des résultats pour la pratique ou la recherche future.

Tableaux et figures

Les tableaux doivent être en chiffres arabes numériques, présentés dans l'ordre d'apparition du texte et insérés dans le manuscrit à raison d'un par page, à la fin de l'article, après les références bibliographiques. Une attention particulière sera portée sur la présentation des données.

Les figures doivent être fournies avec le fichier électronique original (Excel® ou autre).

Les images ne doivent pas être incluses dans le manuscrit, mais fournies de façon séparée, dans un fichier électronique original (jpg, eps, tiff, gif, bmp, png). Elles doivent être libres de droits, ou appartenir aux auteurs.

Annexes en ligne

Des tableaux de données complexes, guides ou verbatims d'entretien, vidéos ou autres éléments utiles au lecteur, mais qu'il n'est pas possible de publier en format papier peuvent être mis en ligne sur le site www.exercer.fr, en annexe de l'article, et disponible au téléchargement. Ces annexes doivent être fournies à part, et appelées dans le texte de l'article (voir par exemple : https://www.exercer.fr/media/pdf/exercer/attachments/Liste_des_codes_ouverts.pdf).

Références

Les références bibliographiques doivent répondre au standard Vancouver, et doivent être numérotées en exposant par ordre d'apparition dans le texte. Dans la mesure du possible, les appels de référence sont renvoyés en fin de phrase, avant le point. Une même référence utilisée plusieurs fois garde le même numéro. Si la référence provient d'un périodique, citer les six premiers auteurs avec l'(es) initiale(s) du prénom suivie(s) d'une virgule et le dernier auteur suivi d'un point. Au-delà de 6 auteurs, citer les trois premiers suivis de « et al. ». Indiquer ensuite le titre complet de l'article dans sa langue originale suivi d'un point, puis le nom de la revue selon l'abréviation de l'index Medicus, sans point (si le périodique n'est pas référencé à l'index Medicus, écrire son titre en entier). Préciser ensuite l'année de publication suivie d'un point virgule sans espace, puis le numéro du fascicule dans le volume suivi de 2 points, sans espace, puis la première page avec son numéro en entier et la dernière page abrégée (sans répétition des chiffres des dizaines ou centaines s'ils sont identiques) du texte, séparées par un tiret. La référence se termine toujours par un point. Vous pouvez vous aider du logiciel ZOTERO® qui comprend le style de référence demandé par la revue exercer (merci à Paul Frappé).

ANNEXE 2 = Vaccination anti-grippale

Vaccination anti-grippale

Cet imprimé est destiné aux personnes susceptibles d'être vaccinées contre la grippe saisonnière, conformément aux avis du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)

notice d'utilisation

Volet 1 - prise en charge du vaccin anti-grippal :

A remplir par votre médecin ou votre sage-femme pour la prescription du vaccin anti-grippal et par votre pharmacien pour la délivrance gratuite de ce vaccin.

Volet 2 - prescription de l'injection du vaccin anti-grippal :

A remplir par votre médecin ou votre sage-femme, s'il(s) elle le souhaite, pour la prescription de l'injection par un(e) infirmier(e) et à compléter par l'infirmier(e) qui effectue la vaccination.

Ce volet 2 est à retourner à votre centre de paiement avec la feuille de soins remise par votre infirmier(e).

prise en charge du vaccin anti-grippal

(valable jusqu'au 31 janvier 2016)

- articles L. 262-1 et R. 262-1 du Code de la sécurité sociale -

n° d'immatriculation :

bénéficiaire de la prise en charge :

date de naissance du bénéficiaire :

code organisme :

(volet 1)
à remettre à votre
pharmacien

à remplir par le médecin ou la sage-femme		à remplir par le pharmacien	
spécialité prescrite	identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce	date de délivrance	identification du pharmacien et de la structure dans laquelle il exerce
date de prescription	signature		signature



prescription de l'injection du vaccin anti-grippal

(valable jusqu'au 31 janvier 2016)

- articles L. 262-1 et R. 262-1 du Code de la sécurité sociale -

n° d'immatriculation :

bénéficiaire de la prise en charge :

date de naissance du bénéficiaire :

code organisme :

(volet 2)
à adresser à
l'organisme de
sécurité sociale pour
remboursement avec
la feuille de soins de
l'auxiliaire médical(e)

à remplir par le médecin ou la sage-femme		à remplir par l'infirmier(e)	
injection par un(e) infirmier(e)	identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce	date d'exécution de l'injection	identification de l'infirmier(e) et de la structure dans laquelle il(elle) exerce
date de prescription	signature		signature

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement. (Articles 313-1 à 313-3, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.)

CNAMTS 609-08-2015

ANNEXE 3 = Recommandations pour la vaccination anti-grippale (27)

Recommandations générales

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

Recommandations particulières

La vaccination est recommandée chez :

- 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), excepté les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines ; personnes infectées par le VIH quels que soient leur âge et leur statut immunovirologique ;
 - maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose ;
- les personnes obèses avec un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 kg/m², 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.

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.

ANNEXE 4 = Critères d'éligibilité et de non-éligibilité pour le dépistage organisé du cancer colorectal et les facteurs de risques du cancer colorectal (31)

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 :
 - test de recherche de sang dans les selles ayant été effectué dans les 12 mois qui précèdent ;
 - coloscopie complète ayant été effectuée dans les 5 ans qui précèdent.
- Nécessité d'une exploration coloscopique :
 - rectorragies, melæna ;
 - douleurs abdominales inexplicables d'apparition récente (notamment après 50 ans) ;
 - troubles du transit d'apparition récente (diarrhée, constipation inhabituelle).
- Niveau de risque élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique :
 - antécédent personnel de cancer ou d'adénome colorectal ;
 - antécédent personnel de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique ;
 - 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 :
 - 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 :
 - 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/m²) . L'augmentation du risque est de 33 % par comparaison à une personne ayant un IMC compris entre 18 et 25 kg/m²) ;
 - 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 5 = Critères d'éligibilité et de non-éligibilité au dépistage du cancer du col de l'utérus et les facteurs de risque du cancer du col de l'utérus (40)

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.
- L'activité sexuelle ;
- 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 coinfection 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 6 = Soumission Article Wonca 2019

Dear Sir/Madam,

Thank you for submitting the abstract ID 95 for the 24th WONCA Europe Conference, which will take place in Bratislava, Slovakia, on June 26–29, 2019.

To make changes or upload a new abstract, please visit the Congress Web site <https://guarant.topinfo.cz/wonca2019/en/user-zone>.

Username: leclerc.adrien@gmail.com

Password: '.....'

Please always refer to the ID number of an abstract in correspondence concerning it.

Kind regards,

WONCA Europe 2019

Conference Secretariat
GUARANT International spol. s r.o.
Na Pankráci 17, 140 21 Prague 4, Czech Republic

Tel: [+420 284 001 444](tel:+420284001444)

Fax: [+420 284 001 448](tel:+420284001448)

E-mail: abstracts.wonca.europe2019@guarant.cz

Disclaimer: If you have received this e-mail in error or would like to unsubscribe from this mailing list, please reply to this e-mail with the word "unsubscribe" in the subject line. All requests to unsubscribe will be processed within 5 working days from receipt of your request.

ANNEXE 7 = Liste des actions de prévention de la CPAM Vosges en cours

1. La 30ème marche de la santé

Le 3 septembre 2017, la 30ième marche de la santé, sur le thème de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée à travers le thème « Mangez sain et malin », a rassemblé 2853 personnes sur le site d'Épinal. Le public a bénéficié d'informations diversifiées. Sur le parcours du retour, à l'Espace Cours, un pôle santé proposait aux marcheurs de nombreuses activités et informations centrées sur la santé. Le pôle santé était animé à travers différents stands tenus par :

- Assurance Maladie : présentation du dispositif SOPHIA
- AFD Lorraine : test de glycémie
- AIRE : mesure du souffle
- AVODECA : promotion des dépistages – jeux de réflexion
- AVRS : nutrition et alimentation saine – Quiz – calendrier des saisons, etc.
- France ADOT : présentation et promotion du don d'organes
- Donneurs de Sang : présentation et promotion du don du sang
- La Ligue contre le cancer : jeu, quiz autour des légumes et de l'activité physique
- DT-ARS et le CCAS : présentation du contrat local de santé
- Mutualité Française de Lorraine : information sur la santé – environnement (contenants et contenus, lecture d'étiquettes)
- Pays d'Épinal : promotion des Maisons de Services Au Public et du vélo électrique
- ASGV : présentation des activités – promotion de l'activité physique
- Jardins de Cocagne : promotion des légumes de saison et dégustation de maïs
- France Parkinson : sensibilisation et information
- Club coeur et santé : utilisation du défibrillateur et information
- Comité départemental des Vosges de la fédération Française des Sports Populaires : présentation des calendriers 2017/2018
- MSA et Association Santé Education et Prévention sur les Territoires : information et jeux sur la nutrition – promotion des ateliers de la MSA
- Les Amis de la Santé : simulation de conduite en état d'ébriété
- La chambre d'agriculture et les producteurs locaux : découverte des produits locaux.



2. Promotion du dispositif M'T Dents

Intervention dans 11 classes de CP d'Epinal, Charmes et Rambervillers.

174 enfants ont participé aux séances de sensibilisation dont 120 éligibles à l'EBD dans le cadre de la campagne MT'DENTS. Environ 65% des enfants éligibles ont eu recours à un chirurgien-dentiste après les séances de sensibilisation.



3. Promotion de l'Examen Bucco-Dentaire via la téléphonie sortante - opération Sourire Gagnant

Aujourd'hui, dans les Vosges, 25% des enfants de 5 à 12 ans n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste depuis 2 ans. Face à ce constat, la CPAM des Vosges s'est donnée pour mission de sensibiliser les familles en vue de faire réaliser un examen buccodentaire par un chirurgien-dentiste pour ces enfants éloignés du système de soins.

Un plan d'action a ainsi été établi que nous avons dénommé sourire gagnant.

Présentation du dispositif : campagne d'information par mails, SMS et appels téléphoniques à l'intention des familles concernées avec une incitation positive pour certaines d'entre elles (jeu concours) entre septembre 2017 et janvier 2018

- Objectif : inciter les parents à amener leurs enfants chez le chirurgien-dentiste lorsqu'ils n'ont pas eu de soins dentaires depuis 2 ans
 - Cible : enfants de 5 ans, 7 ans, 8 ans, 10 ans et 11 ans
 - Période : du 27/08/2017 au 08/01/2018
 - 3 groupes d'environ 500 individus
 - Témoignage : aucune action
 - Invitation : mail + SMS + téléphone
- Jeu : mail + SMS + téléphone (avec une inscription au jeu concours possible)

Caractéristiques des groupes :

Précaire (bénéficiaires de la CMUC/ACS) 30% / Non Précaire 70%

Les résultats ont démontré un impact non négligeable de nos appels téléphoniques sortants, un léger effet jeu concours, une réponse de la population précaire sensiblement identique à celle de la population générale. Il est à noter qu'une nouvelle version remaniée de l'opération sourire gagnant est en cours d'élaboration.

4. La campagne de vaccination de la grippe saisonnière

Partenariat avec les médecins du travail des Centres Hospitaliers d'Epinal et de Remiremont

Réalisation d'un questionnaire relatif à la vaccination contre la grippe saisonnière dont l'objectif principal était de connaître l'attitude du personnel de ces 2 établissements vis-à-vis de cette vaccination (identification des freins et leviers)

La vaccination antigrippale des professionnels de santé répond à un double objectif : réduire le risque de contracter soi-même la grippe et réduire le risque de transmettre le virus à des personnes fragilisées. Or les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière menées au sein des centres hospitaliers d'Epinal et Remiremont rencontrent peu de succès.

Les résultats ont montré un profil des répondants assez diversifié : une vaccination antigrippale moins présente chez les plus jeunes (- de 40 ans), des catégories socioprofessionnelles fortement représentées (infirmières et aides-soignantes). En parallèle, des difficultés voire des freins à la vaccination ont été mis en évidence : le manque d'information, des représentations erronées sur la composition des vaccins et les répercussions de l'injection.

Cette étude nous a permis de dégager un certain nombre d'axes de travail en prévision de la prochaine campagne de sensibilisation de la vaccination antigrippale : apport d'une information claire et adaptée (réalisation d'un flyer spécifique destiné au personnel des centres hospitaliers), harmonisation de l'organisation de la saison de vaccination antigrippale ainsi que la mobilisation en faveur d'un projet interne.

5. Actions dans le cadre du Contrat Local de Santé de la CAE d'Epinal :

Signé le 2 novembre 2015, le CLS a permis la mise en œuvre d'actions de prévention dans les domaines de l'accès aux soins, l'alimentation et l'activité physique, les addictions, la lutte contre la perte d'autonomie et la santé environnementale. La CPAM des Vosges, outre la marche de la santé, les jeudis de la santé et l'Espace Solidaire, a notamment participé à la mise en œuvre des actions:

- « le Pôle Petite Enfance » sans écrans : semaine de sensibilisation sur les effets des écrans sur les jeunes enfants
- « manger local et de saison » : actualisation et remise en page du livret recensant les producteurs dans la CAE sur la base de la promotion des circuits courts

6. Action Moi(s) sans tabac

A l'occasion de la 2ème édition nationale de l'opération : Moi(s) sans tabac, le service Prévention a mené deux actions distinctes :

- une action externe menée auprès du personnel et des adhérents des centres sociaux Denise Louis et Bitola-Champbeauvert, et plus globalement aux habitants de ces quartiers.
Objectifs :
 - Faire connaître auprès de ce public le dispositif Moi(s) sans tabac et intéresser les fumeurs à ce dispositif
 - sensibiliser le personnel des centres et les fumeurs au danger du tabac et aux aides possibles pour l'arrêt du tabac,
 - sensibiliser le personnel volontaire pour qu'il se questionne sur ses propres habitudes en matière de tabac et/ou qu'il s'engage à être un relais auprès des adhérents des centres sociauxMoyens : plusieurs réunions d'informations. Appui d'un tabacologue

- une action interne menée auprès du personnel de notre organisme
Objectifs : accompagner les salariés intéressés par une démarche d'arrêt du tabac
Moyens : mise en ligne du test de Fagerström pour sensibiliser les salariés fumeurs sur leur relation avec le

tabac et leur degré de dépendance, mise en place d'un programme d'arrêt du tabac au sein de l'entreprise confié à la société Allen Carr



7. Les Jeudis de la Santé

Depuis septembre 2013, les conférences des Jeudis de la santé sont devenues le rendez-vous santé pour le grand public spinalien. Nées d'un partenariat entre le pôle santé de la ville d'Épinal et la caisse primaire d'assurance maladie des Vosges, elles ont pour vocation de promouvoir la santé auprès des spaliens. Elles sont animées par des professionnels de santé afin de transmettre des connaissances scientifiques vulgarisées et permettre ainsi aux spaliens de faire des choix éclairés en santé.

Calendrier 2017 :

- La santé des dents – 19 janvier 2017
- L'apnée du sommeil – 16 février 2017
- L'obésité, une maladie ? – 16 mars 2017
- Les antioxydants – 20 avril 2017
- Les urgences médicales – 18 mai 2017
- Les maladies inflammatoires chroniques du côlon – 15 juin 2017
- Infarctus du myocarde - 28 septembre 2017
- Vie affective et sexualité chez les seniors : un bon ménage – 12 octobre 2017
- Les pathologies de l'hiver – 16 novembre 2017

**2017
2018**

- 28/09 - L'infarctus du myocarde
- 12/10 - Vie affective et sexualité chez les seniors : un bon ménage
- 16/11 - Les pathologies de l'hiver
- 21/12 - Le cholestérol
- 18/01 - Les additifs alimentaires sont-ils à risque ?
- 15/02 - Don d'organes : parlons-en
- 22/03 - La maladie d'Alzheimer
- 19/04 - Manger local et de saison
- 17/05 - Les perturbateurs endocriniens
- 21/06 - Bruit : préservez votre audition

Toutes les dates et les

Pôle Santé - Ville d'Épinal
Tél : 06 34 86 43 44

CPAM des Vosges

36 46 Service 0,06 € / min
+ prix appel

CPAM des Vosges

Service Prévention
CPAM des Vosges

prevention@cpam-epinal.cnants.fr

ameli.fr

L'Assurance Maladie en ligne
(rubrique Actualités)

Retrouvez toutes les conférences
et réécoutez-les sur radio水晶.org
rubrique Podcasts > L'invité

**LES JEUDIS
de la santé**



Chaque 3^e/4^e jeudi du mois à 14 h 30
Résidence Bon Repos (salle de conférences)
20, Quai Michelet 88000 Épinal

8. Espace Solidaire

Organisation de séances d'informations et d'ateliers pédagogiques sur la santé au sens large du terme à destination principalement des bénéficiaires de l'Épicerie Solidaire

Permanence plusieurs demi-journées par semaine au sein de l'Espace Solidaire pour permettre la promotion des animations en santé proposées aux personnes bénéficiaires et les accompagner si besoin dans des actions de prévention.

9. Le Pacte Santé « Ensemble sauvons des vies » signé avec le Pays de Remiremont et ses Vallées

Le 15 septembre 2017, le Pays de Remiremont et ses Vallées et la Caisse primaire d'assurance maladie des Vosges ont signé ensemble une convention de partenariat intitulée : « Ensemble sauvons des vies ! ». Le but de cette convention est de promouvoir et de sensibiliser la population aux dépistages des cancers et à la vaccination contre la grippe saisonnière.

Objectifs : augmenter de 2 points le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, du colon, du col de l'utérus et la participation à la campagne de vaccination de la grippe saisonnière sur ce territoire.

Actions réalisées en 2017 :

- octobre : participation à l'organisation d'une marche rose à Remiremont, distribution d'un kit de communication aux commerçants de Remiremont, organisation d'un ciné débat à Cornimont le 19 octobre 2017

- novembre : action pour mobiliser 12 pharmacies afin qu'elles relayent auprès de leur patientèle les messages de prévention relatifs à la grippe saisonnière.

Afin de les aider dans cette démarche, la CPAM des Vosges leur a fourni un certain nombre d'outils : 26000 sachets pharmaceutiques reprenant le visuel de la campagne nationale contre la grippe saisonnière, des affiches issues également de la campagne nationale, un visuel semi-rigide et réutilisable ayant pour texte :

« Votre pharmacien s'engage aux côtés de l'Assurance Maladie pour la vaccination contre la grippe » à installer dans chaque pharmacie.

- sensibilisation/formation des travailleurs sociaux de l'Association de Gestion, d'Animation et de Coopération pour l'Insertion de Remiremont sur les thématiques de santé retenues dans le cadre du Pacte Santé

- remise de kits d'affichage et de communication aux 40 communes du Pays de Remiremont et ses vallées. Compte-tenu de la densité de ce territoire, la convention de partenariat avec le Pays de Remiremont et ses vallées a été établie pour une durée de 2 ans.

Pour terminer, le service PREVENTION participe :

- au dialogue de gestion de l'AVODECA
- aux différents comités de pilotage en lien avec octobre rose et mars bleu
- au comité de pilotage lié à la mise en œuvre du Contrat Local de Santé signé avec la Communauté d'Agglomération d'Epinal
 - au comité de pilotage de l'Espace Solidaire
 - au groupe régional prévention du Grand Est

La CPAM des Vosges dirige actuellement différents travaux de réflexion qui ont une visée régionale. Ces travaux ont vu le jour suite à des réflexions partagées au sein du groupe régional Prévention.

- Contrat de collaboration de recherche avec APEMAC (UFR Sciences humaines et sociales de Metz) dans le cadre du dépistage du cancer colorectal

La caisse primaire d'assurance maladie des Vosges a constaté depuis quelques années, que la participation des assurés aux programmes de prévention est en stagnation voire en baisse. Les travaux d'investigation et de promotion du dépistage menés au niveau régional n'ont pas permis d'augmenter la participation des assurés.

Dans le cadre d'une recherche qualitative, l'objectif est de définir les contraintes, les éléments facilitateurs et les attentes des personnes issues de la population cible du programme de dépistage du cancer colorectal, afin de définir des axes de préconisation.

ANNEXE 8 = Liste des logiciels utilisés dans les Vosges

Logiciel-Nom Produit	Logiciel-Nom industriel	Logiciel-Sys d'Exploitat	Logiciel-Vel du Produ	Logiciel-Vel du Flux
ACTEUR FSE.NET	AATLANTIDE	WINDOWS	1.54	1.40.200
AFFID VITALE	AFFID SYSTEMES	WINDOWS	3.90	1.40.200
AFFID VITALE	AFFID SYSTEMES	WINDOWS	4.10	1.40.200
AFFID VITALE	AFFID SYSTEMES	WINDOWS	4.12	1.40.200
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.50	1.40.600
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.54	1.40.600
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.55	1.40.600
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.56	1.40.600
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.57	1.40.600
CROSSWAY	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE)	WINDOWS	21.00	1.40.600
CROSSWAY	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE)	WINDOWS	21.01	1.40.600
CROSSWAY VILLE	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE)	WINDOWS	2.18	1.40.200
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.79	1.40.200
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.80	1.40.200
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.81	1.40.200
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.82	1.40.200
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.91	1.40.200
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.92	1.40.200
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60C	1.40.200
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60P	1.40.600
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60R	1.40.600
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60S	1.40.600
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60T	1.40.600
In'DI	CBA (CBA INFORMATIQUE LIBERALE)	SAGEM	1.30	1.40.200
In'DI	CBA (CBA INFORMATIQUE LIBERALE)	SAGEM	1.41	1.40.600
INTELLIO	SEPHIRA	SAGEM	4.1	1.40.200
INTELLIO	SEPHIRA	SAGEM	4.6	1.40.600
INTELLIO	SEPHIRA	SAGEM	4.7	1.40.600
MEDI + 4000	RM INGENIERIE	WINDOWS	7.A9	1.40.200
MEDI + 4000	RM INGENIERIE	WINDOWS	7.B4	1.40.200
MEDCLICK	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE)	WINDOWS	16.00	1.40.700
ORDOVITALE 3	ORDOLOG	WINDOWS	3.57	1.40.600
PYXVITAL	PYXISTEM	WINDOWS	1.59.4	1.40.600
SAM.NET	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE)	WINDOWS	1.6.5	1.40.200
SAM.NET	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE)	WINDOWS	1.60	1.40.200
TELEVITALE	IDEA	WINDOWS	3.49	1.40.200
VITALZEN	COMUNICA	WINDOWS	1.0	1.40.600
Web Intellio	SEPHIRA	WINDOWS	3.03	1.40.200

ANNEXE 9 = Liste des praticiens fusionnée avec résultats quantitatifs

ACTEUR FSE.NET	AATLANTIDE	WINDOWS	1.54	1.40.200		3
						3
AFFID VITALE	AFFID SYSTEMES	WINDOWS	3.90	1.40.200		1
AFFID VITALE	AFFID SYSTEMES	WINDOWS	4.10	1.40.200		2
AFFID VITALE	AFFID SYSTEMES	WINDOWS	4.12	1.40.200		12
						15
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.50	1.40.600		1
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.54	1.40.600		1
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.55	1.40.600		8
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.56	1.40.600		63
AXIAM	COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS	WINDOWS	1.57	1.40.600		10
						83
CROSSWAY	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE	WINDOWS	21.00	1.40.600		4
CROSSWAY	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE	WINDOWS	21.01	1.40.600		16
						20
CROSSWAY VILIE	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE	WINDOWS	2.18	1.40.200		2
						2
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.79	1.40.200		2
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.80	1.40.200		2
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.81	1.40.200		1
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.82	1.40.200		50
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.91	1.40.200		6
EXPRESS VITALE	PROKOV EDITIONS	MAC-OS X	4.92	1.40.200		21
						82
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60C	1.40.200		2
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60P	1.40.600		3
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60R	1.40.600		1
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60S	1.40.600		13
HelloDOC	IMAGINE EDITIONS	WINDOWS	5.60T	1.40.600		42
						61
In'DI	CBA (CBA INFORMATIQUE LIBERALE)	SAGEM	1.30	1.40.200	Sans logiciel médical	1
In'DI	CBA (CBA INFORMATIQUE LIBERALE)	SAGEM	1.41	1.40.600	Sans logiciel médical	2
						3
INTELLIO	SEPHIRA	SAGEM	4.1	1.40.200	Sans logiciel médical	2
INTELLIO	SEPHIRA	SAGEM	4.6	1.40.600	Sans logiciel médical	12
INTELLIO	SEPHIRA	SAGEM	4.7	1.40.600	Sans logiciel médical	13
						27
MEDI + 4000	RM INGENIERIE	WINDOWS	7.A9	1.40.200		1
MEDI + 4000	RM INGENIERIE	WINDOWS	7.B4	1.40.200		2
						3
MEDCLICK	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE	WINDOWS	16.00	1.40.700		4
						4
ORDOVITALE 3	ORDOLOG	WINDOWS	3.57	1.40.600		1
						1
PYXVITAL	PYXISTEM	WINDOWS	1.59.4	1.40.600		2
						2
SAM.NET	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE	WINDOWS	1.6.5	1.40.200		2
SAM.NET	CLM (CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE	WINDOWS	1.60	1.40.200		6
						8
TELEVITALE	IDEA	WINDOWS	3.49	1.40.200		2
						2
VITALZEN	COMUNICA	WINDOWS	1.0	1.40.600		7
						7
Web Intellio	SEPHIRA	WINDOWS	3.03	1.40.200	Sans logiciel médical	2
						2

ANNEXE 10 = Copie du courrier de Mr ENRIETTO (Directeur de la CPAM) aux éditeurs

A Épinal, le 5 septembre 2017

Dossier suivi par Mme D.MIRE

Objet : Configuration des logiciels pour aider les professionnels de santé à être davantage efficaces sur l'axe Prévention.

Madame, Monsieur,

Depuis quelques années, nous constatons que les taux de participation aux dépistages des cancers, et à la vaccination contre la grippe notamment, sont en baisse voire en diminution.

Diverses actions ont été menées pour essayer de sensibiliser les assurés à l'importance de répondre positivement à ces programmes de prévention : mails ciblés selon certaines typologies de public, SMS de relance, actions de communication et manifestations lors d'octobre rose ou mars bleu, conférences-débat, etc... sans toutefois avoir le retour attendu.

Le rôle du médecin traitant étant primordial pour convaincre les patients de la nécessité de réaliser ces examens, nous avons donc pensé qu'il était important de lui fournir des outils lui permettant de faciliter le dialogue lors d'une consultation.

C'est pourquoi, Monsieur Adrien LECLERC, étudiant en médecine travaille dans le cadre de sa thèse à la réalisation d'alertes dans les programmes de gestion de la patientèle et de télétransmission permettant ainsi aux médecins généralistes de savoir si leurs patients sont concernés par l'un des programmes de prévention.

Nous souhaitons tester cette opportunité auprès d'une cinquantaine de médecins qui disposent des logiciels Axi Santé, Medistory et Hellodoc.

Nous comptons sur votre collaboration pour permettre à Monsieur Leclerc de pouvoir installer ces alertes dans les programmes.

Je vous remercie pour votre participation et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées

Le Directeur de la CPAM,



Pascal ENRIETTO

ANNEXE 11 = Critères inclusion/exclusion aide à la mise en place des rappels (outil destiné aux praticiens)

FCV

SEXE	AGE	Périodicité
FEMME	Age > 25	Annuelle
	Age > 30	Triennale

Reco actuelles : Femme de 25 à 65 ans (20 ans en DOM). Premier frottis à 25 ans pour un total de deux frottis à un an d'intervalle. Si normal : tous les 3 ans
 => divisé en deux sous groupes le groupe FCV : Un groupe de 25 à 30 ans avec surveillance annuelle (sous réserve du dossier médical, le médecin est libre de ne pas préconiser le FCV, il faut 2 FCV dans cette période)
 Un groupe de 30 à 65 ans avec surveillance triennale.

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-depistage>
<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-frottis-de-depistage>
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_col_de_lu

Grippe

SEXE	AGE	Périodicité	Autres
Ho et Fe	> 65	Annuelle	
Fe	> 15 < 65	Annuelle	Grossesse
Ho et Fe	> 15 < 65	Annuelle	Soignants
Ho et Fe	> 6 mois < 65	Annuelle	Asthme
			BPCO
			IRC
			Muco
			Dysplasie broncho-pulm
			Cardiopathies
			IC
			AVC
			Affec neuro-musculaire
			Affections rénales
			Déséquilibre
			Diabète
			Hépatopathies
			Déficit immunitaire
			EXCEPTION TTT PAR IG
Ho et Fe	> 6 mois < 65	Annuelle	IMC > 40

La vaccination de la grippe saisonnière est fortement recommandée pour les personnes les plus fragiles (personnes âgées de 65 ans et plus, femmes enceintes, personnes atteintes de certaines affections chroniques, personnes obèses). Le virus est plus dangereux pour elles car il peut entraîner des complications graves.
 La vaccination des soignants et des personnes en contact régulier avec des personnes présentant un risque de grippe sévère (personnes âgées, nourrissons, malades...) est vivement conseillée.
 => plusieurs sous-groupes devant l'éventail de populations différentes concernées. Pour les autres populations, vaccin potentiellement recommandé à titre conservateur mais non remboursé.

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe-saisonniere/prevention>
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/qr_professionnels_de_sante_grippe_2015-2016-2.pdf

CCR

SEXE	AGE	Périodicité
Ho et Fe	> 50 < 74	Bi-annuelle

Le CCR est le 3e cancer le plus fréquent en France et le 2e en termes de mortalité. La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du CCR est la plus élevée pour les deux sexes. Les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80 % des cas, surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas et sont liés à une prédisposition génétique dans 5 % des cas. Plus le CCR est diagnostiqué tôt, meilleur est le taux de survie (90 % de survie à 5 ans, pour les stades localisés).
 Dépistage organisé concerne les patients caractérisés à risque "Moyen", les risques "élevé" et "très élevé" font l'objet d'une prise en charge et une surveillance à part. Le dépistage organisé est pris en charge de manière privilégiée par les structures de gestion (AVOCECA dans les Vosges) mais le médecin participe à l'adhésion du patient au programme de dépistage, lui seul est en mesure d'écouter, rassurer, expliquer au patient les différentes modalités, tenants et aboutissants.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
<http://www.adeca68.fr/public/files/2015/Immuno/FMC-MG-FIT-08-04-2015.pdf>
<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Pour-votre-pratique>

ANNEXE 12 = Tutoriels d'aide à la configuration de rappels ciblés



Tutoriel pour VOUS aider à créer des rappels intelligents dans VOS logiciels.

Vous occupez une place prépondérante dans le système de santé actuel.

Ce travail peut vous permettre de réaliser par un geste de votre part, un pas en avant dans la prise en charge de vos patients et surtout, des économies de temps.

Votre logiciel médical n'est probablement pas utilisé de manière optimale.... mais ce n'est pas grave : en quelques clics ; en suivant le guide préparé par le jeune thésard en médecine générale que je suis, vous pourrez apprendre à vous servir de votre logiciel et d'une fonctionnalité très utile : **Les Rappels / Alertes** .

A quoi cela peut servir ? Pourquoi devriez vous prendre du temps à lire ces quelques pages ?

Il existe plusieurs raisons mais la principale reste : LA PREVENTION.

Par ailleurs, vous pourriez aider un jeune confrère dans son travail de thèse qui repose sur des outils que vous possédez déjà : un logiciel, un ordinateur, une souris et un téléphone (il faut que je puisse vous joindre).

- ⇒ Ne pensez-vous pas qu'après avoir ouvert un dossier X ou Y de 65 ans en fin de journée, après plus de 25 consultations, il peut être difficile de se rappeler que cette personne pourrait être protégée par un vaccin anti-grippal cet hiver ? Ou qu'au delà de traiter cette sinusite maxillaire vous pourriez lui rappeler qu'il serait bon que cette jeune patiente se souvienne de réaliser son frottis cervico-vaginal ?

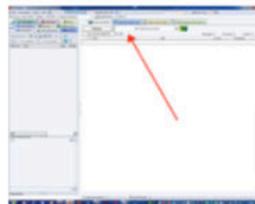
Et bien voilà, la technologie est là pour vous aider, pour aider vos patients, et en quelques minutes, un paramétrage de votre logiciel peut vous aider à tout changer..ou presque !

Alors..embarquons dans ce tutoriel, quelques minutes, pas à pas, suivez le guide !



Quelques étapes suffisent pour mettre en place des alertes groupées concernant des sous-groupes de population de patients dans AxiSanté (hommes et femmes âgés de plus de 65 ans, femmes âgées de plus de 25 ans, ...) mais il convient de respecter quelques étapes.

Par exemple si l'on cible les femmes âgées de plus de 25 ans : lors de l'ouverture du logiciel, la page que vous connaissez tous va s'afficher afin de permettre une recherche ciblée dite « par Nom »

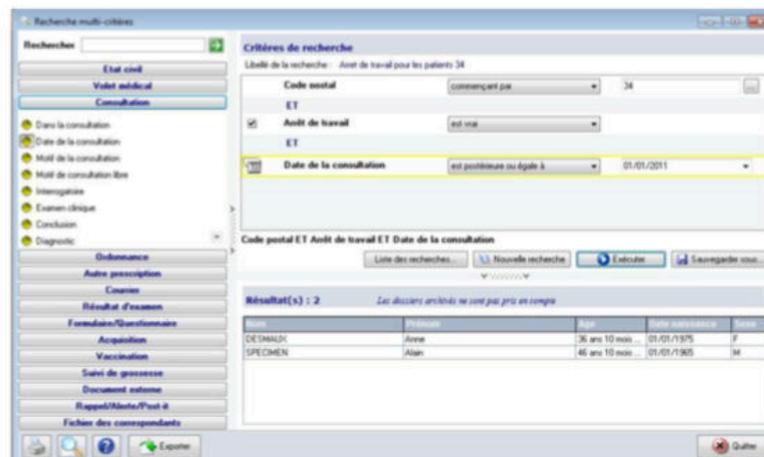


La création des rappels va se faire à partir des résultats de ce qu'on appelle la « Recherche Multi-Critères ».

Pour faire simple, on crée un sous-groupe de patients à partir du groupe « population globale » des patients. Cette recherche se fait à partir des critères désirés : femme, homme, âge, etc..

A vous de jouer !

Un clic sur « Outils » puis sur « Module de recherche multi-critères » puis sur « Nouvelle recherche »... pour l'instant, rien de bien compliqué, tout porte bien son nom.



La colonne de gauche permet de sélectionner les critères désirés selon le module métier. Et il est également possible de faire une recherche dans l'onglet de recherche tout en haut de cette colonne. Effectuer un clic sur un onglet du module métier permet de développer la liste des critères. Le résultat de la recherche s'affiche au fur et à mesure de la saisie. Utiliser la flèche présente en bas à droite de la liste développée afin d'accéder à tous les critères du module sélectionné. Effectuer un double-clic ou un glisser-déposer du critère à intégrer dans la recherche dans la zone critère de recherche afin de constituer la recherche.

Ainsi, s'affichent à l'écran de droite les différents critères sélectionnés. Pour chaque critère, on définit le type de recherche à l'aide du menu déroulant et on saisit l'élément recherché.

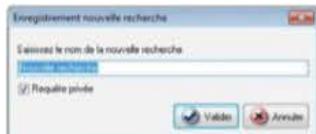
Entre chaque critère mis dans la recherche, la fonction ET s'ajoute spontanément. Un clic dessus permet de le passer en OU afin de construire la recherche selon différents critères.

Liste des recherches... Permet d'afficher la fenêtre de la liste des recherches multi-critères.

Exécuter Permet de lancer la recherche selon les différents critères sélectionnés et renseignés.

Nouvelle recherche Permet de créer une nouvelle recherche.

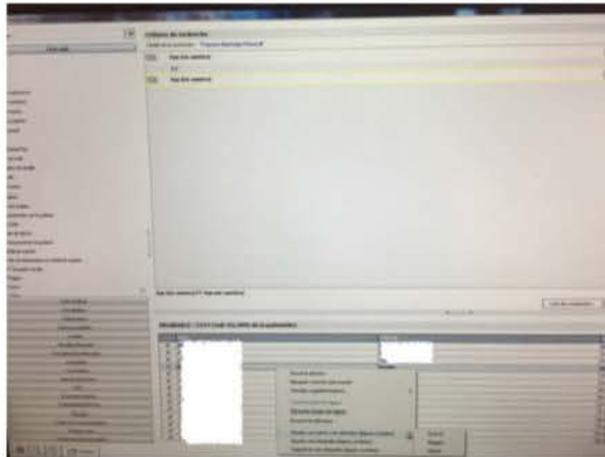
Sauvegarder sous... Permet d'enregistrer la recherche en cours avec les critères renseignés. Un clic sur le bouton affiche la fenêtre suivante :



A vous de donner le nom qu'il vous plaira à votre recherche, cela permettra d'accéder aux résultats (dossiers concernés) ultérieurement.

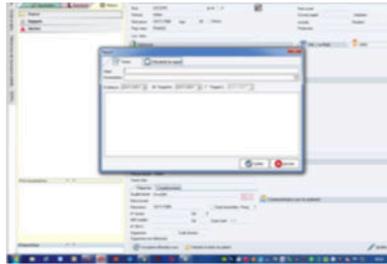
Les résultats s'affichent dans la « zone de résultats » et vous retrouvez donc à cet endroit tous les dossiers concernés par votre recherche.

Un clic droit sur la liste des dossiers (n'importe où) afin de cliquer sur « Cocher toutes les lignes » permettant ainsi de sélectionner tous les dossiers patients correspondant à votre recherche multi-critères.

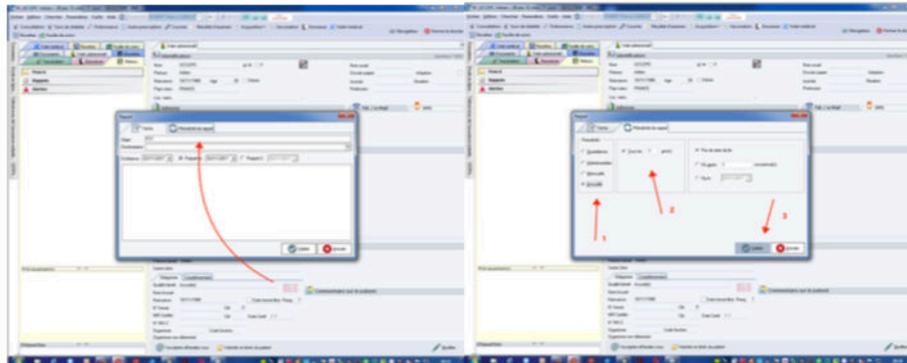


Un nouveau clic droit sur la liste vous permet d'obtenir à nouveau la fenêtre de choix dont la ligne « Ajouter un mémo à la sélection (lignes cochées) » puis cliquer sur « Rappel ».

Ainsi, la fenêtre de création de rappel s'affichera puis, à la fin de cette étape, le rappel sera créé dans l'ensemble des dossiers.



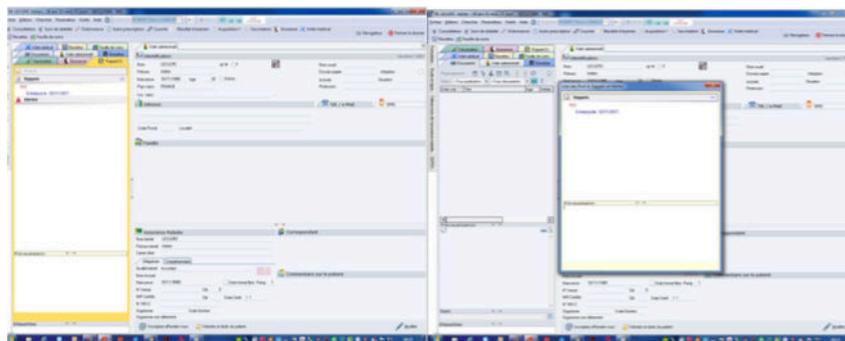
A vous de déterminer le nom de ce rappel puis grâce à l'onglet « périodicité du rappel », vous choisissez la...périodicité (dépistage triennal du FCV, vaccination annuelle anti-grippale, etc..).



Cliquer sur « Valider ».

Et voilà, **le rappel est créé !!**

A l'ouverture ultérieure du dossier, l'onglet clignotera jusqu'à un quelconque mouvement de votre part, libre à vous d'ignorer le rappel...ou de prendre en compte la notification.



Après avoir fait le rappel pour le patient désigné, un clic sur la fenêtre permet de retourner à la liste des résultats de votre recherche multi-critères et le dossier que vous venez de quitter s'affichera désormais en **gras**.

4

Et voilà, vous êtes désormais capables de créer n'importe quel sous-groupe de patient, et d'y attribuer n'importe quel rappel. BRAVO !

Je vous propose en pièce jointe un tableau récapitulatif de différents axes de prévention possible, merci d'y jeter également un coup d'œil, il fait suite aux plus récentes recommandations des sociétés savantes.

Merci à vous !

HelloDoc est un logiciel facile d'utilisation.

Ainsi, en quelques lignes, vous saurez mettre en place des rappels et alertes permettant de cibler des sous-groupes de vos patients (hommes et femmes âgés de plus de 65 ans, femmes âgées de plus de 25 ans, ...).

La première étape à réaliser est de cliquer sur la **loupe** ce qui permet d'ouvrir la **recherche multicritères (RMC)**.

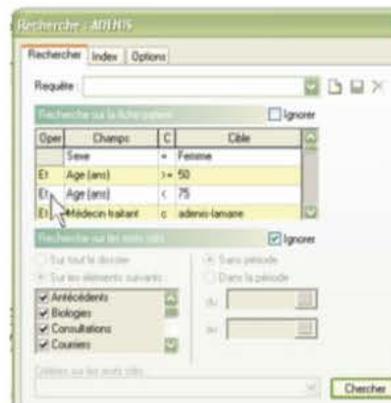


Malheureusement dans beaucoup de vos cabinets ce fichier n'aura jamais été construit ou n'est pas à jour (...) il faut donc cliquer sur **oui** sur la fenêtre qui s'ouvre.



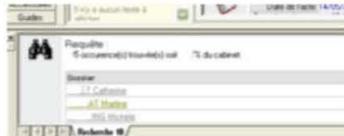
La construction du fichier va alors s'effectuer. Il est plutôt conseillé de cliquer sur cette touche un soir avant la fermeture du cabinet par exemple, et de laisser l'ordinateur tourner toute la nuit afin d'effectuer cette mise à jour car cela peut prendre jusqu'à huit heures si le fichier n'a jamais été créé...

Une fois ce fameux fichier créé, la recherche se fait sur la partie « Recherche sur la fiche patient », va donc apparaître cette fenêtre que vous pourrez remplir à votre guise afin de sélectionner les critères d'inclusion de ces fameux sous-groupes (et de manière générale, tous les critères que vous jugerez judicieux d'utiliser).

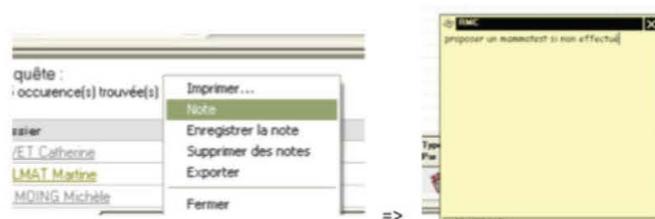


Il ne faut pas oublier de vérifier la première colonne « opérateur », si « OU » apparaît, cliquer dessus pour le transformer en « ET ».

Il suffit ensuite de cliquer sur « Chercher » et après quelques secondes d'attente, va alors apparaître en bas de page la liste recherchée ; le % du cabinet n'a pas de sens car cela ne tient pas forcément compte des gens de passages, des décès, des patients ayant quitté le cabinet.



Un clic droit dans cette fenêtre et apparaît un menu, il faut cliquer sur « Note » et le post-it qui servira de rappel apparaît (en jaune sur cet exemple).



A vous d'écrire ce qu'il vous plaira (proposer vaccin anti-grippal, proposer vaccin zona, proposer frottis cervico-vaginal, rappeler l'intérêt du dépistage Hémo occult, etc.). Tandis que ce post-it est ouvert, faites un clic droit à côté afin d'ouvrir un menu vous permettant notamment de renommer cette note.



(Libre à vous de choisir le nom de note qu'il vous plaira..)

Après toutes ces avancées, il ne vous reste plus qu'à « **Enregistrer cette note** » Soit HelloDoc vous demande l'autorisation d'enregistrer cette note, soit un clic droit comme précédemment puis **Enregistrer la note**.



Désormais, à chaque ouverture d'un dossier patient concerné par les critères que VOUS avez définis, un post-it s'ouvrira, vous rappelant ainsi de proposer un éventuel dépistage, ou d'évoquer le sujet avec votre patient.

Si d'aventure, vous souhaitez revenir en arrière et supprimer telle ou telle note, rien de plus simple : un clic sur le menu « fichier » puis sur « Gérer des notes ». On coche la note concernée, et on...valide. En quelques secondes, les notes concernées seront effacées de tous les dossiers concernés.



Et voilà, vous êtes désormais capables de créer n'importe quel sous-groupe de patient, et d'y attribuer n'importe quel rappel. BRAVO !

Je vous propose en pièce jointe un tableau récapitulatif de différents axes de prévention possible, merci d'y jeter également un coup d'œil, il fait suite aux plus récentes recommandations des sociétés savantes.

Merci à vous !

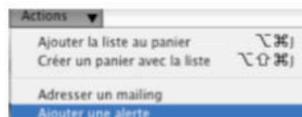
Quelques étapes suffisent pour mettre en place des alertes groupées concernant des sous-groupes de population de patients dans MediStory (hommes et femmes âgés de plus de 65 ans, femmes âgées de plus de 25 ans, ...).

Après ouverture du logiciel, il faut réaliser une archive préalable du fichier patients (plusieurs raisons à cela : création de fichiers de mots-clés comparativement à vos dossiers, mise à jour et enregistrement coordonnés de vos dossiers et vos fichiers).

Construire la recherche multicritères (RMC) répondant à l'objectif désiré puis clic sur « Rechercher », cela permettra d'obtenir la liste des dossiers sélectionnés et répondant à vos critères choisis.

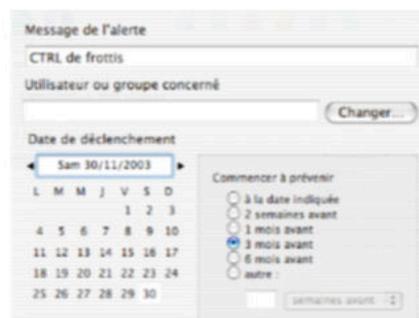
Entre nous, il est de bon temps de vérifier la véracité de la liste (au cas où un homme se serait glissé dans le sous groupe des femmes auxquelles nous souhaitons proposer un frottis cervico-vaginal...).

A partir du moment où la liste est cohérente, il ne vous reste plus qu'à cliquer en bas à gauche de la fenêtre, sur le bouton « Actions ».



Puis sur « Ajouter une alerte ».

S'ouvre alors la fenêtre de dialogue habituelle pour la rédaction d'une alerte.



Vous décidez du nom, du sous-groupe choisi (celui en cours bien évidemment), la périodicité, le mode d'action (affichage à l'ouverture du dossier, etc..).

Dès que vous cliquez sur « Suivant », l'enregistrement de l'alerte s'effectue dans tous les dossiers de la sélection choisie.

Et voilà, vous êtes désormais capable de créer n'importe quel sous-groupe de patient, et d'y attribuer n'importe quel rappel. BRAVO !

Je vous propose en pièce jointe un tableau récapitulatif de différents axes de prévention possible, merci d'y jeter également un coup d'œil, il fait suite aux plus récentes recommandations des sociétés savantes.

Merci à vous !

ANNEXE 13 = Questionnaires en lignes disponibles sur LimeSurvey

GG1. Questionnaire

Utilisez-vous la fonctionnalité de mise en place de rappels ? Oui Non Sans réponse

Pensez-vous que vous présenter le tutorial de manière physique permet une meilleure prise en main ? Oui Non Sans réponse

Après présentation du tutorial, trouvez-vous votre logiciel aisé d'utilisation ? Oui Non Sans réponse

Vous avez désormais les clés en main, pensez-vous l'utiliser ? Oui Non Sans réponse

Le tutorial est-il de compréhension aisée ? Oui Non Sans réponse

Avez-vous été formé à l'utilisation du logiciel par l'éditeur ou une tierce personne ? Oui Non Sans réponse

Pourriez-vous utiliser cet outil de mise en place de rappels pour d'autres attributions (mise à jour ALD, biologie systématique diabétique, contrôle PSA, contrôle dentaire, contrôle coloscopie) ? Oui Non Sans réponse

Est-ce intéressant que la fonction de rappels ciblés sur des groupes permettent le dépistage de patients qui auraient pu échapper à la vigilance ? Oui Non Sans réponse

Avez-vous des commentaires quelconques à faire suite à cette évaluation ?

Quel logiciel utilisez-vous ?
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

AxiSanté
 MédiStory
 HelloDoc
 Sans réponse

Charger un questionnaire non terminé | Finir plus tard | Envoyer | Sortir et effacer vos réponses

cpam-vosges.fr

La présentation physique vous a-t-elle aidé dans la prise en main du tutorial ? Oui Non Sans réponse

Concernant la programmation de rappels et après cette période « TEST », votre logiciel vous semble-t-il adapté à la prévention en médecine générale ? Oui Non Sans réponse

Avez-vous utilisé le tutorial pour mettre en place des rappels ? Oui Non Sans réponse

Le tutorial était-il aisé à comprendre après notre départ ? Oui Non Sans réponse

Concernant le logiciel et les programmations, auriez-vous aimé bénéficier d'une courte formation professionnelle ? Oui Non Sans réponse

Avez-vous utilisé cet outil dans d'autres domaines ? Oui Non Sans réponse

L'outil vous a-t-il permis de dépister des patients qui auraient pu échapper à cette prise en charge de prévention grâce à la fonction de rappels ciblés sur des groupes ? Oui Non Sans réponse

Si vous n'avez pas utilisé l'outil, pouvez-vous me dire pourquoi ?

Avez-vous des commentaires quelconques à faire suite à cette évaluation ?

Quel logiciel utilisez-vous ?
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

AxiSanté
 MédiStory
 HelloDoc
 Sans réponse

Charger un questionnaire non terminé | Finir plus tard | Envoyer | Sortir et effacer vos réponses

ANNEXE 14 = Liste des variables utilisées dans l'étude

- La variable binaire moda qui indique la modalité de l'enquête (En présentiel ou par téléphone).
- La variable util.rappels pour la question "Utilisez-vous la fonctionnalité de mise en place de rappels?", posée à J0 et J30, par téléphone et en présentiel (réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q1 pour la question "Pensez-vous que vous présenter le tutoriel de manière physique permet / permettrait une meilleure prise en main?", posée à J0, en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q2 pour la question "Après présentation du tutoriel, trouvez-vous votre logiciel aisé d'utilisation?", posée à J0 en présentiel (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q3 pour la question "Vous avez désormais les clés en main, pensez-vous l'utiliser?", posée à J0 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q4 pour la question "Le tutoriel est-il de compréhension aisée?", posée à J0 en présentiel (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q5 pour la question "Avez-vous été formé à l'utilisation du logiciel par l'éditeur ou une tierce personne?", posée à J0 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q6 pour la question "Pourriez-vous utiliser cet outil de mise en place de rappels pour d'autres attributions (mise à jour ALD, biologie systématique diabétique, contrôle PSA, contrôle dentaire, contrôle coloscopie)?", posée à J0 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q7 pour la question "Est-ce intéressant que la fonction de rappels ciblés sur des groupes permette le dépistage de patients qui auraient pu échapper à la vigilance?", posée à J0 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable qualitative nominale q8 pour la question "Quel logiciel utilisez-vous?", posée à J0 et J30, en présentiel et par téléphone.
- La variable binaire q10 pour la question "La présentation physique vous a-t-elle aidé dans la prise en main du tutoriel?", posée à J30 en présentiel (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q11 pour la question "Concernant la programmation de rappels après cette période "TEST", votre logiciel vous semble-t-il adapté à la prévention en médecine générale?" posée à J30 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).

- La variable binaire q12 pour la question “Avez-vous utilisé le tutoriel pour mettre en place des rappels?”, posée à J30 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q14 pour la question “Le tutoriel était-il aisé à comprendre?”, posée à J30 par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q15 pour la question “Le tutoriel était-il aisé à comprendre après notre départ?”, posée à J30 en présentiel (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q16 pour la question “Concernant le logiciel et les programmations, auriez-vous aimé bénéficier d’une courte formation professionnelle?”, posée à J30 par téléphone et en présentiel (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q17 pour la question “Avez-vous utilisé cet outil dans d’autres domaines?”, posée à J30 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La variable binaire q18 pour la question “L’outil vous a-t-il permis de dépister des patients qui auraient pu échapper à cette prise en charge de prévention grâce à la fonction de rappels ciblés sur des groupes?”; posée à J30 en présentiel et par téléphone (Réponses possibles: oui ou non).
- La question q9: “Avez-vous des commentaires quelconques à faire suite à cette évaluation?”, posée à J0 et J30 en présentiel et à J30 par téléphone.
- La question q19: “Si vous n’avez pas utilisé l’outil, pouvez-vous me dire pourquoi”, posée à J30, en présentiel et par téléphone.

Annexe 15 = Figures

```
##
##           presentiel telephone
##  AxiSanté           14          10
##  HelloDoc           4           5
##  MédiStory          5           10
```

```
##
## Fisher's Exact Test for Count Data
##
## data:  table(etudj0$q8, etudj0$moda)
## p-value = 0.3245
## alternative hypothesis: two.sided
```

Figure 1. Test de Fisher exact : absence de différence significative de la répartition des logiciels

```
##      Oui Non
## J0   16  33
## J30  32  17
```

```
##
## Pearson's Chi-squared test
##
## data:  tabj0j30
## X-squared = 10.453, df = 1, p-value = 0.001224
```

Figure 2. Test de Chi-deux : différence significative de l'utilisation de la fonction de la mise en place de rappels entre J0 et J30

```
##           Oui Non
## Téléphone    9 16
## Présentiel   7 17
```

```
##
## Fisher's Exact Test for Count Data
##
## data: matcompj0
## p-value = 0.7624
## alternative hypothesis: true odds ratio is not equal to 1
## 95 percent confidence interval:
##  0.3511624 5.4354760
## sample estimates:
## odds ratio
##  1.357376
```

Figure 3. Test de Fisher exact : Absence de différence significative de mise en place des rappels à J0 quelque soit l'intervention

Utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels à J30 Par modalité

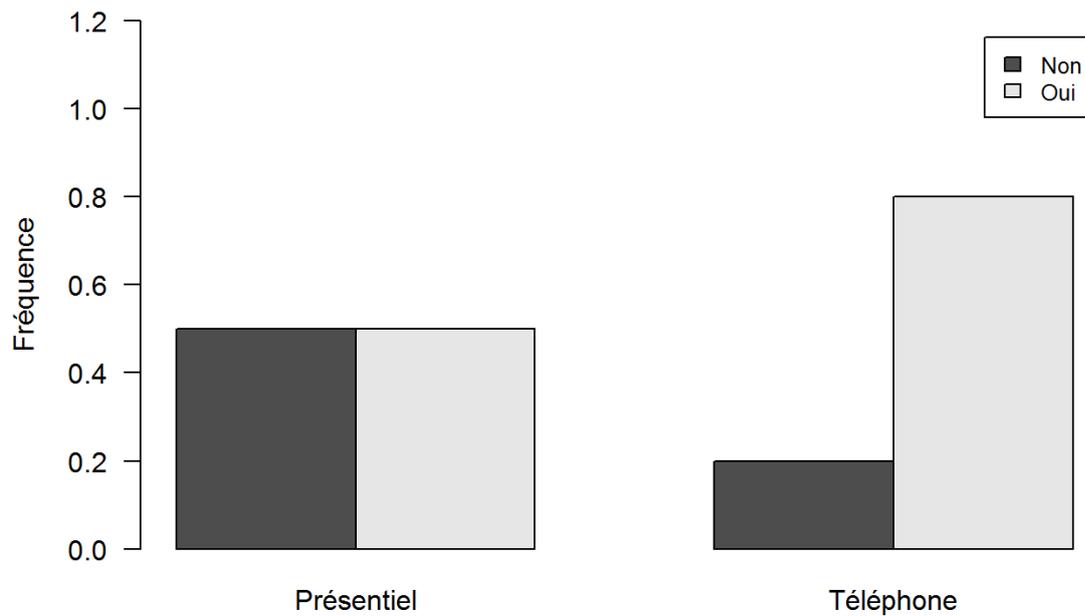


Figure 4. Utilisation de la fonctionnalité de mise en place de rappels à J30 en fonction de la modalité

```
##           Oui Non
## Téléphone  20  5
## Présentiel 12 12
```

```
##
## Fisher's Exact Test for Count Data
##
## data: matcompj30
## p-value = 0.03776
## alternative hypothesis: true odds ratio is not equal to 1
## 95 percent confidence interval:
##  0.9741122 17.8188393
## sample estimates:
## odds ratio
##  3.881887
```

Figure 5. Test de Fisher exact : différence limite de la significativité entre les deux modalités, à J30

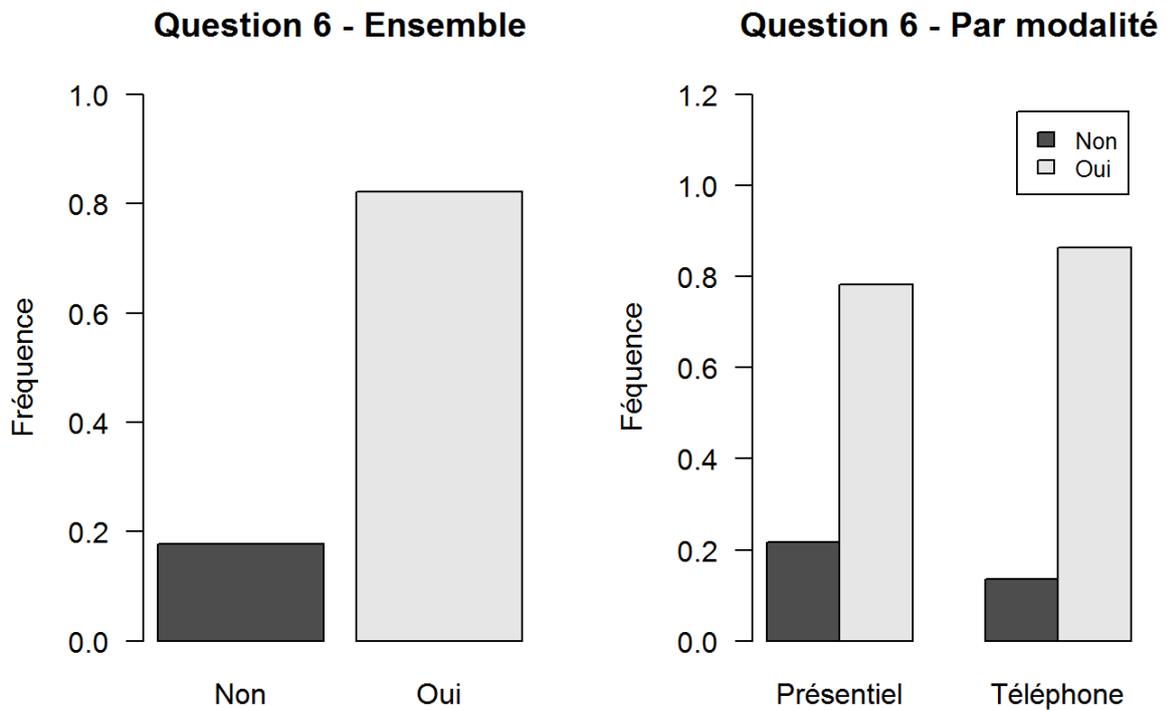


Figure 6. Utilisation de la mise en place de rappels pour d'autres attributions

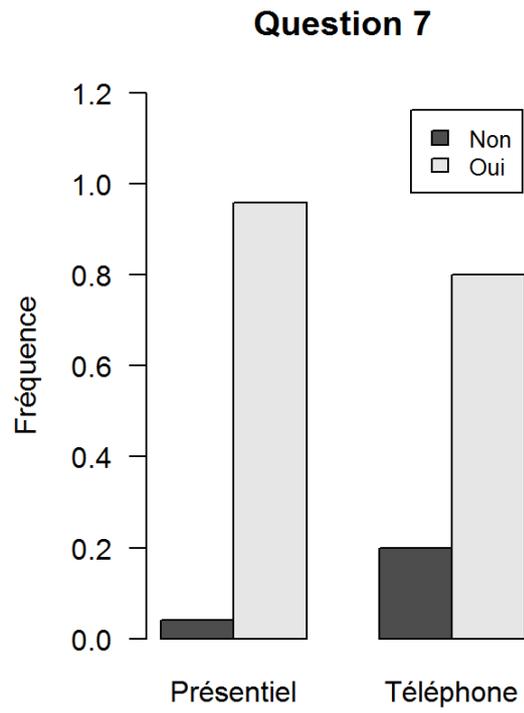
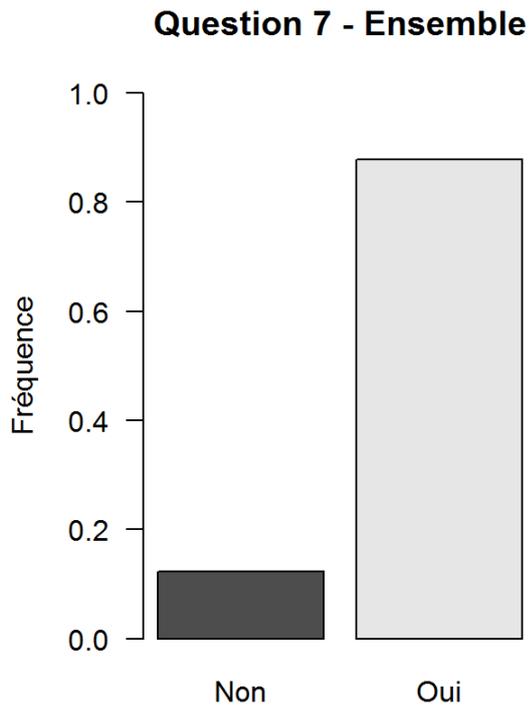


Figure 7. Possibilité d'utiliser les rappels pour des patients hors-circuit

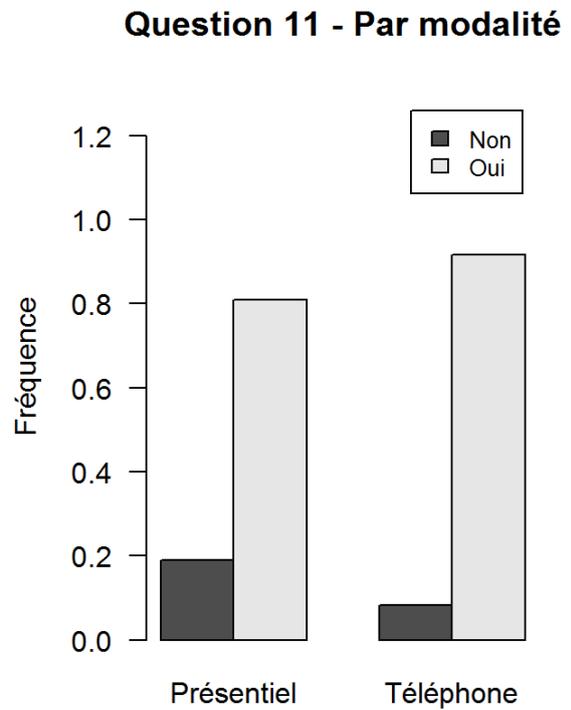
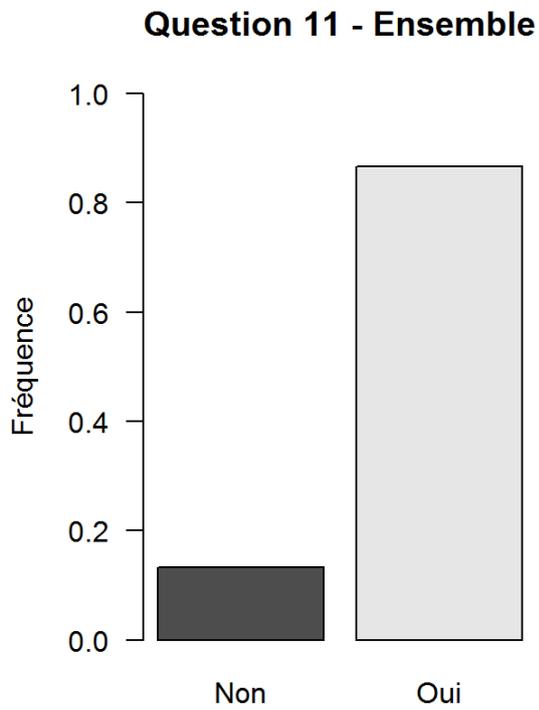


Figure 8. Logiciel adapté en médecine générale

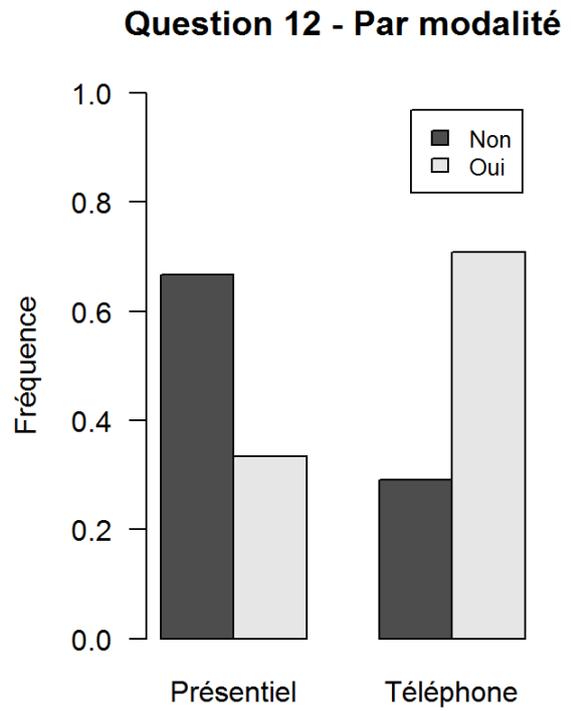
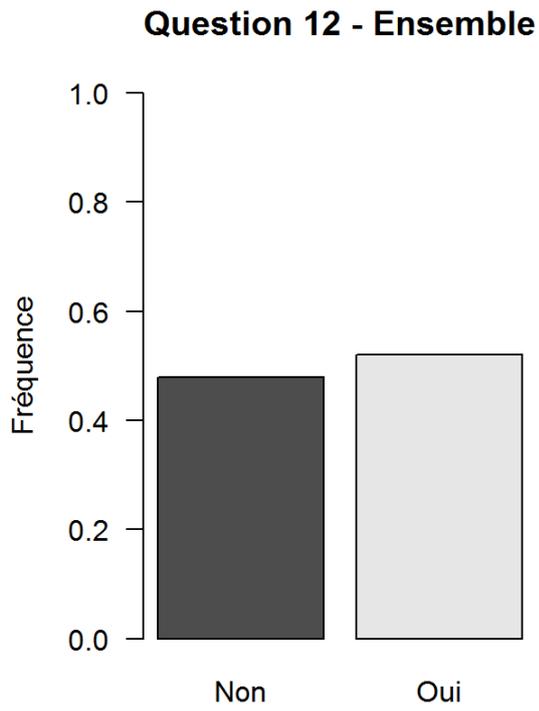


Figure 9. Utilisation du tutoriel pour mettre en place des rappels

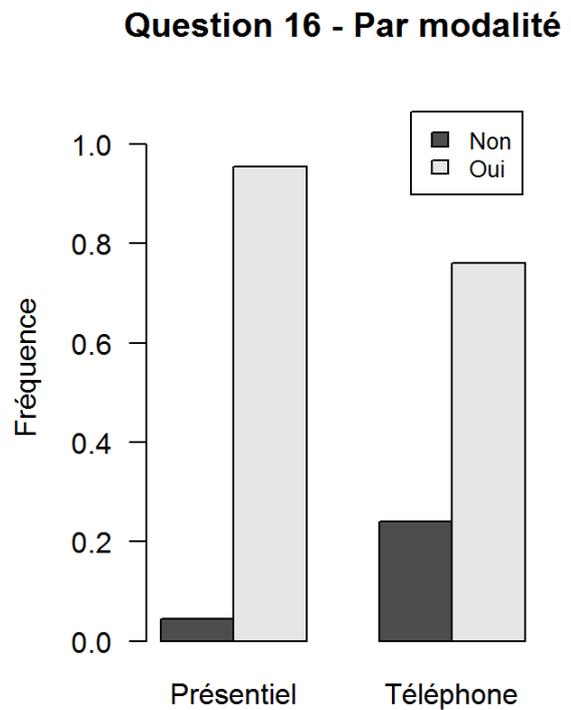
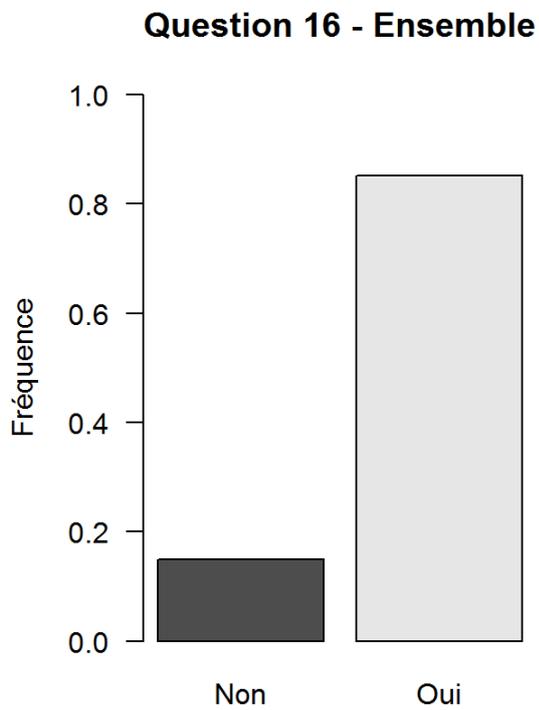


Figure 10. Volonté d'une formation professionnelle

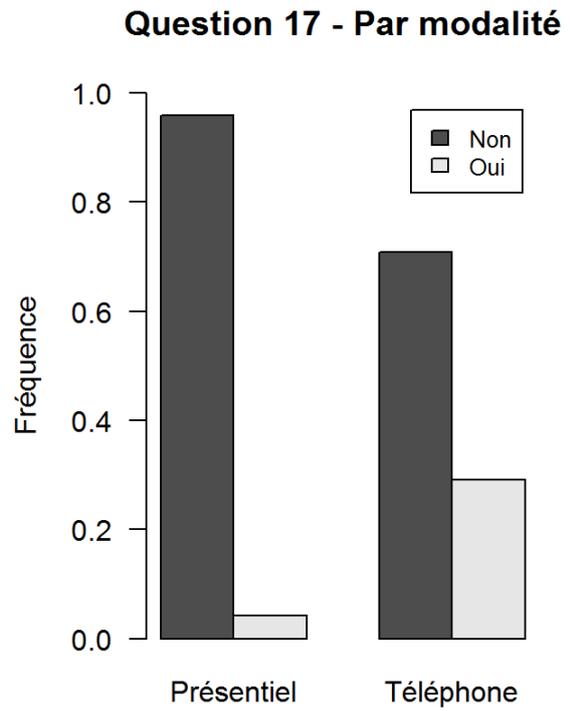
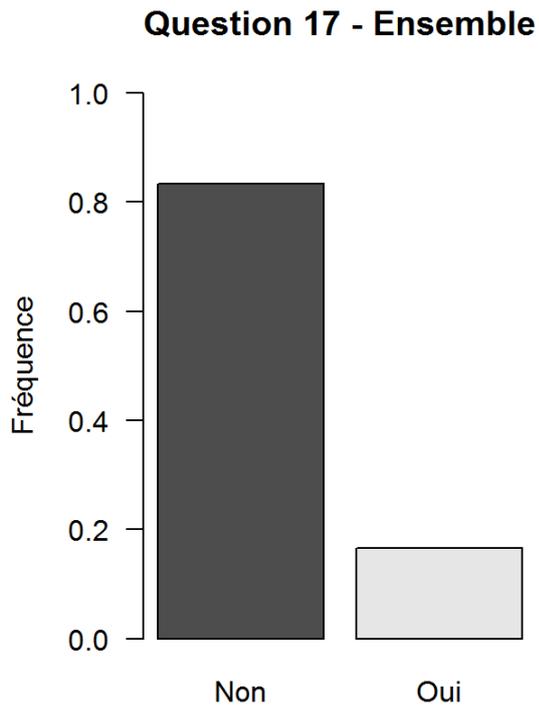


Figure 11. Utilisation de l'outil dans d'autres domaines

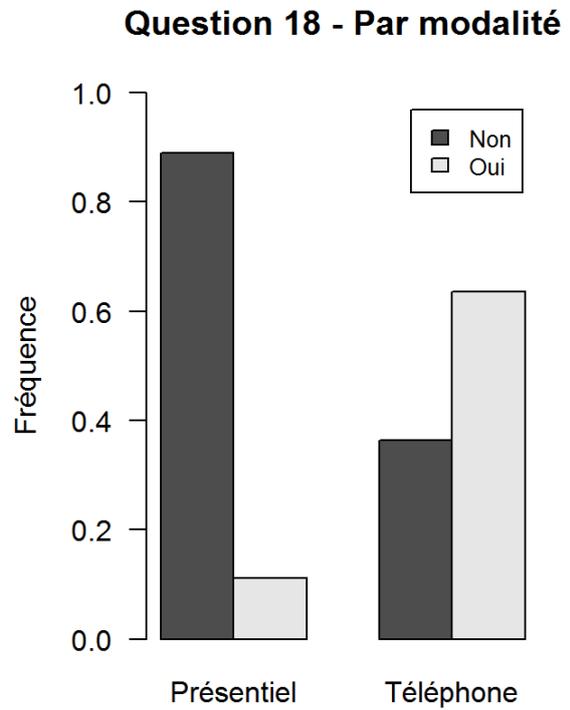
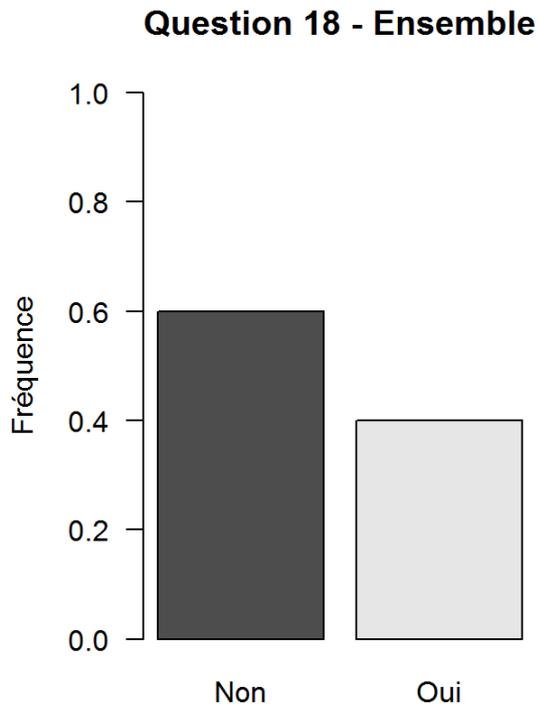


Figure 12. Dépistage proposé à patients hors-circuit

Imprimatur

VU

NANCY, le **22 février 2019**
Le Président de Thèse

Professeur Nicolas JAY

NANCY, le **25 février 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10629

NANCY, le **04 mars 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

OBJECTIF = Création et évaluation d'un tutoriel permettant la mise en place d'alertes contextuelles dans des grands domaines de prévention sur les principaux logiciels médicaux en médecine générale afin de promouvoir la prévention dans les Vosges. Trois domaines de prévention ont été mis en avant : les dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, et la vaccination antigrippale.

METHODE = Étude interventionnelle auprès de praticiens vosgiens. La première étape était la réalisation d'un tutoriel pour les trois logiciels médicaux les plus utilisés dans les Vosges. L'évaluation se faisait ensuite via des questionnaires sur deux groupes d'utilisateurs des trois logiciels après présentation du tutoriel. Un groupe avec évaluation d'une intervention physique (auteur ou intervenants informaticiens) et un groupe avec une intervention téléphonique.

RESULTATS = 114 praticiens utilisant les logiciels ciblés ont été contactés. 49 praticiens ont accepté de répondre aux questionnaires d'évaluation. 51% des praticiens interrogés ont utilisé le tutoriel pour mettre en place des alertes. 79% des praticiens interrogés trouvaient leur logiciel adapté à la prévention mais 81% souhaiteraient qu'une aide à l'utilisation de leur logiciel soit proposée par les éditeurs. 33% des praticiens ont estimé que cet outil leur permettait de dépister des patients qui auraient pu échapper à ces phases de prévention.

CONCLUSION = L'impact réel sur la prévention n'a pu être démontré statistiquement mais a été déclaré subjectivement par les praticiens. Ils relèvent majoritairement la nécessité de formations complémentaires et professionnelles par les éditeurs. Cela pourrait être une piste d'amélioration des chiffres de prévention.

TITRE EN ANGLAIS :

Looking into a more effective use of software in primary care to cater to patients' needs as regards preventive healthcare.

MOTS-CLEFS :

Logiciel, Prévention, Médecine Générale, Promotion de la Santé, Software, Prevention, General Practice, Health Promotion, Primary care policy.

THÈSE : Spécialité Médecine Générale. Année 2019

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex