2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale

Revue de littérature

AUDRAN Florian
Né le 24/03/1989 à Rennes (35)

Sous la direction de M. le Professeur HUEZ Jean-François

Membres du jury

Mme le Professeur GOHIER Bénédicte	Président
M. le Professeur HUEZ Jean-François	Directeur
Mme le Docteur DE CASABIANCA Catherine	Membre
M. le Docteur HERAULT Dominique	Membre

Soutenue publiquement le :
18/10/2016

université angers

UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) AUDRAN Florian
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le **18/09/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD
Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE
Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine

BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie

CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ,
Pour m'avoir accompagné et encadré tout au long du parcours, pour votre investissement bienveillant dans ce travail ainsi que pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

A Madame le Professeur Bénédicte GOHIER,
Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

A Madame le Docteur Catherine DE CASABIANCA,
Pour m'avoir fait l'honneur de juger mon travail et pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Dominique HERAULT,
Pour m'avoir fait l'honneur de juger mon travail et pour m'avoir accompagné tout au long de mon internat en tant que tuteur, pour votre disponibilité et votre bienveillance dans cette fonction.

A tous mes maîtres de stage, Dr ROSENZWEIG, Dr BOIVENT, Dr JUDALET-ILLAND, Dr COQUART, Dr HABERT, Dr LE GOUEFFLEC, Dr MADINGOU-MENARD, Dr MAZEAU
Pour m'avoir accueilli dans votre cabinet et avoir partagé avec moi vos connaissances et votre passion pour la médecine générale.

Aux médecins hospitaliers et enseignants qui se sont donnés la peine de transmettre et partager.

A mes parents, mes frères,
Pour m'avoir offert les meilleures conditions pour grandir et m'avoir toujours soutenu au cours de ce long parcours.

Au reste de ma famille,
Pour votre soutien

A ma belle-famille,
Pour m'avoir fait une place parmi vous

A mes amis et co-externes de la promotion rennaise avec mention spéciale à Alexandre.
A mes amis et co-internes de la promotion angevine avec mention spéciale à Hadrien.
A mes amis pacéens, d'hier et d'aujourd'hui, avec mention spéciale à Cédric, Mathieu, Floriane.
Pour tous les bons moments ensemble, passés ou à venir

A Anne,
Pour ta présence à mes côtés au quotidien, tout le bonheur que tu m'apportes et l'heureux évènement qui nous attend.

Liste des abréviations

PMI	Protection Maternelle et Infantile
OMR	Optical Mark Reader
PHQ	Patient Health Questionnaire
VPP	Valeur Prédictive Positive
VPN	Valeur Prédictive Négative
Se	Sensibilité
Sp	Spécificité
CHICA	Child Health Improvement Through Computer Automation
SERM	Selective Estrogen Receptor Modulators
SMS	Short Message Service
IVR	Interactive Voice Response
eSBI	electronic Screening and Brief Intervention
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
M-3	My-Mood-Monitor ou 3 Minutes Test for Depression, Anxiety, Bipolar Disorder and PTSD
CHQ	CHQ (College Health Questionnaire)
SAMScore	Self Assesment Melanoma risk Score
DAST-10	The Drug Abuse Screening Test – 10 items
ASSIST	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
eCHAT	electronic Case-finding and Help Assessment Tool
GAD7	Generalized Anxiety Disorder 7-item
MG	Médecine Générale

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

Identification et sélection des études

Méthodologie de l'analyse des études et extraction des données

RÉSULTATS

Diagramme de flux

Tableau de synthèse des résultats

Concept/intérêts de l'auto-questionnaire en salle d'attente

Spécificités en fonction du procédé

Limites liées au concept général

DISCUSSION et CONCLUSION

Principaux résultats

Points forts de l'étude

Limites de l'étude

Présentiel obligatoire ?

D'où vient la demande ?

Extrapolation de la faisabilité à la pratique française ?

Place du médecin ? Implications sur la pratique

Conclusion et perspectives de recherche

BIBLIOGRAPHIE

Liste des figures

Table des matières

Annexes

RESUME

Introduction : L'objectif de cette étude était d'étudier l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale ou de soins primaires assimilables, afin d'en mettre en évidence les modalités, les intérêts et les limites.

Méthode : Une revue de littérature narrative a été réalisée à travers les bases de données Pubmed et Cochrane. Les articles inclus devaient avoir été publiés après 1990, être rédigés en français ou en anglais.

Résultats : Vingt-trois articles ont été inclus. Les auto-questionnaires permettaient d'aborder un grand nombre de thématiques et étaient décrits pour la plupart comme intéressants en pratique comme support ou outil pour le dépistage, l'aide au diagnostic, l'aide à la décision clinique, le travail sur la modification des comportements à risque. Parmi les procédés utilisés pour soumettre l'auto-questionnaire aux patients, ceux qui étaient au moins partiellement automatisés étaient particulièrement intéressants, par le gain de temps et les fonctions annexes permises. Des limites à leur utilisation pouvaient être décrites avec notamment des inquiétudes sur la confidentialité des résultats et sur la perturbation du fonctionnement du cabinet.

Conclusion : Les expérimentations ayant déjà eu lieu sont globalement favorables à ce processus et il serait intéressant de l'intégrer à la pratique après quelques ajustements.

Mots-clefs : auto-questionnaire, salle d'attente, médecine générale, soins primaires, intérêts, limites, revue de littérature

INTRODUCTION

En 2000, le Conseil national de l'ordre des médecins évoque la salle d'attente en ces termes : « lieu de passage et de séjour du public, la salle d'attente des médecins fut de tout temps un endroit d'échange et d'information. (…) Il est donc tentant de [lui] offrir, outre les revues classiques destinées à [le] distraire, différentes affiches, revues et dépliants, ou autres matériels à but informatif ou publicitaire » (1).

Aucune donnée chiffrée n'est décrite pour le temps passé en salle d'attente de médecine générale en France mais il est estimé à 20,2 minutes, aux Etats-Unis, toutes spécialités confondues (2) alors que la consultation (chez le médecin généraliste en France) dure en moyenne 15 minutes (3).

Selon les médecins généralistes, elle est considérée comme « un lieu approprié pour l'information médicale » où existe un « intérêt à varier les supports d'information pour toucher un maximum de monde » (4). Les patients semblent du même avis : « à travers diverses enquêtes menées entre 2005 et 2009, on observe un changement de position des patients qui considèrent la salle d'attente comme un lieu d'information et d'éducation à la santé, après le rôle d'attente » (5).

Le principal vecteur d'informations et d'éducation dans les salles d'attente est l'affichage. Pourtant, dans une thèse analysant son impact, « sur les 26 thèmes d'affiche analysés, seuls 3 thèmes étaient associés à une augmentation significative du nombre de motifs de consultation en rapport » (6). Alors bien sûr, « l'impact limité de l'affichage en salle d'attente ne retire pas pour autant toute pertinence à ce vecteur de communication, qui peut se justifier aussi par ses fonctions d'information générale, de pédagogie, d'accueil, de mise en condition des patients et même de décoration » (6) mais il ressort de plusieurs travaux une exploitation insuffisamment efficace de cet espace et du temps qui y est passé par rapport aux attentes des médecins. Et ce ne sont pas les livrets d'information qui améliorent la situation : « Les patients visualisent, mais surtout mémorisent nettement mieux les informations contenues sur une affiche murale comparativement à celles contenues dans un livret d'information »

(5). Les praticiens ont d'ailleurs bien conscience des insuffisances des supports classiques : « l'efficacité du message n'est pas toujours à la hauteur de [leur] espérance » (4).

Il existe d'autres façons d'exploiter la salle d'attente de manière à lui attribuer « un rôle plus utile dans la prestation de soins de santé de grande qualité et améliorer la satisfaction à propos de la consultation patient-médecin et son efficacité » (7). Outre la mise à disposition de matériel éducatif pour les patients, certains auteurs décrivent l'utilisation possible de fiches de questions à poser, d'aides à la prise de décisions et de questionnaires validés.

Cette dernière modalité retient l'attention notamment parce qu'elle nécessite une implication active du patient et permet éventuellement de lui donner une information, des conseils personnalisés. Tous ces éléments, manquants dans les modalités « classiques » que sont l'affichage et les dépliants, sont a priori susceptibles d'améliorer l'impact du médium sur le patient.

Si l'utilisation d'auto-questionnaires en France n'a rien de nouveau, elle a surtout lieu en milieu hospitalier à des fins de recherche, d'évaluation. Elle est a priori très faible en milieu ambulatoire, notamment en tant qu'outil de prévention.

L'objectif de ce travail était de rechercher et d'analyser dans la littérature médicale les articles traitant de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale ou de soins primaires assimilables (par l'importance de la prévention dans leurs rôles) afin d'en mettre en évidence les intérêts et les limites.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une revue de littérature narrative portant sur l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de soins primaires ayant pour objectif de décrire les diverses possibilités expérimentées sans exhaustivité sur les thématiques. La recherche en langue française n'a pas apporté de données.

La recherche a été menée de la manière suivante :

La majeure partie des articles sélectionnés l'ont été à partir d'une méthode la plus systématique possible, sur les bases de données : PubMed et The Cochrane Library entre le 25/08/2015 et le 04/09/2015 avec comme équations de recherche :

- Recherche 1 : screening AND waiting room AND primary care (search all text) sur Pubmed le 25/08/2015
- Recherche 2 : screening AND waiting room (search all text) sur Pubmed le 31/08/2015
- Recherche 3 : screening AND waiting room AND primary care (search all text) sur The Cochrane Library le 04/09/2015
- Recherche 4 : screening AND waiting room (search all text) sur The Cochrane Library le 04/09/2015

Critères d'inclusion :

Les articles ont été sélectionnés sur la base de leur abstract : articles publiés depuis 1990, traitant de l'utilisation d'auto-questionnaires, en salle d'attente, en médecine générale et en soins primaires s'en approchant (par la place importante de la prévention dans leur pratique), en accès direct. Par exemple, en cabinet de pédiatrie, en Protection Maternelle et Infantile (PMI), en médecine scolaire ou universitaire)

Critères d'exclusion :

Après élimination des doublons, étaient exclus de l'analyse les articles en langue autre que l'anglais ou le français, introuvables dans leur version intégrale y compris avec l'aide d'une bibliothécaire de la bibliothèque universitaire d'Angers.

Les articles finalement retenus ont ensuite été analysés à l'aide d'une grille de lecture selon les critères suivants :

Informations générales : titre de revue, premier auteur, date de publication

Informations sur l'étude : pays de l'étude, thème abordé par le questionnaire, justification de l'étude par les auteurs, objectif de l'étude, intérêts de l'étude, limites de l'étude

Informations sur le questionnaire : objectif du questionnaire, modalités de passation du questionnaire, intérêt du questionnaire démontré, intérêt du questionnaire discuté, limites du questionnaire, analyse de l'acceptabilité, analyse de la faisabilité.

RESULTATS

466 références ont été trouvées dans les bases de données à partir des équations de recherche (87 selon la recherche 1, 325 selon la recherche 2, 18 selon la recherche 3, 36 selon la recherche 4)

84 articles ont été identifiés à partir de leurs titres et abstracts (29 selon la recherche 1, 38 selon la recherche 2, 6 selon la recherche 3, 11 selon la recherche 4)

48 articles persistaient après élimination des 36 doublons.

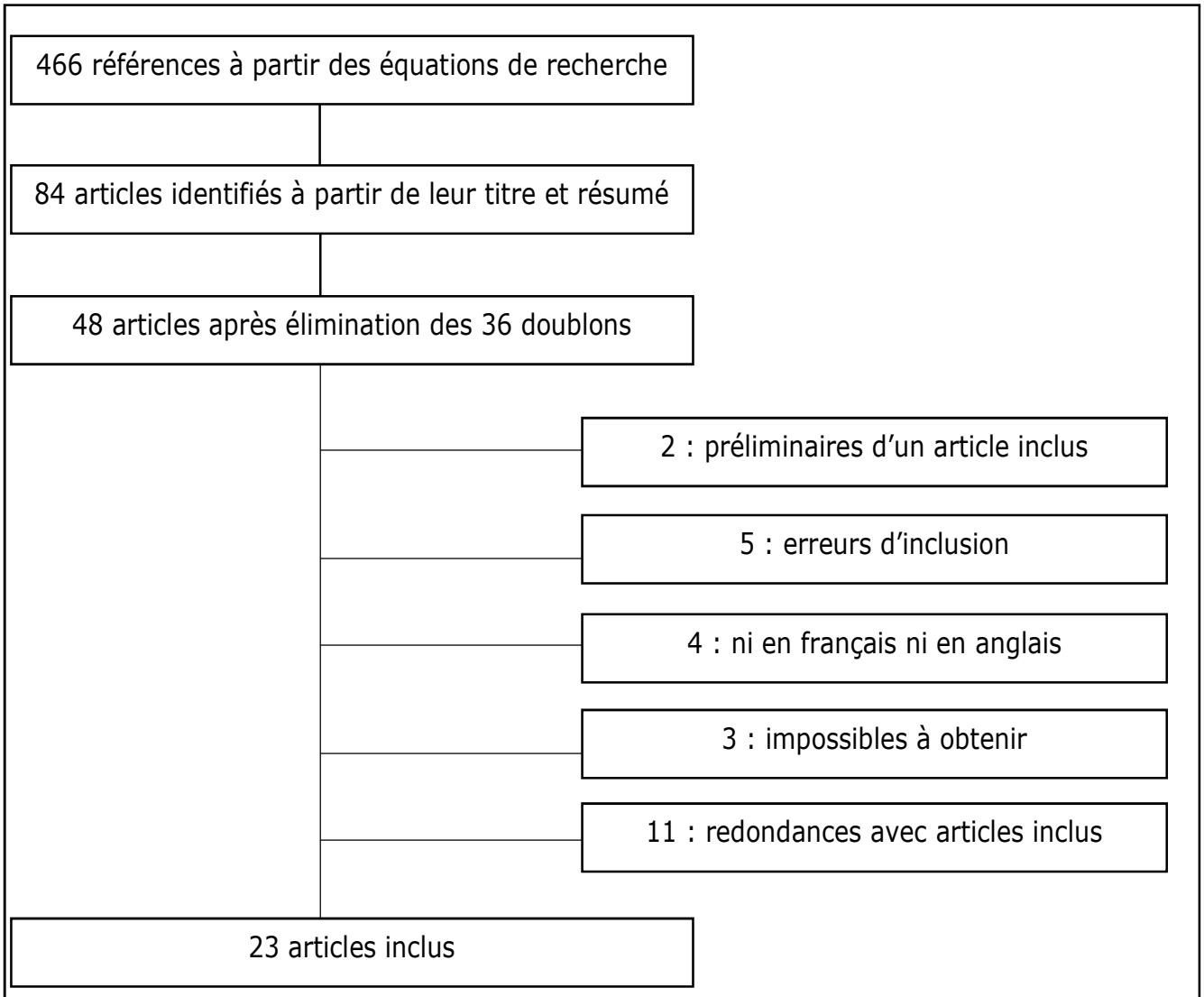


Figure 1 : Diagramme de flux de sélection des articles

S'agissant d'une revue narrative, une entorse a été faite à ce protocole de recherche initial le plus systématique possible : certains articles ont été exclus de l'analyse quand leur intérêt propre semblait limité, n'apportant rien de particulier par rapport à l'ensemble des articles déjà analysés.

L'analyse a donc porté sur 23 articles, présentés dans le tableau ci-après.

Celui-ci donne une synthèse des données jugées intéressantes pour répondre à la question posée. Ainsi, certaines données relevées dans l'analyse systématique des articles n'ont pas été intégrées dans le tableau, telles que le type d'étude, les intérêts et limites de l'étude et toutes autres données jugées non contributives à la compréhension du sujet.

Référence et auteur principal	Année et pays de publication	Objectif du questionnaire	Justification de l'apport théorique du questionnaire	Support du questionnaire	Intérêt démontré	Limites (démontrées, *discutées*)	Acceptabilité	Faisabilité
8 - E. Klein	2006 – USA	Dépister la dépression	Fréquente, sous-diagnostiquée, retentissement important, physique, psychosocial, coût important en Santé Publique, intérêt du dépistage reconnu, limites reconnues au dépistage : manque de temps, coût	Papier crayon avec Optical Mark Reader (OMR) (Numérisation des données recueillies pour analyse et intégration automatiques au dossier)	Faisable, peu de ressources humaines requises	Inquiétude sur la confidentialité des informations recueillies, inquiétude sur la perturbation du fonctionnement du cabinet, pas d'aide à la prise en charge des patients identifiés associée au dépistage	++	++
9 - N. Zuithoff	2010 – Pays-Bas	Dépister la dépression (épisode dépressif majeur) et caractériser son intensité	Consommation de temps importante pour l'évaluation en soins primaires	Papier-crayon	Patient Health Questionnaire 2 (PHQ2) et PHQ 9 utiles pour le dépistage, PHQ 9 utile pour l'évaluation de l'intensité	Travail complémentaire requis pour poser le diagnostic (faible valeur prédictive positive (VPP), doute sur acceptabilité (taux de non-réponse élevé)	(?)	(?)
10 - J. Kanter	2003 – USA	Dépister la dépression (Episode Dépressif Majeur)	Fréquente, retentissement important sur la qualité de vie, le coût en Santé Publique, sous-diagnostiquée, sous-traitée	Papier-crayon	Le nombre de diagnostics permis est plus important par la stratégie auto-questionnaire que par les autres stratégies de dépistage de la dépression évaluées dans l'étude	Moins de diagnostics de troubles bipolaires que dans une autre stratégie de dépistage testée dans l'étude	(+)	(+)
11 - A. Carroll	2012 – USA	Dépister la dépression du post-partum et donner des pistes pour la prise en charge	Fréquente, mauvaise utilisation de la place privilégiée des pédiatres	CHICA (Child Health Improvement through Computer Automation)	Amélioration de l'identification des cas, amélioration de l'assistance apportée,	0	(+++)	(++)

Référence et auteur principal	Année et pays de publication	Objectif du questionnaire	Justification de l'apport théorique du questionnaire	Support du questionnaire	Intérêt démontré	Limites (démontrées, *discutées*)	Acceptabilité	Faisabilité
12 - M. Stein	1999 – USA	Dépister/aider au diagnostic du trouble panique	Fréquent, sous-diagnostiqué, coûts importants induits par absence de diagnostic et de traitement appropriés	Papier-crayon	Rapide, performances diagnostiques semblables à des tests plus longs, Valeur Prédictive Négative (VPN) et Sensibilité (Se) élevées	VPP et Spécificité (Sp) élevées induisant perte de temps par nombreux entretiens inutiles, outil trop spécialisé et spécifique pour utilisation en routine en soins primaires	-	-
13 - C. Rat	2014 – France	Dépister les patients à risque de mélanome	Cancer à incidence croissante, précocité de prise en charge capitale, pas de modification des comportements par la prévention « classique »	Papier-crayon	Meilleur impact sur les comportements à risque	Majoration de l'inquiétude et de la re-consultation à ce sujet (résultat non statistiquement significatif), nécessité de saisie des résultats par le médecin pour interprétation automatisée	(+)	(++)
14 - S. Kable	2005 – Australie	Aide au diagnostic de l'asthme infantile et identification des sujets à risque	Manque d'information au médecin par les parents des symptômes de leur enfant induit un sous-diagnostic	Ecran tactile (ordinateur fixe)	Très bonne acceptabilité	Questions et système trop complexes pour certaines personnes (minoritaires)	++	(++)
15 - C. Kaplan	2014 – USA	Dépister les patientes à haut-risque de cancer du sein	Prise en charge précoce et adaptée permet une réelle diminution du risque chez les patientes à haut-risque, Limites à cette prise en charge : manque de temps, de connaissances, d'outils d'évaluation faciles à mettre en œuvre en soins primaires	Ecran tactile (tablette mise à disposition)	Effets positifs sur : la discussion des antécédents familiaux, du risque personnel, sur l'orientation dans un lieu dédié au haut-risque, sur la prescription de test ou conseil génétiques (notamment parmi les femmes ayant le plus besoin d'une réduction du risque)	Pas d'augmentation de la prescription de Selective Estrogen Receptor Modulators (SERM), différence faiblement significative sur certains points, pas d'induction de la discussion chez certaines patientes	++	++

Référence et auteur principal	Année et pays de publication	Objectif du questionnaire	Justification de l'apport théorique du questionnaire	Support du questionnaire	Intérêt démontré	Limites (démontrées, *discutées*)	Acceptabilité	Faisabilité
16 - C. Rios-Bedoya	2012 – USA	Recueillir des informations (entre autres) sur la consommation d'alcool des adolescents (avec conseils)	Principale cause de décès chez les adolescents US accessible à la prévention, peu recherchée par manque de temps	Short Message Service (SMS) (téléphone portable du patient)	Bonne participation traduisant une bonne acceptabilité	Coût des SMS pour les patients, exclusion de ceux n'ayant pas de téléphone portable	++	+++
17 - G. Rose	2010 – USA	Dépister l'usage à risque d'alcool	Pathologie fréquente, faible prise en charge, faible utilisation par les médecins d'outils standardisés de dépistage (manque de temps, manque d'automatisation, répugnance)	Répondeur téléphonique (Interactive Voice Response - IVR) (téléphone fixe mis à disposition)	Acceptable, faisable, pas de perturbation du parcours patient (temps passé en salle d'attente/cabinet), interaction médecin/patient, meilleure information du médecin par le patient	Limitation par le temps en salle d'attente, outil limité (données imprécises, pas de proposition de conseils/traitement)	+++	+
18 - P. Smith	2010 – USA	Dépister l'utilisation de drogues	Fréquente, sous-diagnostiquée, peu d'outils existant	Question unique posée par assistant de recherche (cf descriptif étude)	Validité (performances similaires à tests plus longs)	Information fournie imprécise	(+)	(+)
19 - M. Leijon	2011 – Suède	Evaluer le niveau d'activité physique	L'inactivité est le 4ème facteur de risque de mortalité globale ; limites à la promotion d'un mode de vie actif : manque de temps et d'outils pour évaluer l'activité physique	Ecran tactile (Ordinateur fixe) (système eSBI – electronic Screening and Brief Intervention)	Amélioration de l'activité physique, coûts faibles, libération de temps pour les patients qui ont besoin d'intervention en face-à-face	Tendance à la surestimation par les patients de leur niveau d'activité physique	(+)	(++)
20 - I. Mulazzi	2009 – France	Analyser l'observance du traitement anti-hypertenseur : aide au diagnostic différentiel entre mauvaise observance et réponse insuffisante au traitement	Mauvais contrôle de l'HTA très fréquent, part liée à mauvaise observance importante, pas de surveillance électronique de l'observance disponible à large échelle	Papier-crayon	Utile, bonne performance diagnostique	Exploration limitée aux difficultés à prendre le traitement, fiabilité des données recueillies ?	++	++

Référence et auteur principal	Année et pays de publication	Objectif du questionnaire	Justification de l'apport théorique du questionnaire	Support du questionnaire	Intérêt démontré	Limites (démontrées, *discutées*)	Acceptabilité	Faisabilité
21 - V. Anand	2012 – USA	Identifier les risques en pédiatrie pour aide à la décision	Recommandations pédiatriques importantes, sous-appliquées	CHICA	Automatisation de l'identification des recommandations pertinentes à appliquer, amélioration de l'efficience du dépistage	Oublis possibles	(+)	(+)
22 – K. Alschuler	2009 – USA	Evaluer et dépister les troubles psychosociaux chez les étudiants, susceptibles d'induire ou de favoriser des maladies	Prédisposition des patients ayant ces facteurs psychosociaux aux problèmes médicaux, à l'intensité des troubles psychiatriques, pas de dépistage standardisé existant	Papier-crayon	Outil validé, utile car permet une amélioration de la prise de décision clinique en fournissant des informations autrement méconnues	Aucune décrite	(?)	(?)
23 - F. Goodyear Smith	2013 – Nouvelle-Zélande	Dépister les patients ayant une ou des conduites à risque ou ayant une pathologie mentale	Contribution majeure aux maladies chroniques, intérêt de la prise en charge de ces conduites/pathologies à risque	Ecran tactile (tablette mise à disposition) (electronic case-finding and help assessment tool - eCHAT)	Acceptable pour MG et patients, facile à intégrer à la pratique quotidienne	Pour certains : questionnaire trop étroit, trop invasif, inquiétude sur la confidentialité des données, sur la dégradation du matériel fourni, sur un manque d'hygiène (matériel partagé par tous les patients)	++	++
24 - B. Gaynes	2010 – USA	Dépister les 4 principales maladies psychiatriques en soins primaires : syndrome dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	Pathologies fréquentes, sous-diagnostiquées, prescriptions inadaptées à risque, peu d'outils proposent dépistage des troubles anxieux	Papier-crayon	Validé, efficient, faisable, approprié au dépistage de pathologies spécifiques ainsi qu'au dépistage global, intégration du dépistage du SSPT	Perte de temps pour le médecin qui doit coter le questionnaire	++	++

Référence et auteur principal	Année et pays de publication	Objectif du questionnaire	Justification de l'apport théorique du questionnaire	Support du questionnaire	Intérêt démontré	Limites (démontrées, *discutées*)	Acceptabilité	Faisabilité
25 - J. Alda	2013 – Espagne	Dépister le trouble de déficit attentionnel/hyperactivité (TDAH)	Fréquent, altère la vie des enfants atteints avec conséquences pour l'avenir et l'entourage, intérêt du dépistage précoce, absence de méthode simple de diagnostic	Papier-crayon	Bonnes performances de dépistage	Aucun décrit (mais comparaison des performances à l'impression clinique qui n'est pas gold standard)	(+)	(?)
26 - P. Smith	2014 – USA	Dépister l'utilisation de drogues (ou mésusage de médicaments sur ordonnance) en évaluant la consommation d'alcool	Consommations fréquentes, sous-diagnostiquées	Question unique posée par assistant de recherche (cf descriptif étude)	Résultat de l'étude défavorable	La question unique ne donne pas de Se ou Sp suffisantes pour être utilisée	-	-
27 - K. Kemper	1992 – USA	Dépister les facteurs de risque psychosociaux d'environnement défavorable pour l'enfance	Retentissement important sur santé des enfants, dépistage important mais insuffisamment fait par manque d'expérience, de temps, de connaissance et d'outils	Papier-crayon	Faisable	Absence de systématisation du questionnaire, conséquences éventuelles des réponses aux questionnaires (faux-négatifs (FN) non évalués par le médecin, faux-positifs (FP) risquent des attitudes punitives par les soignants, doute sur acceptabilité de certains parents	(+)	++
28 - P. Smith	1998 – Ecosse	Dépister la détresse émotionnelle	Fréquent, sous-diagnostiqué	Papier-crayon	Utile : facilite l'identification des patients	Pas de différence induite dans la gestion des patients par les médecins, doute sur l'acceptabilité dans le temps, acceptabilité variable en fonction des médecins, stress induit par la lecture des résultats du questionnaire pour certains médecins, augmentation de la durée de consultation dans certains cas	(+/-)	(+/-)

Référence et auteur principal	Année et pays de publication	Objectif du questionnaire	Justification de l'apport théorique du questionnaire	Support du questionnaire	Intérêt démontré	Limites (démontrées, *discutées*)	Acceptabilité	Faisabilité
29 - C. Paul	2013 – Australie	Variable en fonction des sous-études incluses dans l'étude (maladies chroniques en médecine générale (MG)	Morbi-mortalité majeure, place privilégiée de la MG, manque de temps pour intervention préventive systématique	Ecran tactile (ordinateur fixe)	Acceptable pour MG et patients, faisable	Hygiène, vol de matériel	++	++
30 - J. Stevens	2008 – USA	Dépister les troubles du comportement fréquents (risque de blessure, syndromes dépressifs, usages de drogue) chez l'adolescent	Fréquents, sous-diagnostiqués, limites à l'évaluation : manque de temps, manque de communication des adolescents à ce sujet (qu'elle soit spontanée ou stimulée)	Ecran tactile (tablette mise à disposition)	Utile pour aider le médecin à identifier les adolescents dans cette situation	Difficulté d'interprétation des résultats ? Doute sur faisabilité en pratique (secrétaires pas toujours disponibles), temps nécessaire trop long	(?)	(+)

Tableau I : tableau de synthèse des études analysées

Légende pour les colonnes acceptabilité et faisabilité :

- \- mauvaise,
- +/- mitigée,
- \+ plutôt bonne,
- ++ bonne,
- +++ très bonne,
- ? non évaluable,

entre parenthèses : interprétation personnelle selon les résultats, les commentaires des auteurs,
sans parenthèse : déclaration des auteurs

1. Concept/intérêts de l'auto-questionnaire en salle d'attente

Thématiques abordées

Beaucoup de questionnaires s'intéressaient à des pathologies psychiatriques : la dépression surtout (8, 9, 10 ; de nombreuses autres études n'ont pas été incluses pour redondance) mais aussi, la dépression du post-partum (11), le trouble panique (12) ou d'autres pathologies au travers d'une évaluation plus globale (comprenant par exemple le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), d'autres troubles anxieux, le trouble bipolaire). Moins fréquemment, les questionnaires s'intéressaient à des pathologies somatiques comme le mélanome (13), l'asthme infantile (14), ou le cancer du sein (15). L'autre champ d'explorations spécifiques concernait les conduites à risque telles que la consommation d'alcool (16, 17), la consommation de drogues (18), l'inactivité physique (19). Un peu à part, un questionnaire explorait la mauvaise observance du traitement anti-hypertenseur (20).

Certains questionnaires s'intéressaient à des thématiques à composante psychosociale : les situations/conduites à risques en pédiatrie (21), les facteurs psychosociaux susceptibles d'induire ou de favoriser des maladies chez les étudiants (22).

Enfin, certains questionnaires s'intéressaient à des thématiques multiples. Par exemple pour évaluer à la fois les conduites à risque et les pathologies mentales (23) ou pour dépister les 4 principales pathologies psychiatriques rencontrées en soins primaires (24).

Variété des objectifs

Les objectifs recherchés par ces questionnaires étaient le dépistage d'une pathologie, la recherche de situations à risque permettant de cibler la prévention, l'aide au diagnostic d'une pathologie ou d'une situation, l'aide à la prise en charge ou à la décision clinique, l'appréciation

de l'intensité d'une consommation ou d'un risque spécifique, le support pour induire une modification des comportements. Parfois, plusieurs objectifs pouvaient être combinés.

Réponse à un besoin

L'utilisation d'un questionnaire pour une thématique donnée, quelle qu'en soit la forme ou l'objectif, était souvent justifiée par un ou plusieurs des arguments suivants.

Pour la dépression, par exemple : la fréquence, le sous-diagnostic, un retentissement physique et/ou psychosocial lourd pour le patient, parfois son entourage, ainsi que pour la société à travers les coûts engendrés, une prise en charge inadaptée par absence de prescriptions adaptées. Schématiquement, il s'agissait de situations ou de pathologies pour lesquelles l'intérêt de la prévention et d'une prise en charge aussi précoce que possible était bien connu, faisait l'objet de recommandations, peu ou mal intégrées à la pratique. Généralement, les auteurs mettaient en avant la place privilégiée du médecin généraliste ou de soins primaires dans ce processus, mais sous-exploitée par exemple dans le dépistage de la dépression du post-partum par les pédiatres (11).

Réponse aux barrières opposées par les soignants

La principale barrière décrite dans les différentes études analysées était le manque de temps (8, 9, 15, 16, 17, 19, 27, 29, 30…). Les autres barrières, décrites plus rarement, étaient le manque d'outils (18 – consommation de drogues, 20 - absence de disponibilité de moyens de surveillance automatisés de l'observance du traitement anti-hypertenseur), le manque de connaissances (15 - dépistage des patientes à haut-risque de cancer du sein), le manque d'intérêt voire la répugnance des soignants envers la thématique donnée (17 - usage à risque d'alcool), le manque de moyens financiers (19), le manque de rétributions financières (19),

l'impression que l'adhésion du patient est insuffisante (19 - évaluation du niveau d'activité physique des patients).

Il était mentionné dans certains articles que l'efficacité de certains outils existants n'était pas satisfaisante, par exemple l'affichage en salle d'attente ou la distribution de dépliants d'information (13 - évaluation du risque de mélanome) justifiant la mise en place d'un nouvel outil, en l'occurrence l'auto-questionnaire en salle d'attente.

Intérêt pour le dépistage

Dans l'étude de B. Gaynes (USA – 2010) (24), par exemple, l'objectif était de dépister les 4 principales maladies psychiatriques rencontrées en soins primaires : syndrome dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux et syndrome de stress post-traumatique (SSPT) grâce à un questionnaire (M-3) en 2 étapes. Les résultats étaient en faveur de très bonnes performances, aussi bien pour le dépistage global de pathologie psychiatrique (dans le spectre des troubles anxieux et de l'humeur) que pour le dépistage spécifique de chacune des 4 pathologies évaluées avec notamment des VPN et des sensibilités élevées, en faisant un outil valide, efficient et utilisable en pratique courante pour les auteurs.

Autre exemple, l'étude de C. Rios-Bedoya (16) dans laquelle l'utilisation de l'auto-questionnaire permettait un meilleur dépistage que par les médecins au cours de la consultation suivante.

Ces deux exemples montrent que les auto-questionnaires peuvent permettre un dépistage au moins égal à celui pratiqué en consultation standard.

Pour certains auteurs (11), cela peut s'expliquer par le caractère systématique du dépistage par la stratégie auto-questionnaires contrairement à celui réalisé en consultation, qui dépend d'autres facteurs : temps disponible pour le médecin, motivation, etc.

Intérêt pour l'aide au diagnostic

En fait, parmi les études analysées, celles qui évoquaient l'aide au diagnostic dans les objectifs de l'auto—questionnaire ne donnaient pas forcément des résultats satisfaisants pour l'aide au diagnostic (12, 25) avec notamment des valeurs prédictives positives et des spécificités insuffisantes.

Cependant, en pratique, dépister constitue déjà une aide au diagnostic : le praticien qui voit en consultation un patient dépisté positif bénéficie d'informations tirées de l'auto-questionnaire qui peuvent être des arguments en faveur du diagnostic : (l'auto-questionnaire) « fournit des renseignements au soignant même s'il ne prend pas la peine de construire le score » (22).

De plus, le praticien qui voit en consultation un patient dépisté positif sera a priori plus motivé pour rechercher d'autres informations en faveur du diagnostic lors de la consultation.

Intérêt pour l'aide à la prise en charge/à la décision clinique

Dans l'étude de C. Kaplan (USA – 2014) (15), le questionnaire avait pour objectif de dépister les patientes à risque de cancer du sein : les patientes du groupe contrôle étaient évaluées sur leur risque de cancer du sein, par téléphone alors que celles du groupe expérimental complétaient une version identique de l'évaluation sur tablette, en salle d'attente, avant leur rendez-vous. L'évaluation du risque était similaire dans les deux groupes, montrant que le dépistage en salle d'attente, en autonomie, était équivalent en termes de performances strictes au dépistage par téléphone faisant intervenir un professionnel dédié.

L'analyse comparative des conséquences de ce dépistage apportait d'autres données : les femmes du groupe intervention ont rapporté avoir discuté plus de leurs antécédents familiaux de cancer, de leur risque personnel, de la chimiothérapie prophylactique, avoir été plus souvent dirigées vers une clinique dédiée au haut-risque et vers le conseil/le test génétique.

Cette étude tendrait à appuyer le fait que la démarche sensibilisation en salle d'attente par un auto-questionnaire suivie de la consultation avec le médecin traitant donne de meilleurs résultats que le questionnaire soumis par un interlocuteur inconnu par téléphone.

Dans l'étude de K. Alschuler (USA – 2009) (22) un double questionnaire était proposé aux participants, des étudiants en Université : d'une part, le Patient-Health Questionnaire (PHQ), un outil de dépistage bref et validé pour les troubles : somatiques, alimentaires, de l'humeur, anxieux et d'abus d'alcool. D'autres parts, le CHQ (College Health Questionnaire) un questionnaire en 18 items conçu pour évaluer des domaines de détresse pour les étudiants en Université (finances, problèmes relationnels, comportements sexuels à risque, troubles psychosociaux communs à l'adaptation à l'Université…). Les patients dépistés positifs par le PHQ étaient plus à même de se voir prescrire un traitement médicamenteux alors que les patients cochant des items sur le CHQ étaient plus à même d'être adressés pour thérapie comportementale.
Ces deux questionnaires ont donc chacun eu un impact sur la prise en charge mais un impact différent.

L'étude de A. Caroll (2012, USA) (11) s'intéressait au dépistage et à la prise en charge de la dépression du post-partum par les pédiatres, à l'occasion des consultations de suivi des nourrissons. Trois groupes ont été constitués, tous soumis à un auto-questionnaire de dépistage. Dans le premier groupe, les médecins ne recevaient pas les résultats du dépistage mais simplement une recommandation « générale » d'évaluation de cette pathologie. Dans le second groupe, les médecins recevaient simplement un document en rapport avec le dépistage positif, les alertant du risque et leur recommandant une évaluation. Dans le troisième groupe, en cas de dépistage positif, les médecins se voyaient remettre deux documents

supplémentaires : le questionnaire PHQ-9, pour les aider à porter ou pas le diagnostic et un prospectus éducationnel sur la pathologie et les ressources à disposition pour la prise en charge.

Cette étude a permis de démontrer que les deux groupes dans lesquels le médecin avait accès aux résultats du dépistage avaient un meilleur taux d'identification des cas suspects de dépression du post-partum et une assistance apportée aux patientes évaluée comme meilleure. La différence entre le 2ème et le 3ème groupe était une orientation adaptée plus précoce des patientes, probablement grâce à l'apport des documents complémentaires.

Ainsi, l'auto-questionnaire peut aider le praticien dans le dépistage et la prise en charge notamment s'il n'est pas à l'aise avec la pathologie ciblée. Cette étude montre aussi que des ajouts peuvent être faits à l'auto-questionnaire, permettant d'en améliorer l'apport.

Meilleure éducation des patients/Meilleur impact sur les conduites à risque

Dans l'étude de M. Leijon (Suède, 2011) (19), les patients participaient à un auto-questionnaire via ordinateur à écran tactile. Ce questionnaire interrogeait le patient, entre autres, sur son niveau d'activité physique à partir de deux questions simples et validées.

Un résultat secondaire portant sur le critère de jugement principal était que la participation à l'auto-questionnaire permettait une augmentation de l'activité physique, c'est-à-dire une modification du comportement à risque qu'est la sédentarité.

L'auto-questionnaire seul, probablement en permettant une prise de conscience d'un comportement ou d'une situation à risque, permet donc des modifications de comportement.

L'étude de C. Rat (France, 2014) (13), est plus intéressante encore du point de vue de la modification des comportements par l'utilisation d'un auto-questionnaire, car il s'agissait là du critère de jugement principal. Tous les patients consultant un médecin participant à l'étude se

voyaient proposer de remplir un questionnaire SAMScore (Self Assesment Melanoma risk Score). Dans le groupe interventionnel, les médecins avaient accès à un calculateur de risque SAMScore permettant de traduire les réponses données en risque élevé ou non. Pour tous les patients désignés comme à risque, les médecins du groupe interventionnel pratiquaient un examen cutané intégral, fournissaient des conseils adaptés oralement ainsi que des feuillets d'informations détaillant les mesures de prévention primaire et secondaire. Dans le groupe contrôle, il s'agissait d'une campagne de prévention conventionnelle basée sur l'affichage et la mise à disposition de dépliants en salle d'attente, sans la possibilité pour le médecin d'accéder au calculateur de risque et sans recommandation particulière pour le médecin de pratiquer un examen cutané intégral. Les patients du groupe interventionnel étaient plus à même de se souvenir du poster en salle d'attente, d'avoir consulté les feuillets d'information et de définir correctement leur statut vis-à-vis du risque de mélanome. Surtout, ils étaient plus à même de modifier certains comportements à risque et d'adopter certaines habitudes de prévention secondaire (pratique d'un auto-examen cutané au cours des 12 derniers mois, détection du changement d'un grain de beauté).

Certains résultats se rapprochent ainsi de ceux tirés d'études exposées précédemment, notamment celle de M. Leijon (19) sur l'importance de l'implication du patient pour un meilleur impact en terme de modification des comportements et de celles de C. Kaplan (15) sur l'apport des auto-questionnaires dans l'évaluation du risque pour orienter la prise en charge au cours de la consultation suivante.

Divers

D'autres intérêts peuvent être cités à part, apparaissant plus rarement.

Certaines études suggéraient que les auto-questionnaires permettaient aux médecins de mieux connaître leurs patients. Notamment par l'intermédiaire d'une meilleure confidence des

patients (ressentie par les praticiens et déclarée par les patients) et l'apport d'informations supplémentaires au médecin par rapport à ce que le patient aurait spontanément donné en consultation (23).

Il était aussi fait état d'une capacité de l'auto-questionnaire à faire réfléchir le patient sur lui-même (23).

2. Spécificités en fonction du procédé

Question unique

Même s'il ne s'agissait pas d'auto-questionnaires mais d'une question unique posée par un assistant de recherche, il était intéressant d'intégrer ces deux études pour représenter l'un des extrêmes du concept de l'auto-questionnaire en salle d'attente (par opposition à des systèmes bien plus complexes décrits ci-après).

L'étude P. Smith (USA, 2010) (18) avait pour objectif de valider une question dont l'objectif était de dépister l'utilisation de drogues (consommation de drogues illicites et usage non médical de médicaments sur prescription). La question unique avait des performances diagnostiques similaires à des tests plus longs tels que le DAST-10 (The Drug Abuse Screening Test – 10 items), outil validé. Cette question unique avait donc pour intérêt d'être un outil court, simple à appréhender autant par le patient que par le praticien (pas de score à établir, pas de difficulté d'interprétation), sans différence de sensibilité ou de spécificité en fonction des caractéristiques des personnes testées et ce, tout en ayant des performances idéales dans l'optique d'un dépistage à savoir une sensibilité très élevée pour une spécificité acceptable.

En revanche, l'outil étant simplifié à l'extrême, il ne fournissait aucune donnée annexe potentiellement intéressante comme l'intensité de la consommation, le retentissement

somatique, psychique, socio-familio-professionnel : autant d'informations à recueillir qui restaient donc « à la charge » du médecin.

Il faut néanmoins noter que dans l'autre étude basée sur une question unique (26), les résultats étaient nettement moins favorables.

Questionnaire papier-crayon

C'est le stéréotype du questionnaire, déjà relativement répandu en pratique quotidienne, mais pas forcément mis à disposition en salle d'attente. Il s'agit d'une « référence » à laquelle peuvent être comparés les autres supports d'auto-questionnaires et la plupart des études analysées étaient basées sur ce procédé (9, 10, 12, 13, 20, 22, 24, 25, 27, 28).

Son intérêt spécifique était lié à la simplicité à l'appréhender et au faible coût de sa mise en place et son entretien. La principale limite, outre son caractère peu attrayant pour les patients, était l'absence d'automatisation impliquant une consommation de temps (à la charge du patient et/ou du personnel du cabinet et/ou du médecin) pour les différentes étapes possibles : analyse des réponses, cotation du score, intégration au dossier médical, actions complémentaires éventuelles (information adaptée, démarche diagnostique complémentaire, propositions thérapeutiques).

Intérêts liés à l'automatisation

Elle permettait une collecte et une analyse des données fiable et rapide (réduisant ainsi les risques d'erreur), le calcul d'un score, l'interprétation des résultat (17). Ceci permettait notamment de réduire les coûts et le temps nécessaire notamment en annulant la nécessité d'un contrôle (16). Elle permettait aussi que les informations recueillies soient ensuite fournies

directement au praticien pour la consultation (les résultats étaient disponibles directement dans le dossier, sans manipulation complexe, voire sans manipulation du tout) (8, 15, 23)

Il y avait aussi un intérêt relatif à la constitution du questionnaire. En effet, dans certains cas, le système pouvait s'adapter aux réponses données, permettant de poser d'autres questions plus adaptées ou de faire passer des messages aux patients (17). Dans certains cas, les systèmes permettaient une intégration plus facile de questionnaires complémentaires, en temps réel, en fonction des réponses du patient (ASSIST - The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test ; GAD7 - Generalized Anxiety Disorder 7-items ; PHQ-9…) (23)

Enfin, il a été démontré dans certaines études qu'avec un système bien conçu, les patients n'avaient besoin d'aucun intermédiaire ce qui permettait d'envisager une meilleure acceptabilité par les médecins, le dépistage ne demandant finalement pas de ressource supplémentaire en personnel ou en temps (11, 19).

Questionnaire papier-crayon associé à la technologie OMR-PatientLink

Il s'agit d'une technologie permettant la capture des réponses au questionnaire papier-crayon, par l'intermédiaire d'un scanner, et son intégration directement au dossier médical informatisé. Une seule étude mentionnait cette technologie (8). Son objectif était d'étudier la faisabilité de l'utilisation d'un programme de dépistage de la dépression (via le questionnaire PHQ-9).

Avec cette technologie, la secrétaire devait simplement insérer le questionnaire dans le scanner, attendre 5 secondes et cliquer une seule fois pour intégrer les résultats au dossier. Cette procédure alourdissait la charge de travail des secrétaires de manière minime, mais elle permettait une réduction importante de celles des assistants médicaux (sur qui reposait le travail de faire passer un questionnaire aux patients dans la plupart des études sur le dépistage de la dépression). De plus, la technologie était décrite comme facile d'utilisation. Les éléments

intéressants étaient donc assez communs aux autres procédés faisant intervenir une automatisation : peu de ressources en personnel et facilité d'utilisation.

Les limites décrites n'étaient pas très spécifiques non plus : certains patients mettaient en question la confidentialité des données recueillies (inquiétude retrouvée dans d'autres études avec automatisation) et certains médecins et assistants médicaux s'inquiétaient d'une éventuelle perturbation du fonctionnement du cabinet. La seule limite un peu plus spécifique décrite était l'absence d'inclusion d'un système de facilitation de traitement et de suivi des patients identifiés.

L'acceptabilité était décrite comme très bonne par les auteurs avec notamment un bon ressenti des secrétaires interrogées (charge de travail supplémentaire minime, bien acceptée) et un bon ressenti des patients du fait de la facilité d'utilisation, de la confidentialité des données selon la majorité d'entre eux et même, pour près d'un tiers des participants, une amélioration de la qualité de la consultation. La faisabilité était décrite comme très bonne par les auteurs.

Questionnaire par SMS

En résumé, le questionnaire était initié après l'envoi d'un premier SMS par le patient, avec son propre téléphone portable. Il recevait alors, par SMS, une première question à laquelle il était invité à répondre. Suite à sa réponse, il recevait une nouvelle question, etc.

Il n'existait qu'une seule étude dans la revue de littérature mentionnant cette technologie (16). L'objectif était d'évaluer la faisabilité de l'utilisation de SMS pour évaluer la consommation d'alcool chez les adolescents. 18 questions étaient posées aux participants et les résultats étaient automatiquement triés et mis en forme.

A priori pour la population à laquelle s'appliquait l'étude (les adolescents), l'utilisation du SMS était intéressante car il s'agissait d'un médium familier, simple, apprécié, abordable, répandu. Par ailleurs, les résultats de l'étude faisaient état d'une bonne participation (égale aux études

basées sur des questionnaires à l'école et supérieure aux chiffres obtenus dans les études qui utilisaient un entretien assisté par ordinateur en population générale) traduisant une bonne acceptabilité par les adolescents et leurs parents. De plus, cette pratique ne provoquait pas d'augmentation du temps passé en salle d'attente et ne suscitait pas d'inquiétude des patients au sujet de la confidentialité des données transmises alors même qu'ils n'étaient pas informés de l'existence de solutions de cryptages intégrées à cette technologie.

Il existait des limites spécifiques à cette pratique : la première était l'exclusion des patients n'ayant pas de téléphone portable. La seconde était hypothétique : il n'était pas précisé dans l'étude si le coût des SMS était à la charge des patients ce qui, si tel était le cas, limiterait a priori la participation et donc l'intérêt de cette pratique.

Les auteurs étaient très favorables à cette pratique, tant au niveau de l'acceptabilité que de la faisabilité.

Questionnaire par répondeur téléphonique interactif (IVR)

Le questionnaire était administré au patient par l'intermédiaire d'un téléphone dédié placé en salle d'attente.

Une seule étude mentionnait cette technologie (17). Des questions fermées étaient posées sur 5 thèmes principaux : la douleur, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'humeur dépressive. Chaque sujet faisait l'objet d'une question unique puis, en cas de réponse positive, de questions complémentaires.

L'intérêt tout particulier de ce système était sa capacité à s'ouvrir aux personnes analphabètes ou ayant des troubles de la vue car il ne nécessitait ni de savoir lire, ni de savoir écrire. Parallèlement, les auteurs décrivaient une meilleure confidentialité au sein de la salle d'attente car les autres patients ne pouvaient ni voir ni entendre les réponses données par le participant au questionnaire. Autre intérêt, ce système permettait une automatisation (commune à

d'autres systèmes) et pouvait être utilisé en totale autonomie par les patients, le système étant décrit comme suffisamment facile d'utilisation. Les auteurs décrivaient cette approche comme valide et fiable pour l'évaluation des problèmes liés à la consommation d'alcool avec une meilleure performance selon eux du procédé IVR par rapport au questionnaire écrit ou par entretien en face-à-face pour que le patient rapporte sa consommation d'alcool. Le tout sans perturbation dans la prise en charge des patients aussi bien dans leur parcours salle d'attente/bureau du médecin (grâce à la brièveté du questionnaire : 3 minutes d'appel en moyenne) que dans l'interaction patient/médecin.

Aucune limite n'était décrite par les auteurs. En revanche, quelques rares objections ont été notées par les patients : sur 101 personnes interrogées, une trouvait l'approche déshumanisante, une remettait en question l'honnêteté des réponses des autres patients, trois auraient souhaité des questions plus ouvertes et dix n'ont pas pu renseigner leur consommation de manière suffisamment précise.

Globalement, l'acceptabilité était estimée par les auteurs comme excellente (très bonne participation, très peu d'objections de la part des patients, jugée utile par la majorité des praticiens).

Questionnaire par tablette/ordinateur à écran tactile

6 études étaient basées sur ce procédé.

Dans ces différentes études, l'acceptabilité, aussi bien du point de vue des patients que des praticiens, était le principal point fort variant de bonne à excellente, et ce pour une grande variété de populations (15). Dans l'une d'elle (14), il était ainsi décrit que « les participants ont massivement déclaré être prêts à répondre à des programmes similaires sur d'autres sujets montrant qu'ils sont ouverts à la collecte d'informations sur ce mode en soins primaires ». Une autre (14) faisait même clairement état d'une préférence des patients à l'utilisation d'un tel

procédé versus le traditionnel papier-crayon. Cette acceptabilité était sous-tendue par les intérêts relatifs à l'automatisation, la facilité d'utilisation pour les patients (14, 15, 23, 29) ainsi que pour les praticiens (29) et l'utilisation intégrée à la pratique sans dérangement occasionné aux patients ou aux médecins (15, 29).

L'une des études (23) décrivait deux intérêts propres à la tablette tactile, par rapport à l'ordinateur fixe : sa portabilité permettant une meilleure confidentialité et l'attrait accru pour les patients permettant de renforcer leur participation.

Quelques limites ont été soulignées. Dans l'une des études (30), les auteurs remettaient en cause la faisabilité car souvent, les secrétaires étaient trop occupées pour distribuer la tablette tactile ce qui en réduisait le systématisme et donc l'intérêt. Dans une autre étude (29), étaient évoqués les risques de vol du matériel et de problématiques liées à l'hygiène (un assistant de recherche était présent dans la salle d'attente pour éviter les vols et assurer l'hygiène). L'étude de F. Goodyear-Smith (Nouvelle-Zélande 2013), évoquait ce problème d'hygiène et s'inquiétait de la fragilité du matériel utilisé, à risque de dégradation et donc de coûts potentiellement importants.

Globalement, l'acceptabilité du procédé était très bonne et sa faisabilité variable en fonction des éléments pris en compte : elle était ainsi remise en question dans l'une (29) mais au contraire estimée comme très bonne dans une autre (19) dont le résultat principal était que l'utilisation d'un outil pour lequel le patient est autonome donnait les mêmes résultats qu'un outil nécessitant une intervention extérieure permettant d'obtenir une baisse des coûts, un gain de temps, sans perturber la fluidité de la consultation.

Questionnaire par CHICA (Child Improvement through Computer Automation)

(Cf Annexe 2 pour les détails concernant le fonctionnement)

Deux études analysées utilisaient ce procédé. La première (21) s'intéressait aux risques identifiables en pédiatrie en général. Elle avait notamment permis de démontrer que l'utilisation du CHICA permettait une diminution significative de la charge de travail correspondant au dépistage et à l'identification de la recommandation à appliquer à tel ou tel patient grâce à l'automatisation quasi-complète du processus. Elle a aussi démontré que le système permettait une amélioration de la sensibilité et de l'efficience du dépistage de routine pour les risques dans une structure de soins primaires pédiatriques. La seconde (11) a déjà été décrite.

La première étude (21) surtout décrivait un intérêt spécifique à l'utilisation du CHICA : sa capacité à adapter son fonctionnement en fonction des réponses précédemment données. Ainsi, le système pouvait optimiser la démarche d'évaluation des risques en adaptant les questions et fournir au praticien des « mémos » en fonction de la participation précédente.

La seule réserve émise, pas spécifique, était le manque de confidentialité garanti par le procédé, susceptible de remettre en cause la fiabilité des réponses données notamment par les adolescents à propos de certains sujets sensibles (vis-à-vis du parent accompagnant notamment) (21).

3. Limites liées au concept général

Les limites spécifiques à chaque procédé ont été décrites ci-dessus

Confidentialité

Près 25% des patients ont fait part de leurs craintes vis-à-vis de la confidentialité des données recueillies dans une étude (8). Plus précisément, les patients décrivaient une inquiétude par

rapport au respect de la vie privée et une appréhension par rapport à l'accès des compagnies d'assurance aux informations relevées (23). Seul l'IVR garantissait une confidentialité totale par rapport aux autres patients de la salle d'attente (17), la crainte de l'indiscrétion possible des autres patients pouvant être à l'origine de réponses erronées (21).

Perturbation du fonctionnement du cabinet

Les professionnels interrogés ont parfois fait part de leur inquiétude vis-à-vis d'une perturbation de la routine habituelle avec d'éventuelles mises en retard des patients qui n'avaient pas fini le questionnaire alors que le médecin était prêt à les accueillir (8). Dans certains cas, les questionnaires étaient jugés trop longs (30). Dans d'autres, c'était la durée de la consultation qui était allongée (18). Il faut néanmoins noter que dans la plupart des cas, les professionnels ont été rassurés par l'expérience sur l'absence de perturbation occasionnée.

Non exhaustivité des questionnaires/imprécisions

Une autre réserve émise était que toutes les questions ne sont pas posées à tous les patients ce qui peut conduire à des oublis dans le dépistage, à une sous-estimation de la prévalence de la population pour certains risques (21).

Dans le même ordre d'idée, les participants se sont parfois plaints de répondre à des questions fermées et/ou de ne pas pouvoir répondre précisément à certaines questions (17).

Dans l'étude la plus ancienne analysée, les auteurs décrivaient des craintes quant à des conséquences néfastes possibles à ces imprécisions : que les faux-négatifs au dépistage par le questionnaire ne soient pas évalués par le médecin, que les faux-positifs soient pris en charge de manière inadaptée (cette étude portant sur les risques identifiables en pédiatrie, ils craignaient notamment que les médecins aient des « attitudes punitives » injustes) (27).

Induction de stress

Même si les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs, les patients soumis au protocole incluant un questionnaire étaient plus inquiets et plus à même de reconsulter que les autres dans l'étude portant sur le dépistage des patients à risque de mélanome (13).

Dans une autre étude, certains médecins ont déclaré se sentir stressés à la découverte des résultats des questionnaires de leurs patients (18).

DISCUSSION

Principaux résultats

La littérature décrivant l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de soins primaires était déjà riche.

Elle concernait le plus souvent la réponse au besoin d'outils l'optimisation de la pratique notamment en termes de prévention ; elle visait à s'affranchir autant que possible des barrières régulièrement opposées par les praticiens pour expliquer leurs insuffisances. L'auto questionnaire permettait de recueillir des données pertinentes. Ces données avaient un impact sur le contenu des consultations consécutives voire sur les comportements des patients à plus ou moins long terme par sa contribution au dépistage voire au diagnostic ou à l'orientation sur la prise en charge. Elle pouvait renforcer le praticien qui n'était pas à l'aise avec la thématique abordée. L'automatisation de tout ou partie du système était particulièrement intéressante, contribuant au gain de temps et à l'absence de perturbation du fonctionnement du cabinet. De plus, elle pouvait permettre une adaptation du questionnaire au patient, le rendant plus pertinent.

Les appréhensions sur cette pratique concernaient essentiellement la perturbation du fonctionnement du cabinet, rarement observée dans les articles analysés, et la confidentialité des données recueillies, sans qu'aucun résultat ne vienne concrétiser cette appréhension.

Globalement, les patients et les professionnels étaient satisfaits de leur expérience avec l'auto-questionnaire.

Points forts de l'étude

Il s'agissait d'un sujet original puisqu'aucune revue de littérature portant sur le concept général de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente n'avait été effectuée jusque-là.

Il s'agit aussi d'un sujet fort puisqu'il vise un champ fondamental de l'activité de la médecine générale à savoir la prévention (cf Annexe I : préambule sur la prévention) avec pour objectif d'impliquer le patient et de personnaliser la démarche.

Sans prétendre à être à l'origine d'un changement des pratiques à large échelle, ce travail a vocation à susciter la curiosité des praticiens, à les informer du concept dans sa globalité afin de poursuivre les expérimentations dans ce domaine compte-tenu des résultats globalement favorables et des pistes thématiques données dans ce travail.

Limites de l'étude

Bien que la sélection des articles ait été la plus systématique possible, certains articles potentiellement sélectionnables n'ont finalement pas été retenus afin de ne pas multiplier les références d'allure redondantes. La recherche n'ayant été effectuée que par une seule personne, il n'y a pas eu de vérification.

Par ailleurs, l'analyse de la faisabilité et de l'acceptabilité reposaient parfois sur des critères fiables mais parfois aussi sur des déclarations peu étayées des auteurs voire un ressenti du chercheur à la lecture de l'article sans analyse méthodologique poussée.

La place des deux études (18, 26) utilisant une question unique dans la revue de littérature était discutable puisque la question était posée par un assistant de recherche. Elles ont été intégrées car l'extrapolation à une utilisation dans un contexte où le patient est en autonomie dans la salle d'attente est facilement envisageable.

Présentiel obligatoire ?

En dehors de certains systèmes particuliers nécessitant un matériel spécifique (CHICA et OMR notamment), la démarche pourrait avoir lieu ailleurs qu'en salle d'attente, par exemple à domicile. En effet, l'utilisation en salle d'attente est soumise à une limitation importante, le

temps, sujet de préoccupation principal des professionnels de santé : « pour que le procédé ne perturbe pas le fonctionnement du cabinet, il ne faut pas que sa durée soit supérieure au temps d'attente du patient ». Mais, « pour obtenir un outil le plus efficace possible, il faut plus de temps : cela permet d'obtenir des données plus pertinentes, de donner des conseils et/ou des traitements automatiquement proposés par le système en fonction des résultats » (17). En revanche, c'est passer à côté de « l'utilisation avantageuse du temps passé en salle d'attente » et surtout, c'est ne pas profiter du fait que dans la salle d'attente, les « patients [sont] concentrés sur leur visite médicale, anticipant de discuter ensuite avec le médecin, conscients que les résultats obtenus sont hautement pertinents sur le moment » (17). Les auteurs du même article proposaient donc, pour concilier les deux : « d'élaborer un système suffisamment flexible pour qu'il soit utilisé aussi bien en salle d'attente que chez soi, en fonction des préférences du patient et du cabinet » (17). Toutefois, certaines études parvenaient à concilier recueil de données pertinentes, voire proposition de pistes de prise en charge, sans occasionner de perturbation dans le fonctionnement du cabinet (15, 21).

D'où vient la demande ?

Cette problématique est fondamentale à envisager puisque dans les différentes études, les thématiques abordées étaient toujours imposées au patient. Or, s'il ne s'agit pas d'une thématique à laquelle il est déjà sensible, l'impact sera moindre voire nul comme le montre le cycle de Prochaska et DiClemente (31) dans le sevrage tabagique. D'un autre côté, on peut imaginer que c'est l'occasion de sensibiliser le patient à la thématique abordée voire d'induire une demande de sa part. Cela constitue un argument en faveur de la réalisation du processus en salle d'attente, comme suggéré auparavant, car la discussion avec le médecin a plus de chances d'avoir lieu si la sensibilisation a lieu immédiatement avant la consultation.

De toutes façons, même si le patient n'est pas sensible au sujet abordé ou pas sensibilisé par l'auto-questionnaire, les informations recueillies peuvent être intéressantes pour le praticien dans sa prise en charge.

Extrapolation de la faisabilité à la pratique française ?

Il est intéressant de noter que dans certaines études, il y avait un professionnel en salle d'attente chargé de participer à un moment donné à l'auto-questionnaire : remise du matériel au patient, remplissage d'une partie du questionnaire (qui n'est donc plus totalement un auto-questionnaire), guidage du patient en cas de difficultés, désinfection du matériel entre chaque utilisation, surveillance pour éviter vols et dégradations… Dans certains cas, ce professionnel était la personne chargée de l'accueil des patients, ce qui n'est pas commun à tous les cabinets. Parfois, il s'agissait d'une infirmière ce qui est encore plus inhabituel. Enfin, il pouvait s'agir d'un assistant de recherche ce qui rend toute extrapolation de la faisabilité en pratique clinique impossible. Finalement, seule une minorité d'auto-questionnaires pouvaient être adaptés à tous les cabinets car remplis en totale autonomie par le patient.

Il existe néanmoins une alternative proposée par N. Sherwin : mettre en place un gestionnaire de salle d'attente (GSA) qui pourrait faciliter la transformation d'une attente passive à des soins actifs en faisant office d'intermédiaire important entre les patients et les médecins. N. Sherwin propose de nombreuses fonctions aux GSA dont certaines permettraient de répondre aux limites parfois relevées dans certaines études : il pourrait aider les patients pour les (auto) questionnaires, renseigner certaines informations parfois demandées (taille, poids, tension artérielle…), leur distribuer les renseignements éducatifs en fonction des résultats (7). Ils pourraient ainsi participer aux étapes pour lesquelles le patient ne peut pas être autonome.

Place du médecin ? Implications sur la pratique

On peut légitimement s'interroger sur la place du médecin si ce genre d'outils venait à se développer. Alors qu'ils sont destinés à assister le médecin de soins primaires dans sa pratique quotidienne, on comprend à travers certaines déclarations de médecins ayant fonctionné avec des auto-questionnaires qu'ils en attendaient souvent plus que leur fonction initiale : l'outil « manque de proposition d'aides aux patients directement incluses dans le questionnaire » (23). Il apparait tentant, après avoir transféré une partie de la charge de travail dévolue à la recherche d'informations sur cet outil, d'aller plus loin et d'y transférer l'information et le conseil aux patients. Certains outils en sont capables : « des études pilotes ont démontré le potentiel des options électroniques pour identifier le risque du patient et générer des recommandations de gestion » (32). A l'inverse, l'importance du rôle du praticien est démontré dans certaines études : par exemple dans la prévention du mélanome où l'examen physique tient une part importante (13) et où il a été démontré que le conseil personnalisé fourni par le praticien au cours de la consultation avait un impact plus important que la transmission au patient d'une information écrite (33).

Il incombe donc aux médecins d'intégrer ces outils aux capacités croissantes à leur pratique tout en préservant leur position centrale dans la prise en charge.

Conclusion et perspectives de recherche

A la lumière de ces résultats globalement favorables, et notamment des résultats de certaines études ayant montré que l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale et soins primaires était à la fois utile, acceptable et faisable, il parait envisageable de l'intégrer à la pratique quotidienne. Il serait en revanche intéressant de multiplier les expérimentations en France parce qu'elles sont encore rares et parce que l'extrapolation des résultats obtenus dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, sur la faisabilité surtout, n'est

pas prudente, compte-tenu du fonctionnement différent des cabinets de médecine générale entre les pays.

BIBLIOGRAPHIE

1. Stefani F. Informations dans la salle d'attente du medecin. Conseil national de l'Ordre des médecins Rapport adopté lors de la session des 5 et 6 octobre 2000 [Internet] Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infosalledattente.pdf

2. AMA's 2003 Physician Socioeconomic Statistics

3. Breuil-Genier P., Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Drees, Études et résultats. Avril 2006 n° 481. [Internet]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf

4. Coiffier A. La salle d'attente idéale des médecins généralistes. [Thèse de Médecine Générale]. Faculté de Médecine Université de Nancy. 2010

5. Leroy B. Comparaison de l'efficacité de 2 vecteurs d'information en salle d'attente, en direction d'une population d'adultes, prise en charge en médecine générale, au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires. [Thèse de Médecine Générale]. Faculté de Médecine Université de Nancy. 2012.

6. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Thèse de Médecine Générale]. Faculté de Médecine Université de Saint-Etienne. 2013.

7. Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK. L'«attente» dans la salle d'attente. Can Fam Physician. mai 2013;59(5):e222 4.

8. Klein EW, Hunt JS, Leblanc BH. Depression screening interfaced with an electronic health record: a feasibility study in a primary care clinic using optical mark reader technology. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2006;8(6):324 8.

9. Zuithoff NPA, Vergouwe Y, King M, Nazareth I, van Wezep MJ, Moons KGM, et al. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a crosssectional study. BMC family practice. 2010;11:98.

10. Kanter JW, Epler AJ, Chaney EF, Liu C-F, Heagerty P, Lin P, et al. Comparison of 3 Depression Screening Methods and Provider Referral in a Veterans Affairs Primary Care Clinic. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2003;5(6):245 50.

11. Carroll AE, Biondich P, Anand V, Dugan TM, Downs SM. A randomized controlled trial of screening for maternal depression with a clinical decision support system. J Am Med Inform Assoc. avr 2013;20(2):311 6.

12. Stein MB, Roy-Byrne PP, McQuaid JR, Laffaye C, Russo J, McCahill ME, et al. Development of a brief diagnostic screen for panic disorder in primary care. Psychosom Med. juin 1999;61(3):359 64.

13. Rat C, Quereux G, Riviere C, Clouet S, Senand R, Volteau C, et al. Targeted melanoma prevention intervention: a cluster randomized controlled trial. Ann Fam Med. févr 2014;12(1):21 8.

14. Kable S, Henry R, Sanson-Fisher R, Ireland M, Cockburn J. Is a computer questionnaire of childhood asthma acceptable in general practice? Family Practice. févr 2006;23(1):88-90.

15. Kaplan CP, Livaudais-Toman J, Tice JA, Kerlikowske K, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ, et al. A Randomized, Controlled Trial to Increase Discussion of Breast Cancer in Primary Care. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. juill 2014;23(7):1245-53.

16. Ríos-Bedoya CF, Hay C. Feasibility of using text messaging for unhealthy behaviors screening in a clinical setting: a case study on adolescent hazardous alcohol use. J Am Med Inform Assoc. 2013 Apr;20(2):373–6.

17. Rose GL, Skelly JM, Badger GJ, Maclean CD, Malgeri MP, Helzer JE. Automated screening for at-risk drinking in a primary care office using interactive voice response. J Stud Alcohol Drugs. sept 2010;71(5):734 8.

18. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. A single-question screening test for drug use in primary care. Arch Intern Med. 12 juill 2010;170(13):1155 60.

19. Leijon M, Arvidsson D, Nilsen P, Stark Ekman D, Carlfjord S, Andersson A, et al. Improvement of Physical Activity by a Kiosk-based Electronic Screening and Brief Intervention in Routine Primary Health Care: Patient-Initiated Versus Staff-Referred. J Med Internet Res. 2011;13(4):e99.

20. Mulazzi I, Cambou JP, Girerd X, Nicodeme R, Chamontin B, Amar J. Six-item self-administered questionnaires in the waiting room: an aid to explain uncontrolled hypertension in high-risk patients seen in general practice. J Am Soc Hypertens. 2009 Jun;3(3):221–7

21. Anand V, Carroll AE, Downs SM. Automated primary care screening in pediatric waiting rooms. Pediatrics. mai 2012;129(5):e1275 81.

22. Alschuler KN, Hoodin F, Byrd MR. Rapid assessment for psychopathology in a college health clinic: utility of college student specific questions. J Am Coll Health. oct 2009;58(2):177 9.

23. Goodyear-Smith F, Warren J, Bojic M, Chong A. eCHAT for lifestyle and mental health screening in primary care. Ann Fam Med. 2013 Oct;11(5):460–6.

24. Gaynes BN, DeVeaugh-Geiss J, Weir S, Gu H, MacPherson C, Schulberg HC, et al. Feasibility and Diagnostic Validity of the M-3 Checklist: A Brief, Self-Rated Screen for Depressive, Bipolar, Anxiety, and Post-Traumatic Stress Disorders in Primary Care. Annals of Family Medicine. mars 2010;8(2):160-9.

25. Alda JA, Serrano-Troncoso E. Attention-deficit hyperactivity disorder: agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. Actas Esp Psiquiatr. avr 2013;41(2):76-83.

26. Smith PC, Cheng DM, Allensworth-Davies D, Winter MR, Saitz R. Use of a single alcohol screening question to identify other drug use. Drug Alcohol Depend. 1 juin 2014;139:178-80.

29. Paul CL, Carey M, Yoong SL, D'Este C, Makeham M, Henskens F. Access to chronic disease care in general practice: the acceptability of implementing systematic waiting-room screening using computer-based patient-reported risk status. Br J Gen Pract. sept 2013;63(614):e620 6.

22. Kemper KJ. Self-administered Questionnaire for Structured Psychosocial Screening in Pediatrics. Pediatrics. 1 mars 1992;89(3):433 6.

27. Smith P. The role of the general health questionnaire in general practice consultations. Br J Gen Pract. sept 1998;48(434):1565 9.

30. Stevens J, Kelleher KJ, Gardner W, Chisolm D, McGeehan J, Pajer K, et al. Trial of computerized screening for adolescent behavioral concerns. Pediatrics. juin 2008;121(6):1099-105.

31. HAS. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

32. Colombet I, Dart T, Leneveut L, et al. A computer decision aid for medical prevention: a pilot qualitative study of the Personalized Estimate of Risks (EsPeR) system. BMC Med Inform Decis Mak 2003; 3(1): 13.)

33. Falk M, Magnusson H. Sun protection advice mediated by the general practitioner: an effective way to achieve long-term change of behaviour and attitudes related to sun exposure? Scand J Prim Health Care. 2011;29(3):135-143.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de Flux.....13

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 6

RESUME 8

INTRODUCTION 9

MÉTHODES 11

Identification et sélection des études 11
Analyse de la littérature et extraction des données 11

RÉSULTATS 13

Diagramme de flux 13
Tableau de synthèse des résultats 15
1. Concept /intérêts de l'auto-questionnaire en salle d'attente 21
Thématiques abordées 21
Variété des objectifs 21
Réponse à un besoin 22
Réponse aux barrières opposées par les soignants 22
Intérêt pour l'aide au dépistage 23
Intérêt pour l'aide au diagnostic 24
Intérêt pour l'aide à la prise en charge/à la décision clinique 24
Meilleure éducation des patients/meilleur impact sur les conduites à risque 26
Divers 27
2. Spécificités en fonction du procédé 28
Question unique 28
Questionnaire papier-crayon 29
Intérêts liés à l'automatisation 29
Questionnaire papier-crayon associé à la technologie OMR Patientlink 30
Questionnaire par SMS 31
Questionnaire par répondeur téléphonique (IVR) 32
Questionnaire par tablette/ordinateur à écran tactile 33
Questionnaire par CHICA 34
3. Limites liées concept général 35
Confidentialité 35
Perturbation du fonctionnement du cabinet 36
Non exhaustivité des questionnaires/imprécisions 36
Induction de stress 37

DISCUSSION et CONCLUSION 38

Principaux résultats 38
Points forts de l'étude 38
Limites de l'étude 39
Presentiel obligatoire ? 39
D'où vient la demande ? 40
Extrapolation de la faisabilité à la pratique française ? 41
Place du médecin ? Implications sur la pratique 42
Conclusion et perspectives de recherche 42

BIBLIOGRAPHIE 4444

LISTE DES FIGURES 47

TABLE DES MATIERES 48

ANNEXES 50

Annexe I : Place de la prévention en médecine générale 50

Annexe II : Description détaillée du CHICA 52

Annexe III : Résumés des articles 55

ANNEXES

ANNEXE 01 : PLACE DE LA PREVENTION EN MEDECINE GENERALE

La médecine générale, a été redéfinie par la WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale) en 2002 selon 11 caractéristiques, 6 compétences fondamentales, 3 champs d'activité comprenant « la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative » (a)

En pratique, les soins à visée curative sont souvent privilégiés car vécus comme plus gratifiants : le patient vient voir son médecin parce qu'il a un problème. Celui-ci met en œuvre ses connaissances et son expérience pour résoudre ce problème, ressent la confiance placée en lui et s'il parvient à résoudre le problème, la gratitude du patient.
La promotion de la santé et la prévention des maladies ne sont pas toujours placées au même niveau dans les priorités du médecin alors qu'elles sont au moins aussi importantes, en témoignent toutes les recommandations à la pratique clinique qui y sont liées.
Parmi les 11 caractéristiques de la discipline de médecine générale définies par la WONCA Europe, on retrouve d'ailleurs notamment les notions suivantes : « elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide », « elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace », « elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ».

Ces caractéristiques liées à la promotion de la santé et la prévention des maladies (que je regrouperai, pour simplifier, sous la notion de prévention) peuvent être étendues à bon nombre de structures dédiées aux soins primaires : « la partie d'un système de santé, habituellement dans la communauté du patient, où a lieu le premier contact avec un professionnel de la santé (en excluant les traumatismes et affections médicales majeures) » (a), à l'exclusion des services d'urgences dont l'activité est très majoritairement consacrée à la prestation de soins à visée curative.

La prévention est définie ainsi selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) : « Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à imiter leurs conséquences (...) ». (b)
Elle se décompose ainsi en :
Prévention primaire : « Actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas ». (b)
Prévention secondaire : « Actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes ». (b)
Prévention tertiaire : « Actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de réhabilitation ». (b)

La situation vis-à-vis de la prévention est ainsi décrite : « Comme les médecins ont une pression croissante pour fournir un nombre des services de prévention, suivre des recommandations, s'engager dans la médecine basée sur les preuves et délivrer des soins centrés sur le patient (...), ils sont sans cesse à se battre pour contrôler le temps qu'ils ont » (c)

Dans une étude de L.S. Wolff, « il a été démontré que le manque de temps était à lui seul le plus grand empêchement à la pratique fondée sur des données probantes en soins primaires » (d). Autrement dit dans une étude de H.N Sherwinn : « les médecins de soins primaires traitent une grande diversité de problèmes (…) Les patients sont souvent complexes et présentent de multiples problèmes de santé aigus et chroniques concomitants. Cette réalité signifie que les médecins se sentent davantage pressés par le temps, parce que les traditionnels rendez-vous de 10 à 15 minutes ne durent pas toujours assez longtemps pour répondre à toutes les inquiétudes du patient » (e).
Dans une autre étude, menée par A. McColl, « les patients ont dit se sentir bousculés et ont l'impression que les médecins doivent suivre un horaire serré, ce qui constitue pour eux un obstacle pour demander des conseils en soins préventifs » (f).

On voit là que le médecin généraliste pourrait bénéficier d'outils permettant de faciliter l'exercice de ce domaine de compétences en particulier : des moyens de lui faire gagner du temps, de montrer au patient que la prévention est au moins aussi importante dans son champ d'activités que les soins curatifs.

Bibliographie du préambule :

a. WONCA. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA Europe 2002. [Internet] Disponible sur: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

b. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. Disponible sur: http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/

c. Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ, Marceau LD, Knesebeck O von dem, Siegrist J, et al. It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. Med Care. févr 2010;48(2):95 100.

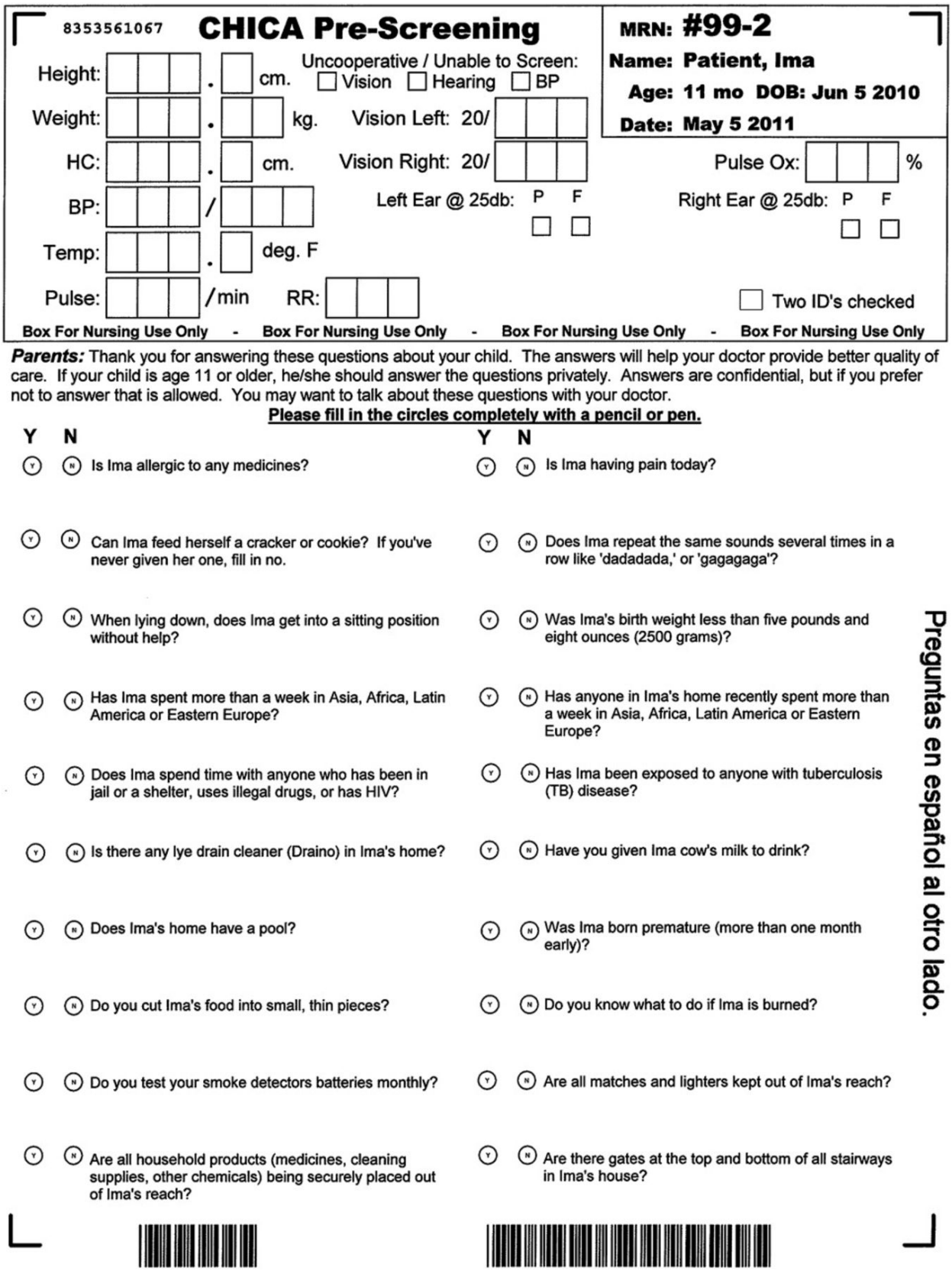
d. Wolff LS, Massett HA, Weber D, Mockenhaupt RE, Hassmiller S, Maibach EW. Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. Health. Promot Int 2010;25(3):265-76.

e. Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK. L'«attente» dans la salle d'attente. Can Fam Physician. mai 2013;59(5):e222 4.

f. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. BMJ 1998;316(7128):361-5.

ANNEXE 02 : Description détaillée du CHICA (11, 21)

C'est un système informatisé d'aide à la prise de décisions cliniques (CDSS - Computerized Clinical Decision Support Systems) basé sur les informations spécifiques au patient d'une part et sur une base de données regroupant un large panel de situations/conduites à risque à évaluer d'autres parts. Cette base de données a été constituée par une équipe de pédiatres qui a attribué un score de priorisation à chaque situation/conduite à risque.
En pratique, quand le patient arrive au cabinet, il complète un formulaire qui lui est spécifique, en fonction de données recueillies à partir de son dossier médical informatisé (âge, sexe, antécédents…) et ce, de manière complètement automatisée : le PSF (Patient Screening Form). La première partie doit être remplie avec l'aide d'un professionnel (infirmière dans les études analysées) et est quasiment similaire pour tous les patients. Elle comprend des données telles que le poids, la taille, l'IMC, l'acuité visuelle, la température, le pouls… La seconde partie est constituée de 20 questions fermées issues de la base de données et considérées par l'algorithme comme étant les plus importantes à aborder compte-tenu des données spécifiques au patient et du niveau de priorisation attribué par l'équipe de pédiatres. Ce formulaire est ensuite scanné puis analysé automatiquement à l'aide d'un logiciel de reconnaissance optique des caractères (OCR : Optical Character Recognition). Enfin, un deuxième formulaire est imprimé, une feuille de travail à destination du médecin pour la consultation à venir lui permettant de prendre rapidement connaissance des risques prioritaires à prendre en compte pour le patient en particulier avec des indications sur les éventuels examens complémentaires à pratiquer, questions complémentaires à poser, informations à donner, parties de l'examen physique à privilégier. Les résultats de ce deuxième formulaire peuvent être scannés pour enrichir la base de données concernant le patient et permettre un fonctionnement encore plus optimal à l'occasion d'une prochaine consultation.



8353561067

CHICA Pre-Screening

MRN: #99-2

Name: Patient, Ima

Age: 11 mo DOB: Jun 5 2010

Date: May 5 2011

Height: . cm.

Uncooperative / Unable to Screen: ☐ Vision ☐ Hearing ☐ BP

Weight: . kg.

Vision Left: 20/

HC: . cm.

Vision Right: 20/

Pulse Ox: %

BP: /

Left Ear @ 25db: P ☐ F ☐

Right Ear @ 25db: P ☐ F ☐

Temp: . deg. F

Pulse: /min

RR:

☐ Two ID's checked

Box For Nursing Use Only - Box For Nursing Use Only - Box For Nursing Use Only - Box For Nursing Use Only

Parents: Thank you for answering these questions about your child. The answers will help your doctor provide better quality of care. If your child is age 11 or older, he/she should answer the questions privately. Answers are confidential, but if you prefer not to answer that is allowed. You may want to talk about these questions with your doctor.

Please fill in the circles completely with a pencil or pen.

Y	N		Y	N	
Y	N	Is Ima allergic to any medicines?	Y	N	Is Ima having pain today?
Y	N	Can Ima feed herself a cracker or cookie? If you've never given her one, fill in no.	Y	N	Does Ima repeat the same sounds several times in a row like 'dadadada,' or 'gagagaga'?
Y	N	When lying down, does Ima get into a sitting position without help?	Y	N	Was Ima's birth weight less than five pounds and eight ounces (2500 grams)?
Y	N	Has Ima spent more than a week in Asia, Africa, Latin America or Eastern Europe?	Y	N	Has anyone in Ima's home recently spent more than a week in Asia, Africa, Latin America or Eastern Europe?
Y	N	Does Ima spend time with anyone who has been in jail or a shelter, uses illegal drugs, or has HIV?	Y	N	Has Ima been exposed to anyone with tuberculosis (TB) disease?
Y	N	Is there any lye drain cleaner (Draino) in Ima's home?	Y	N	Have you given Ima cow's milk to drink?
Y	N	Does Ima's home have a pool?	Y	N	Was Ima born premature (more than one month early)?
Y	N	Do you cut Ima's food into small, thin pieces?	Y	N	Do you know what to do if Ima is burned?
Y	N	Do you test your smoke detectors batteries monthly?	Y	N	Are all matches and lighters kept out of Ima's reach?
Y	N	Are all household products (medicines, cleaning supplies, other chemicals) being securely placed out of Ima's reach?	Y	N	Are there gates at the top and bottom of all stairways in Ima's house?

Preguntas en español al otro lado.

Exemple de PSF (Patient Screen Form) : données de l'examen physique pratiqué par une infirmière pour la partie supérieure, auto-questionnaire pour la partie inférieure.

2764026906

CHICA Physician Encounter Form #99-2

Patient: Patient, Ima (F)
DOB: 06/05/10 **Age:** 11 mo
Doctor: Other

MRN: #99-2
Date: May 5 2011
Time: 3:09PM

Physical Exam:	Nl	Abnl
General:	☐	☐
Head:	☐	☐
Skin:	☐	☐
Eyes:	☐	☐
Ears:	☐	☐
Nose / Throat:	☐	☐
Teeth / Gums:	☐	☐
Nodes:	☐	☐
Chest / Lungs:	☐	☐
Heart / Pulses:	☐	☐
Abdomen:	☐	☐
Ext. Genitalia:	☐	☐
Back:	☐	☐
Neuro:	☐	☐
Extremities:	☐	☐

Legend: * = Previously Abnl
o = Needs Examination

History / Exam Comments:
CC :

☐ Additional notes on back...
☐ Two ID's Checked
Informant: _____

A Vital Signs:

Height:	cm. (	%)
Weight:	kg.(	%)
BMI:	(	%)
Head Circ:	cm.(	%)
Temp:	F	
Pulse:		
RR:		
BP:		
Pulse Ox:	%	
Hear (L):	Hear (R):	
Vision (L):		
Vision (R):		
Weight:	lb.	

* = Abnormal, U = Uncooperative

Allergies: NONE
Pain (0-10): 0

INSTRUCTIONS: Check all applicable boxes. COMPLETELY fill space to right of each box to "uncheck" misfilled boxes.

**High Iron Deficiency Risk **: Highest priority risk factor reported for Ima: drinks regular cow's milk. Draw CBC now.

☐ test already done ->
☐ test not indicated
☐ blood drawn
☐ Positive
☐ Negative
☐ test deferred

High TB Risk Patient: Ima reportedly has had direct contact with someone with TB. Place PPD 5TU IQ now.

☐ PPD already done ->
☐ PPD not indicated
☐ PPD placed
☐ Positive
☐ Negative
☐ PPD deferred/refused

Infants with risk factors of prematurity or a family history of deafness should have yearly hearing screening between 6 months and 3 years. This child either has a positive or unknown risk factor of PREMATURITY;

☐ Prematurity ->
☐ Family history of deafness->
☐ No risk factors present
☐ Refer for Audiology screening
☐ Refer for Audiology screening

Pb level indicated if: Ima 1) exposed to sib/playmate with hi Pb, 2) someone who works with lead, 3) lives in home built before 1950, 4) home built before 1978 recently renovated.

☐ Pre-1950 house
☐ Lead + contact
☐ Ordered / Done elsewhere
☐ Pre-1978 renov. house
☐ Contact that works with lead
☐ No risk factors

Breast feeding can reduce the risk of pneumonia, otitis, hospitalizations, and SIDS. Is this mother breastfeeding?

☐ Yes, no problems ->
☐ Yes, but problems ->
☐ No ->
☐ consider TriViSol
☐ lactation counseling
☐ recommend formula with Fe

The AAP has age-specific recommendations for the prevention of burns in children. Please review the following, and check those you review:

☐ NEVER carry child & hot liquids ☐
☐ Adjust water max temp 120F/49C ☐
☐ Safe place for play while cooking ☐

Assessments and Plan:

Medication Education Performed and/or Counseled on Vaccines: ☐ Y ☐ N ☐ N/A

☐ The medical student acted as a scribe for this note.

Staff: _____ Signature: _____

Exemple de feuille à destination du praticien pour la consultation suivante

ANNEXE 03 : Résumés des articles

Chacun des articles analysés dans cette revue de littérature l'a été selon une grille de lecture présentée dans la méthodologie. Les résumés des articles présentés dans cette annexe sont des documents de travail : la première partie constitue une première partie d'analyse ayant permis de produire le tableau de synthèse des résultats ; la deuxième partie correspond à une « traduction » pour lire et réfléchir en français.

Ils n'ont pas vocation à être des traductions correctes mais peuvent permettre à des lecteurs non anglophones d'aller plus loin que la simple présentation des résultats.

Depression Screening Interfaced With an Electronic Health Record : A Feasibility Study in a Primary Care Clinic Using Optical Mark Reader Technology

Elizabeth W. Klein ; The Primary Care Companion - Journal of Clinical Psychiatry ; 2006 ; USA

Dépression

Dépister la dépression (questionnaire PHQ-9)

Etudier la faisabilité de l'utilisation d'un programme de dépistage de la dépression basé sur la complétion du questionnaire en salle d'attente en utilisant la technologie "Optical Mark Reader"

Etude prospective observationnelle

Papier crayon avec OMR

Intérêts :

Démontré : Techniquement faisable, ne nécessite pas ou peu de ressources en personnel.

Discuté : Information recueillie fournie directement au praticien pour la consultation, amélioration de la qualité de la consultation pour près d'un tiers des participants, bonne acceptation du personnel du cabinet, intérêt de la solution électronique versus papier : certains patients ont semblé plus à l'aise avec cette méthode, résultats disponibles immédiatement dans le dossier, "easily support higher reimbursment coding"

Etude : Première étude évaluant une méthode d'évaluation dans laquelle le patient est autonome.

Limites :

Questionnaire : Inquiétude sur la confidentialité d'environ 25% des patients, inquiétude sur la perturbation du cabinet par les assistants médicaux et les médecins (même si des adaptations sont envisagées), pas d'inclusion d'un système de facilitation de traitement et du suivi des patients identifiés.

Etude : trop courte : appréciation de la durabilité de la méthode non explorée, surdépistage de la dépression (17,8 % dans l'étude pour une prévalence variant de 6 à 10%) (mais plus faible que ce qui est généralement décrit dans la littérature)

Acceptabilité : Décrite comme très bonne ++ par les auteurs du point de vue des soignants et du point de vue des patients (très bon taux de participation et la plupart des patients sont prêts à réitérer mais inquiétudes concernant la confidentialité)

Faisabilité : Décrite comme très bonne ++ par les auteurs (rapidement assimilé par les soignants, facilement mis en œuvre par la plupart des patients mais inquiétudes concernant la perturbation du fonctionnement du cabinet : mise en retard des patients)

Traduction partielle de l'article :

Summary :

La dépression est une maladie commune associée à un important retentissement physique et psychosocial ainsi qu'une mortalité accrue avec un coût très important pour la société (parmi les 10 maladies les plus coûteuses pour les USA). La plupart des patients dépressifs cherchent un traitement auprès de leur médecin généraliste. Des études prouvent que les programmes de dépistage de la dépression son associés à des résultats intéressants pour le patient particulièrement quand le programme est couplé à des systèmes qui offrent un soutien dans le traitement et le suivi. Cependant, plus de la moitié des patients dépressifs ne sont pas reconnus comme tels.

Dans 15 des essais randomisés contrôlés évaluant le dépistage de la dépression en soins primaires, 14 utilisaient un personnel de recherche pour accomplir les activités de dépistage. Les informations recueillies à partir de ces études ont abouti aux recommandations de dépistage mais ces études ne correspondent pas à la pratique habituelle. Dans la seule étude ne faisant pas intervenir de personnel extérieur au personnel du cabinet, le personnel utilisé correspondait à des infirmières très entraînées. Néanmoins, ce système garde des contraintes financières et de temps qui sont autant d'obstacles à son implémentation dans la pratique quotidienne (sans parler du fait que le fonctionnement des cabinets français n'est pas vraiment le même)

L'objectif des nouveaux systèmes de soutien à la gestion des maladies est d'identifier de manière précise la population visée pour l'aider. L'augmentation de la prévalence de dossiers médicaux électroniques en soins

primaires fournit un accès précis et rapide aux informations facilitant les programmes de gestion des maladies. Néanmoins, contrairement aux résultats de laboratoire ou aux paramètres vitaux, les résultats de dépistage de la dépression ne sont pas enregistrés en routine dans les dossiers médicaux électroniques.
Un nouveau programme a donc été établi avec pour objectif de requérir le minimum de personnel, en facilitant la collection des réponses et en rendant les résultats immédiatement visibles au médecin au moment de la consultation. L'objectif était donc de reporter la charge de la collecte des informations du personnel au patient et d'utiliser un système facilitant cette collecte et le rendu du résultat.

Méthode :
L'étude a été menée dans une clinique du réseau de recherche de soins primaires dans l'Oregon qui a été choisie parce qu'elle avait opté, 6 mois plus tôt, pour un processus de dépistage de la dépression "papier-crayon".
Tous les patients de 18 ans ou plus vus dans cette clinique la première semaine de 08/2004 étaient éligibles pour participer à cette étude à l'exclusion des patients ne maitrisant pas suffisamment l'anglais. Le questionnaire PHQ-9 a été choisi, car validé dans de nombreuses études, notamment en soins primaires.
La technologie OMR PatientLink a été retenue car elle utilise un format (Scantron) commun et largement reconnu pour les questionnaires auto-administrés par les patients et qu'elle permet de capturer les réponses fournies par les patients pour les intégrer directement au dossier médical électronique.
Les patients consultant au cabinet et qui fournissaient leur consentement pour participer à l'étude se voyaient proposer de compléter le PHQ-9 Scantron. Aucun personnel n'était impliqué dans le processus de dépistage. Les patients se voyaient remettre à leur arrivée le questionnaire ainsi que de brèves instructions écrites. Une fois remplis, les questionnaires étaient remis à l'accueil, qui inséraient le Scantron dans le scanner OMR permettant en 5 secondes de recueillir les données et de les intégrer au dossier avec un accès par le praticien aux résultats en un seul clic. Les praticiens n'ont pas reçu d'instruction ou de formation spécifique pour se servir de cette fonction.
Le premier résultat recueilli était la proportion de patients ayant été au bout de l'utilisation de ce procédé.
La deuxième partie comprenait plusieurs résultats : la performance de la technologie, les perspectives des patients, du personnel et des médecins sur l'utilisation de cette technologie. Ainsi, à la fin de la consultation, les patients étaient invités à remplir une étude en 9 items pour mesurer leur avis sur les instructions, le respect de la vie privée, le procédé en lui-même, et la valeur de cette stratégie de dépistage. Le personnel du cabinet et les médecins ont été interrogés au cours d'entretiens semi-structurés et les données ont été analysées pour faire ressortir les idées-clefs concernant cette méthode.

Résultats :
189 patients étaient éligibles parmi lesquels 169 (89,4%) ont réussi à utiliser le Patientlink. Il y a donc eu 20 cas d'échec dont la moitié concernait des patients qui étaient trop malades pour remplir le PHQ-9. Dans cette étude, seuls 5 (2,6%) des patients ont refusé de remplir le PHQ-9. Aucun échec n'est à mettre sur le compte d'une erreur de la technologie Patientlink.
Parmi les sujets qui ont rempli le questionnaire PHQ9, 30 personnes (soit 17,8%) ont rempli les critères DSM-IV pour une dépression modérée à sévère. 4 d'entre eux (2,4%) n'avaient pas d'antécédent de dépression enregistré dans le dossier médical.
Sur les 169 patients ayant complété le questionnaire PHQ-9, 66% ont aussi accepté de remplir le questionnaire de satisfaction. La plupart ont trouvé les instructions faciles à comprendre, ont eu l'impression que la brève introduction à l'étude présente sur le bureau d'entrée était suffisante et ont rapporté avoir suffisamment de respect de leur vie privée dans la salle d'attente. Néanmoins, quelques personnes ont déclaré avoir des problèmes avec la confidentialité : parmi ces 27 personnes, seules 9 ne recommanderaient pas la participation à ce questionnaire et 11 n'aimeraient pas remplir d'autres questionnaires de ce type. 35% des sujets ont déclaré que ce dépistage a amélioré la qualité de leur consultation contre 39% pour qui n'a rien changé.
4 secrétaires et 7 assistants médicaux ont été interrogés.
Les secrétaires ont eu le sentiment que la méthode fonctionnait bien. Malgré la charge potentielle de travail liée à la distribution, à la collecte et au scan des formulaires, elles n'ont pas eu l'impression que cela perturbait leur travail. Cela n'a pris qu'un jour pour s'adapter au bruit occasionné par le dispositif et au travail supplémentaire et tout s'est passé sans problème.
Les assistants médicaux ont rapporté une perturbation de leur travail à cause des délais occasionnés par la complétion du questionnaire en salle d'attente. Ils ont ainsi suggéré que le travail de dépistage devrait être modifié pour permettre que le dépistage et le scan puisse être terminé après la consultation. Le procédé a réduit leur charge de travail puisque leur fonction antérieure consistait notamment à poser 2 questions de dépistage de la dépression, de distribuer les PHQ-9 papiers aux patients dépistés positifs puis d'entrer les réponses du questionnaire dans le dossier électronique.

5 des 7 médecins ayant participé à l'étude ont aussi participé à la session de réflexion en groupe. Ils ont rapporté que la technologie était un outil puissant pour le dépistage de la dépression. Ils n'ont notamment quasiment pas à modifier les questionnaires une fois le patient en face.
Certains ont rapporté s'être reportés à ces informations pendant la plupart des visites mais d'autres, rarement. Les premiers ont décrit 2 avantages : l'information est bénéfique pour déterminer si les patients en cours de traitement sont en rémission et, avoir la documentation dans le dossier pourrait faciliter un meilleur remboursement.
Comme leurs assistants, les médecins étaient inquiets d'un éventuel retard de leurs patients à cause de leur participation à ce programme. Cependant, ils pensaient que leur mode de travail pourrait être modifié pour ne pas créer de perte de temps et seraient intéressés pour élargir l'utilisation de ce système à d'autres informations (antécédents des nouveaux patients...)

The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care : cconsequences of current thresholds in a crossectionnal study
Zuithoff N ; BMC Family Practice ; 2010 ; Pays-Bas
Dépression
Dépister l'EDM et caractériser son intensité (PHQ 9 et PHQ 2)
Etudier la validité et la fiabilité du PHQ9 dans la mesure de l'épisode dépressive majeur (EDM) en soins primaires. Evaluer la précision du PHQ2 en soins primaires. Evaluer la précision en soins primaires de la classification grâce au seuil fixé à 10 pour le PHQ-9 et de l'algorithme.
Questionnaire papier-crayon

Intérêts :
Démontrés : Le PHQ2 et le PHQ9 sont des outils utiles pour détecter l'EDM en soins primaires (cf probabilité pré et post-test), le PHQ9 est validé pour apprécier la sévérité de la dépression.
Discutés : Très faible coût pour le médecin, non chronophage, rapides à réaliser (voire très rapides)
Etude : Première étude permettant de valider PHQ-9 et PHQ-2 en soins primaires aux Pays-Bas. Permet de mettre en évidence la méfiance dont le médecin doit faire preuve en analysant le questionnaire avec les seuils habituels car Se basse ce qui aboutit à un sous-dépistage remettant en cause l''intérêt des questionnaires. Permet d'établir des seuils plus adaptés
Limites :
Questionnaire : Taux de non-réponse élevé traduisant une mauvaise acceptabilité ? Remplissage du questionnaire à domicile ce qui peut modifier les réponses si elles sont influencées par l'entourage. Sensibilité basse et spécificité élevée pour les seuils habituels (problématique pour un test de dépistage) en rapport avec le fait que les patients ayant des symptômes d'EDM au cours des 6 derniers mois avec des symptômes moins sévères au cours des 2 dernières semaines ne seront pas dépistés par le PHQ9 et le PHQ2
Travail de diagnostic supplémentaire requis (confirmé par la VPP basse retrouvée dans l'étude)
Etude : Biais de sélection en rapport avec le taux de non-réponse élevé ; Prévalence retrouvée d'EDM relativement élevée pouvant indiquer que les patients ayant un EDM ou des troubles de l'humeur similaires sont plus à même de vouloir participer ce qui aboutit à une sous-estimation de la VPN et de la Sp et une surestimation de la VPP et de la Se. ; Faible nombre de patients (29) pour évaluer la fiabilité du PHQ9 par la méthode du test-retest ; Test utilisé comme référence (CIDI) n'est pas parfait : connu pour sous-diagnostiquer l'EDM
Acceptabilité : Non évaluée mais faible taux de participation peut faire remettre en cause l'acceptabilité
Faisabilité : Non évaluable car questionnaire rempli au domicile dans cette étude mais a priori réalisable en salle d'attente car décrit comme rapide voire très rapide à réaliser

Traduction partielle de l'article :
Summary :
L'évaluation de l'EDM à l'aide d''entretiens (semi)-structurés sont chronophages en soins primaires. Il faut donc utiliser des instruments brefs tels que le PHQ9 et le PHQ2.
Le PHQ9 est un auto-questionnaire qui évalue les niveaux de dépression sur les 9 symptômes clefs de la dépression au cours des 2 dernières semaines. Le score final est la somme des scores pour chaque item (de 0 à 3). Un score supérieur ou égal à 10 correspond au diagnostic d'EDM. Le score peut aussi représenter la sévérité de la dépression.
Le PHQ2 reprend les 2 premiers items du PHQ9 "idées tristes", "perte d'intérêt". Un seuil à 3 est habituellement recommandé.

Peu d'études ont validé la précision du PHQ2 et aucune n'a validé le PHQ9 aux Pays-Bas en soins primaires

Méthode :
Basé sur les informations fournies par l'étude PREDICT-NL (cf)
Aux Pays-Bas, les patients étaient recrutés à partir de 7 cabinets de médecine générale à Utrecht et ses alentours. Des jours aléatoires, des assistants de recherche venaient et recrutaient des patients. Tous les patients de 18 ans et plus se voyaient proposer la participation. Les patients qui souhaitaient participer se voyaient remettre un formulaire de consentement, un feuillet d'informations sur l'étude et les questionnaires. Ils étaient invités à y répondre chez eux. Les non répondeurs se voyaient relancer par mail après 1 mois sans réponse de leur part.
Pour évaluer la fiabilité du PHQ9, 32 patients inclus consécutifs ont dû remplir le PHQ9 une 2ème fois, 15 jours après la première.
Le diagnostic d'EDM était porté suite à la procédure suivante : quand les questionnaires étaient reçus, les chercheurs téléphonaient pour poser les 2 questions centrales du CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (cf). S'il n'y avait pas de réponse positive, le diagnostic était écarté. S'il y avait une réponse positive ou plus, un RDV était pris pour répondre au CIDI intégral (par téléphone si face-à-face impossible). Les résultats du CIDI étaient interprétés en aveugle du PHQ9.
La validité du PHQ9 était évaluée grâce à l'analyse d'autres paramètres : le SF-12 (Short Form General Health Questionnaire), le nombre de "jours de maladie" au cours des 4 dernières semaines, le nombre de consultations de médecine générale au cours des 12 derniers mois.

Résultats :
3089 patients se sont vus proposer une participation ; 83 n'ont pas pu être inclus car ne comprenaient pas le néerlandais ou étaient déments ou psychotiques ou déficients mentaux. Sur les 3006 patients éligibles, 1138 (44,5%) ont accepté de participer. Le manque de temps et/ou d'intérêt étaient les raisons principales de refus.
176 (13%) des participants se sont vus diagnostiquer un EDM selon le CIDI. Les patients diagnostiqués positif avaient des scores significativement plus élevés pour le PHQ9 et le PHQ2 que ceux qui étaient diagnostiqués négatifs.
La fiabilité du PHQ9 était bonne car l'association entre le premier test et le test contrôle était de 94%.
Il existait une différence significative de qualité de vie entre les patients des différents niveaux de dépression (inversement proportionnelle), notamment en ce qui concerne le fonctionnement mental. Il existait aussi une différence significative sur le nombre de jours malades et le nombre de consultations chez le médecin traitant sur l'année.
Pour chaque questionnaire, tous les seuils ont été testés :
Pour le PHQ9, le seuil "classiquement" fixé à 10 a donné les résultats suivants : Sp 95% et Se à seulement 49%. Pour un seuil à 6, Sp 82% et Se 82%. Avec ce seuil, la probabilité pré-test (prévalence) est passée de 13% à une probabilité post-test à 41%. L'algorithme de catégorisation a été revu par les auteurs car il montrait une Sp à 98% mais une Se à seulement 28%. Ils ont défini les réponses "plusieurs jours" comme symptôme présent alors que l'algorithme original les définit comme absent ce qui a permis d'obtenir une Sp à 81% et une Se à 84%
Pour le PHQ2, avec le seuil "classiquement" fixé à 3, Sp à 94% et Se à seulement 42%. Avec une diminution du seuil à 2, la Sp passé à 76% mais la Se augmente à 81%.

Comparison of 3 Depression Screening Methods and Provider Referral in a Veterans Affair Primary Care Clinic
Jonathan W. Kanter ; 12/2003 ; USA
Etude analytique interventionnelle, comparative
Dépression

Intérêts :
Démontré : La stratégie "provider" (pratique courante) permet d'obtenir la meilleure couverture et d'identifier le plus grand nombre de patients dépressifs ; des autres stratégies, la stratégie "in clinic" (auto-questionnaire) a la meilleure couverture. Elle pourrait donc être la meilleure stratégie, en adjonction à la pratique courante, pour augmenter la couverture et donc le nombre de diagnostics.
Discuté : Facilité d'administration du questionnaire dans les conditions habituelles de pratique, possibilité de dépister plusieurs problèmes de santé grâce à ce questionnaire (sans que le format très court de dépistage de la dépression n'ait un impact négatif en terme de sensibilité, spécificité et autres caractéristiques de test (démontré dans d'autres études)) ; populations touchées différentes, notamment personnes plus âgées, peut-être parce que

la stratégie classique est plus difficile à appliquer chez ces patients qui ont souvent de nombreuses autres plaintes sur lesquelles le médecin doit se concentrer.
Etude : Différentes stratégies de dépistage permettent de toucher différentes populations.
Limites :
Questionnaire : moins d'identification des cas de troubles bipolaires par l'auto-questionnaire que par l'administration du PRIME-MD dans la stratégie "waiting" ce qui peut aboutir à une mauvaise prise en charge thérapeutique (anti-dépresseurs seuls chez des patients à risque de virage maniaque). Il faudrait ainsi inclure dans la stratégie une recherche des troubles bipolaires.
Etude : Mode de recrutement des patients et place dans l'une ou l'autre des stratégies : pas de randomisation. Le groupe "provider" en particulier est assez difficile à définir parce qu'on ne connait pas les raisons pour lesquelles le médecin les réadresse dans l'étude ni en quoi ces patients diffèrent des patients que les médecins ont diagnostiqués et traités de manière "conventionnelle". Généralisabilité des résultats à d'autres structures douteuse car le GIMC a déjà été le lieu d'autres études sur la dépression, que le GIMC a accès à des ressources en santé mentale substancielles. Ainsi, selon les auteurs, dans d'autres structures, les stratégies alternatives à la stratégie classique pourraient être encore plus intéressantes car les médecins sont moins entrainés à ce genre de problèmes et n'ont pas autant d'options pour rediriger le patient.

Traduction partielle de l'article :
Summary :
La dépression est désormais considérée comme une maladie chronique associée à une détérioration majeure de la qualité de vie et une majoration des coûts de santé. Alors que la plupart des dépressions sont traitées dans les structures de soins primaires, il a été démontré que cette pathologie y reste sous-diagnostiquée et sous-traitée. Des études ont montré que de nombreux cas sont manqués et que les médecins de soins primaires n'ont tendance à adresser aux professionnels requis que les patients ayant une dépression sévère, souvent présentant le même profil d'un point de vue démographique. Ces éléments ont conduit à un intérêt accru pour le dépistage de la dépression. Il est clair que l'utilisation de moyens de dépistage permet de majorer le taux de reconnaissance de dépressions mais les études portant sur l'impact du dépistage chez les patients montrent des résultats mitigés notamment quand ce dépistage est réalisé de manière isolée. En revanche, lorsque le dépistage est couplé à une intervention permettant de s'assurer de la mise en place d'un traitement et d'un suivi adaptés. En se basant sur ces données, le VA (Veteran Affairs – Organisation des anciens combattants de l'armée américaine) a récemment ajouté une deuxième étape dans sa méthode de dépistage de la dépression : tous les patients dépistés positifs se voient remettre un rappel de suivi qui peut être complété par l'une des procédures de suivi comme l'adressage à un professionnel de santé mentale ou la mise en place d'un traitement médicamenteux.
Plus d'une douzaine d'instruments de dépistage de la dépression sont actuellement disponibles, mais aucune étude n'a pour le moment comparé les différents instruments entre eux, par exemple, comment l'instrument est administré : par qui, où ?
Dans cet article, les auteurs comparent 3 stratégies de dépistage selon plusieurs critères : le nombre de patients dépistés positifs pour la dépression, le nombre de patients diagnostiqués comme étant en dépression par un interrogatoire adapté, le nombre de patients ayant accepté le traitement proposé. Ils ont ensuite estimé la couverture globale de chaque stratégie et noté de manière subjective chaque stratégie selon des caractéristiques pertinentes pour la mise en place de ces stratégies en pratique de routine. L'objectif était d'estimer les différences entre chaque stratégie pour aider à la sélection de stratégies optimales en fonction des différentes situations cliniques.

Méthode :
L'échantillon analysé correspondait aux patients enrôlés dans le GIMC (General Internal Medicine Clinic) du Veteran Affairs Puget Sound Health Care System, ayant les critères DSM-IV pour Episode Dépressif Majeur en cours, trouble dysthymique ou les deux. L'étude a eu lieu entre janvier 1998 et juillet 2003.

Les 3 stratégies de dépistage étudiées étaient les suivantes :

- Attente : les patients en salle d'attente étaient dirigés vers l'étude en fonction de leurs résultats à une étude sans rapport direct. Celle-ci consistait en l'administration par un professionnel d'un questionnaire en salle d'attente du GIMC pour recruter les patients ayant une dépression mineure. L'étude utilisait une version en 2 étapes de la sous-échelle pour la dépression du PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) dans laquelle le questionnaire complet en 9 items était administré si le patient répondait affirmativement à l'un ou l'autre des 2 premiers items (ou les 2). Parce que cette étude ne recherchait que les patients souffrant de dépression mineure, les patients remplissant les critères pour une dysthymie ou une dépression majeure (ou les 2) étaient redirigés vers l'étude faisant l'objet de cet article

- In-Clinic : le GIMC a conduit une étude de prévention indépendante selon le protocole suivant : la réceptionniste/secrétaire, donnait à chaque patient se présentant pour un rendez-vous un questionnaire sur une page, qu'il remplissait lui-même en salle d'attente, portant sur un large éventail de questions relatives à la promotion de la santé telles que le tabagisme, les résultats à la recherche de saignement occulte dans les selles, et un dépistage bref pour la dépression en 2 items (sentiment de tristesse/désespoir et anhédonie). Si les patients répondaient positivement à l'une des 2 questions (ou les 2), ils étaient redirigés vers l'étude faisant l'objet de cet article
- Mail : les patients étaient dirigés vers l'étude en fonction de leurs résultats à une étude sans rapport direct : "the Ambulatory Care Quality Improvement Project" qui consistait en l'utilisation d'un procédé en 2 étapes : d'abord, les patients recevaient par courrier du matériel de dépistage pour 6 problèmes de santé : la dépression, l'angor, les maladies pulmonaires, le diabète, l'hypertension et la consommation d'alcool. Concernant la dépression, le MHI-5 (5-item Mental Health Inventory) était utilisé. Les patients ayant un score inférieur ou égal à 17 se voyaient envoyer, toujours par courrier, la SCL-20 (20-item depression scale from the Hopkins Symptom Checklist). Les patients dépistés positifs pour une symptomatologie de dépression majeure (score > 1,75 au SCL-20) étaient redirigés vers l'étude faisant l'objet de cet article.
- Provider : les patients étaient aussi redirigés vers l'étude par leurs médecins de soins primaires. Tout au long de l'étude, Ces derniers étaient encouragés à adresser les patients qu'ils suspectaient d'être dépressifs pas encore traités ou qu'ils traitaient mais sans réponse au traitement. Aucune mesure n'a été faite dans ce groupe.

Si un même patient était réadressé à l'étude selon plusieurs stratégies, la première était prise en compte.
Après avoir été dépisté positif pour un EDM (Episode Dépressif Majeur) et redirigée vers l'étude, les patients s'administraient un entretien structuré assisté par ordinateur pour évaluer les caractéristiques démographiques, leur fonctionnement global, la dépression et plusieurs autres variables afin d'étudier leur éligibilité à l'étude.
Le diagnostic d'EDM et de trouble bipolaire était basé sur le PRIME-MD avec des questions additionnelles issues du Structured Clinical Interview du DSM-IV. La consommation d'alcool était évaluée à partir d'un index quantité-fréquence.
Un technicien-psychologue menait les entretiens au téléphone ou en face-à-face (il est démontré qu'il n'y a pas de différence entre ces 2 modes d'évaluation.
Des caractéristiques cliniques additionnelles étaient évaluées au moment de l'entrée dans l'étude à partir d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur, notamment le SCL-20, la version adaptée aux Veteran Affairs du CDS (Chronic Disease Score), une mesure de maladie chronique basée sur les données de pharmacie du patient selon son dossier électronique, pour décrire la charge liée à la maladie (dans sa globalité) à l'entrée dans l'étude.
Le personnel de recherche (médecins de soins primaires, psychiatres ou chercheurs expérimentés dans le contexte de GIMC) notaient ensuite de manière subjective les stratégies de dépistage en fonction de leurs aspects pouvant avoir un impact sur la pratique de routine : par exemple, le temps entre le dépistage initial et la mise en place d'un traitement, le temps passé par le patient ou le professionnel et l'impact sur la violation de vie privée, le coût (personnel et matériel nécessaires à la stratégie), la durabilité (comparaison entre les moyens de la recherche et les moyens alloués en soins courants). L'ensemble de ces données aboutissant à une mesure de l'efficience et l'efficacité globale.

Résultats :
La stratégie "in-clinic" a permis de recruter le plus grand nombre de patients (dépistés positifs) (816) et a abouti à un plus grand nombre d'entretiens (341) suivie, dans l'ordre, des stratégies "provider", "mail", "waiting".
La stratégie "provider" a permis d'identifier le plus de patients avec EDM (231) suivie des stratégies "in-clinic" (140), "mail" (50), "waiting" (24).
Les estimations de la couverture par stratégie en fonction de la prévalence envisagée (4,8 à 8,6%) sont les meilleures pour la stratégie "in clinic" (29-52%) et "provider" (27-48%) alors qu'elles étaient bien moindres pour les autres stratégies (12-21% en "waiting" et 6-10% en "mail")
L'analyse démographique a permis de montrer que les patients "provider" étaient un peu plus jeunes, moins souvent mariés, consommaient moins d'alcool et moins "malade chronique" (score CDS) (à l'opposé des patients du groupe "mail")
L'évaluation de chaque stratégie par le personnel de recherche donnait les résultats suivants, globalement :

- La stratégie "in-clinic" était considérée comme rapide, modérément coûteuse, modérément durable et modérément intrusive, aboutissant à une bonne évaluation.
- La stratégie "provider" était considérée comme rapide, peu coûteuse et hautement durable mais, hautement intrusive, aboutissant finalement à une bonne évaluation.
- La stratégie "mail" était considérée comme lente, coûteuse, non durable aboutissant finalement à une évaluation moyenne.

- La stratégie "waiting" était considérée comme très coûteuse, non durable et très intrusive aboutissant finalement à une mauvaise évaluation.

A randomized controlled trial of screening for maternal depression with a clinical decision support system
Aaron E. Carroll ; Journal of the American Medical Informatics Association ; 06/2012 ; USA
Etude interventionnelle, contrôlée, randomisée, en ouvert
Dépression du post-partum
CHICA (Child Improvement through Computer Automation) (cf description détaillée dans annexe dédiée). C'est un système informatisé d'aide à la prise de décisions cliniques (CDSS - Computerized Clinical Decision Support Systems)

Intérêts :
Démontrés :
Dans les 2 groupes ayant bénéficié d'une intervention (groupe PSF et JIT), dans lesquels le médecin avait accès aux résultats des 2 questions de dépistage, par rapport à la pratique habituelle (le médecin se voyait seulement rappeler de dépister la dépression du post-partum), ont été constaté :
- Une meilleure identification des cas suspects de dépression maternelle.
- Une nette meilleure détection des symptômes d'anhédonie ou d'humeur dépressive.
- Une meilleure assistance apportée aux patientes.
Fournir les JIT (différence entre groupe PSF et groupe JIT) permet : un adressage adapté plus précoce des patientes (probablement car ils leurs permettent de se sentir plus à l'aise pour prendre une décision plus précocement). D'autant plus que les résultats de cette analyse sont probablement sous-estimés puisque certains médecins ont photocopié les JIT pour les distribuer aux patientes du groupe PSF (ce qui induit un biais qui tend à sous-estimer l'effet des JIT)
Discutés :
Système autonome : les patients n'ont besoin d'aucune intermédiaire ce qui permet d'envisager une meilleure acceptabilité par les médecins, parce que le dépistage ne demande pas de ressource supplémentaire en personnel ou en temps.
Aide au dépistage : meilleur dépistage que sans système de dépistage car il est systématique contrairement à celui réalisé en consultation, qui dépend d'autres facteurs : temps disponible pour le médecin, motivation, etc.
Aide à la prise en charge adaptée (même s'il ne se sent pas forcément à l'aise avec la thématique abordée)
Etude : Résultats encourageants pour envisager l'extension potentielle à d'autres thématiques de dépistage par ce dispositif
Limites
Questionnaire : aucune
Etude : discordance entre la prévalence retrouvée dans l'étude et celle habituellement retrouvée (la prévalence de mères dépistées comme ayant une dépression maternelle reste nettement inférieure à la prévalence attendue après étude de la littérature à ce sujet (peut-être parce que, même avec aide, les pédiatres restent réticents à s'engager sur ce terrain ? Peut-être parce que les médecins n'étaient pas obliger de renseigner le PWS et donc qu'un certain nombre de patientes ont pu être adressées sans que les auteurs ne le sachent). Absence de données sur proportion des mères éligibles ayant effectivement utilisé le CHICA.
Faisabilité :
Non évaluée en tant que telle mais suggérée excellente puisque le système est autonome et pourrait même permettre une stratégie de dépistage plus efficace en termes de coût. (+++)
Acceptabilité :
Non évaluée en tant que telle mais suggérée comme très bonne pour les praticiens puisque le dispositif permet une diminution de leur charge de travail et une meilleure prise en charge de leurs patientes (++)
Non évaluée ni appréciée pour les patients (?)

Traduction partielle de l'article :
Summary :
La dépression du post-partum est la principale affection médicale touchant les mères. La prévalence moyenne est de 13%. Cette affection touche non seulement les mères mais aussi leur famille et leur interaction avec le nouveau-né ce qui peut aboutir à des effets négatifs à long-terme sur leur enfant (problèmes psychiatriques, troubles du développement…). Le dépistage et le diagnostic de la dépression maternelle ne sont pas optimaux ce qui majore le risque de conséquences négatives pour les mères et leur enfant. Les pédiatres sont des intervenants intéressants pour ce dépistage mais ils n'y sont pas préparés et se fient la plupart du temps à leur

seule impression clinique qui peut être imprécise voire inexacte. Certaines études ont déjà montré que poser seulement 2 questions portant sur l'impression de dépression et l'anhédonie suffisent pour dépister la dépression du post-partum. Cependant, les praticiens pourraient être hésitants à pratiquer ce dépistage ne sachant pas forcément comment réagir si le problème était détecté. Ils bénéficieraient d'aide avec un diagnostic approprié et des informations, des ressources éducationnelles à fournir à leurs patientes. D'où l'idée de créer un système d'aide à la décision clinique intégré au dossier médical qui permettrait de pratiquer ce dépistage de manière discrète et automatique sans perturbation du processus normal de soins.

Méthodologie :
Système basé sur le système CHICA (Child Health Improvement through Computer Automation) (cf annexe expliquant en détails le protocole) avec adaptation par l'intégration de 2 questions validées au PSF (pre-screening form). Ces questions ciblaient les mères d'enfants âgés de 0 à 15 mois.
3 PWS (provider worksheet) ont été développé :

- Le premier, s'il n'y avait pas d'information fournie par le PSF concernant la dépression du post-partum
- Le deuxième, adapté, si une réponse affirmative était donnée à l'une des 2 questions voire les 2
- Le troisième, adapté, correspondait au deuxième avec en plus 2 JIT (Just In Time - des documents imprimés en fonction des réponses fournies) : l'un aidant le médecin dans son diagnostic de dépression du post-partum avec le questionnaire PHQ-9 (nine item patient help questionnaire), l'autre étant un prospectus éducationnel avec des informations sur la dépression maternelle et les ressources à disposition pour le traitement de la dépression

Toutes les familles avec au moins un enfant de 0 à 15 mois vus dans leur clinique principale entre octobre 2007 et juillet 2009 étaient éligibles à l'inclusion. Chaque année, cette clinique voit passer environ 2000 enfants de cet âge.
Si une mère participait plusieurs fois au CHICA et répondait plusieurs fois positivement aux questions portant sur l'anhédonie ou d'autres symptômes, cela ne comptait qu'une fois.
Les médecins s'occupant des patients dans ce cabinet n'étaient pas informés de cette étude afin d'éviter qu'ils ne modifient leur pratique.

Le système CHICA était programmé pour assigner automatiquement, de manière aléatoire, à l'un des groupes dès la prise de rendez-vous :

- Dans le groupe contrôle (groupe 1), aucune question de dépistage n'était posée à la mère et les pédiatres recevaient le PWS recommandant au praticien de dépister la dépression du post-partum.
- Dans le PSF groupe (groupe 2), les mères étaient dépistées grâce aux 2 questions. Si elles répondaient positivement à l'une des questions, ou les deux, les pédiatres recevaient le PWS l'alertant du risque et lui recommandant une évaluation.
- Dans le groupe JIT (groupe 3), les mères étaient à nouveau dépistées dans la salle d'attente en utilisant les 2 questions du PSF. Si elles répondaient positivement à l'une ou l'autre des questions, ou les deux, le médecin recevait à la fois le PWS et les JIT.

Pour toutes les mères répondant affirmativement à chacune des 2 questions de dépistage dans les groupes PSF et JIT, le pédiatre pouvait indiquer s'il suspectait la dépression maternelle et fournir aux mères plus d'informations et des conseils pour un suivi adapté. Les médecins n'étaient pas obligés de fournir une réponse au formulaire.
Dans le groupe contrôle, il était rappelé au médecin de dépister la dépression maternelle et d'indiquer s'il suspectait une dépression maternelle ou pas.
Que ce soit dans le questionnaire initial ou dans le PWS, l'absence de réponse n'était pas considéré comme une réponse négative.

Résultat :
48 médecins ont travaillé dans ce cabinet pendant la durée de l'étude. 3520 enfants entre 0 et 15 mois ont été randomisés dans l'un des 3 groupes : 1186 dans le groupe contrôle, 1167 dans le groupe JIT et 1167 dans le groupe PSF. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant le sexe des enfants, leur ethnie ou le nombre de consultations.
Le critère de jugement principal était : le médecin a-t-il suspecté le diagnostic de dépression maternelle et a-t-il aidé cette mère en lui fournissant les informations portant sur les raisons pour lesquelles elle doit se faire aider et les moyens dont elle peut disposer.
Dans le groupe contrôle, 14 mères (1,2%) se sont vues suspecter une dépression maternelle et recevoir les informations nécessaires alors qu'elles étaient 28 (2,4%) dans chaque groupe intervention (PSF et JIT) soit un OR à 2,06 IC95% [1,08-3,93]
De plus, un nombre important de mères se sont vues retrouver des symptômes inquiétants dans les groupes intervention : dans le groupe contrôle,14 mères se sont vues retrouver une humeur dépressive alors que 103

ont répondu positivement à cette question dans le groupe PSF (OR = 7,93 IC95% [4,51-13,96]) et 101 dans le groupe JIT (OR = 8,10 IC95% [4,61-14,25]). De même, concernant l'anhédonie : 5 femmes du groupe contrôle ont été évaluées comme ayant des signes d'anhédonie alors que 59 ont répondu positivement à cette question dans le groupe PSF (OR 12,58 IC95% [5,03-31,46]) et 61 dans le groupe JIT (OR 13,03 IC95% [5,21-32,54])
En général, l'utilisation des JIT augmentait seulement un peu le nombre de mères dépistées ou adressées pour une prise en charge adaptée concernant la dépression maternelle. En revanche, l'utilisation des JIT a permis d'augmenter le nombre de mères adressées pour une prise en charge adaptée plus précocement : sur les 28 mères adressées pour dépression maternelle du groupe PSF, seules 5 ont été adressées dans la première semaine de vie de leur bébé alors qu'elles étaient 12 sur 28 dans le groupe JIT (OR 3,45 IC95% [1,004-11,85])
Une anecdote intéressante par rapport à cette étude : les médecins ont commencé à se plaindre que le CHICA fonctionnait mal quand ils étaient alertés pour un risque de dépression maternelle chez les mères du groupe PSF parce qu'ils ne recevaient pas les JIT. Ainsi, les médecins ont commencé à photocopier et utiliser les JIT des patients du groupe JIT pour les patients du groupe PSF.

Development of a Brief Diagnostic Screen for Panic Disorder in Primary Care
Murray B. Stein ; Psychosomatic Medecine ; 1999 ; USA
Trouble panique
Dépister le trouble panique/aide au diagnostic
Evaluer l'utilité d'un outil de dépistage rapide du trouble panique dans un lieu de soins primaires.
Questionnaire papier-crayon (ANS)

Intérêts :
Démontrés : Rapide à réaliser ; performances diagnostiques semblables à d'autres tests considérablement plus longs ; excellentes VPN et sensibilité : très bien pour un test de dépistage.
Discutés : Aucun
Etude : Non discuté
Limites :
Questionnaire : Faibles VPP et spécificité indiquent que le questionnaire va induire bon nombre d'entretiens inutiles induisant un coût et une perte de temps pour le médecin (mais peut-être que ce coût sera compensé par les diagnostics que l'utilisation du questionnaire aura permis et donc des économies car les patients non-diagnostiqués entrainent des coûts pour la société). Outil probablement trop spécialisé et spécifique d'une maladie qui n'est pas la plus fréquente pour être utilisé en routine (intérêt d'outils qui dépistent plusieurs pathologies psychiatriques tels que PRIME-MD ou SDSS-PC)
Etude : Non discuté
Faisabilité : Evaluée par les auteurs comme faible (-) (cf limites du questionnaire). Les auteurs proposent que ce test soit utilisé non pas dans la pratique quotidienne mais plutôt dans le cadre d'études recrutant des patients atteints de trouble panique (études qui permettront de couvrir les coûts induits par ces entretiens)
Acceptabilité : Evaluée par les auteurs comme faible (-) pour les professionnels pour les raisons de faisabilité faible (cf limites du questionnaire) et pour les patients compte-tenu du taux de participation médiocre (23% de refus par manque d'intérêt, 14% de refus car trop occupé et 7% de refus parce trop malade)

Traduction partielle de l'article :
Summary :
Le trouble panique affecte 1 à 2% de la population adulte (américaine). Parce qu'ils pensent que leurs symptômes (comme la dyspnée, les palpitations, les douleurs thoraciques, les "vertiges"...) résultent d'une affection physique, ils consultent fréquemment.
Le trouble panique est fréquemment rencontré en soins primaires avec une prévalence allant de 2 à 13% en fonction des études mais son diagnostic précis est rare et son traitement approprié encore plus. Ce défaut de diagnostic et de traitement approprié conduit à une consommation médicale inappropriée donc des coûts pour un résultat insuffisant.
Il est demandé aux médecins de reconnaître et traiter une liste toujours plus longue de pathologies. D'où l'idée de ce questionnaire de dépistage rapide qui permettrait une aide au diagnostic.

Méthode :
L'étude a été menée dans 3 centres médicaux académiques de soins primaires de la côte ouest des Etats-Unis où des assistants de recherche clinique étaient postés pour approcher les patients dans la salle d'attente avant leur consultation. Ils répondaient à un auto-questionnaire : l'ANS (Autonomic Nervous System questionnaire) basé sur le DSM-IV, dans la salle d'attente.

Dans l'un des centres, les patients complétaient aussi un autre questionnaire le BAI : Beck Anxiety Inventory 21-Item.
Le résultat de l'ANS était ainsi comparé au résultat d'un entretien diagnostique et pour certains patients au résultat du BAI. L'assistant de recherche récupérait les résultats et approchaient ensuite tous les patients dépistés positifs et un nombre fixé d'avance de patients dépistés négatifs (variable en fonction des sites d'étude). Les patients qui acceptaient étaient contactés par téléphone dans les 10 jours suivant le dépistage et répondaient à l'entretien diagnostique, au questionnaire portant sur l'utilisation de l'outil de dépistage et leur handicap. Ils étaient payés 20 $ pour leur participation à cette partie de l'étude.

Résultats :
Les auteurs ont aussi évalué les performances du test en modifiant le critère de positivité. Les résultats décrits plus haut correspondent à l'option A : considéré comme positif si le patient a répondu oui aux 2 premières questions.
L'option B correspond à l'option A + une réponse positive à la question « les symptômes sont survenus au moins une fois dans une situation où vous n'étiez pas en danger ou le centre de l'attention »
L'option C correspond à l'option B + une réponse positive à la question « Avez-vous subit une attaque de panique ou avez-vous eu peur qu'elle ait lieu le mois dernier ».
En montant en grade, on obtient une meilleur spécificité et VPP mais on perd en sensibilité et VPN ce qui est dommage pour un test de dépistage.
La proportion des patients dépistés positifs étaient de 35,4%, 32,6% et 47,3% (différents sites d'étude). Un peu plus de 50% d'entre eux ont accepté de participer à l'étude de suivi. Le seul critère différenciant les sujets acceptant de ceux refusant étaient leur ethnicité. Les sujets "blancs" étaient plus à même de répondre que les autres (72% versus 58%)
La sensibilité trouvée en fonction des sites était de 100%, 97% et 94% ; la spécificité était de 26%, 23%, 59% (centre où les auteurs ont volontairement augmenté le nombre de témoins dépistés négatifs inclus pour l'analyse statistique) ; la VPP était de 40%, 38%, 18% ; la VPN, de 100%, 94%, 99%.
Sur les 1024 patients approchés, 566 soit 55% ont accepté de participer à l'auto-questionnaire. Parmi ceux-ci, 55 n'ont pas pu remplir l'auto-questionnaire à temps avant leur consultation. Au total, 511 patients ont donc fourni des données exploitables.
Les autres ont refusé : 239 (23%) parce que non intéressés, 145 (14%) parce que trop occupés et 74 (7%) parce que trop malades.
Les auteurs ont aussi comparé la performance au test BAI sur l'un des sites de l'étude. En utilisant une courbe ROC, ils ont déterminé que le score cutoff optimal était > 20 pour minimiser les erreurs. Ainsi, le test permettait d'obtenir : Se 67%, Sp 93%, VPP 46%, VPN 97%
Pour retrouver des valeurs semblables à l'option A du test ANS, il faut abaisser le cutoff à 5.
Les auteurs rappellent que le BAI comprend 21 questions alors que l'option A de l'ANS, 2 seulement. Ils préconisent donc l'usage de ce dernier pour diminuer la charge « de travail » du patient. Un test supplémentaire a même prouvé que l'option A du test ANS permettait de fournir plus d'information utile que le BAI (cutoff à 5)

Targeted Melanoma Prevention Intervention : A Cluster Randomized Controlled Trial
Rat Cedric ; Annals of Family Medicine ; 02/2014 ; France
Mélanome
Auto-évaluation par le patient de son risque de mélanome.
Comparer l'effet d'un dépistage ciblé auquel s'ajoute une stratégie d'éducation basée sur le SAMScore par rapport à une campagne de prévention conventionnelle basée sur la communication de masse dans la prévention du mélanome (modification du comportement des patients)
Questionnaire papier-crayon avec interprétation des résultats (saisie nécessaire par le médecin) par un algorithme
Essai randomisé en grappe, contrôlé.

Intérêts :
Démontré : la prise en charge basée sur l'identification du patient à risque, l'évaluation clinique et la distribution de feuillets d'information a un meilleur impact sur les patients que les campagnes conventionnelles d'information en terme d'impact non seulement sur la connaissance des patients mais surtout, sur les comportements qui peuvent aboutir à une diminution du risque de mélanome et à une augmentation du dépistage précoce.

Discuté : amélioration de la perception du patient de sa vulnérabilité, de son niveau de risque ; Ce simple élément (sans l'examen par le médecin ou une éducation plus poussée du patient) pourrait suffire à améliorer les comportements de prévention car les patients sous-estiment souvent leur niveau de risque de mélanome, ne s'inquiétant pas forcément des comportements à risque (qu'ils peuvent connaitre, au moins en partie, sans avoir eu accès à l'information) ; amélioration de l'éducation au patient à partir du conseil individualisé en rapport avec l'examen cutané ; Son discours auprès du patient est ainsi plus à même d'être bien perçu et enregistré par le patient puisqu'il lui est particulièrement adapté. Le médecin peut par exemple indiquer au patient quels grains de beauté surveiller ; bonne acceptabilité et perception par les patients ; peu de ressources nécessaires ; adaptée pour correspondre au rythme des consultations de soins primaires.
Meilleure prise de conscience de son risque par le patient (que si on lui expose ses facteurs de risque sans lui donner clairement son niveau de risque) ; gain de temps par l'utilisation du SAMScore qui permet d'indiquer au médecin chez quels patients pratiquer un examen cutané intégral et une éducation renforcée.
Etude : étudie l'impact sur les comportements (ce qui est très important dans la prévention de cette pathologie) ; essai contrôlé

Limites :
Questionnaire : majoration de l'inquiétude et de la reconsultation à ce sujet (différence non statistiquement significative mais il faut s'interroger sur impact à plus long-terme d'une telle intervention sur le bien-être psychologique des patients et leur utilisation du système de soins) ; nécessité de saisie des résultats par le médecin sur informatique pour interprétation des résultats.
Etude : n'étudie les changements de comportement qu'à moyen-terme (5 mois) ; des critères plus pertinents encore seraient : l'incidence du mélanome, le grade au moment du diagnostic, la mortalité liée au mélanome.
Pas d'analyse des coûts et des bénéfices (en terme d'économie de santé) induits par une telle intervention ; Pas de mesure de la compliance des médecins face à la procédure : en condition, réelle, il est probable que l'intégralité de l'intervention proposée ne soit pas réalisée à chaque fois, par manque de temps ; biais de réponse lié à la désirabilité sociale ; biais de sélection car seuls les volontaires participaient : il est probable que les patients intéressés par la prévention du mélanome ont plus participé à l'étude que les autres ; Sur-représentation des femmes (76% dans les 2 groupes) (il a été démontré qu'elles se sentaient plus concernées par la prévention du cancer)
Acceptabilité :
Evaluée comme bonne (+) par les auteurs pour les patients, non évaluée pour les praticiens mais probablement bonne (+) vus les critères de faisabilité et le gain de temps estimé.
Faisabilité :
Evaluée comme bonne car bonne acceptabilité globale, peu de ressources nécessaires, adaptée pour respecter le rythme des consultations

Traduction partielle de l'article :
Summary :
Parmi tous les cancers, le mélanome est celui dont l'incidence a le plus augmenté au cours des 20 dernières années. Le pronostic est meilleur lorsque le diagnostic précoce.
Les recommandations soulignent le rôle du médecin généraliste dans la prévention, ce qui inclut la prévention primaire, notamment par les conseils sur l'exposition au soleil et la prévention secondaire en pratiquant régulièrement un examen intégral de la peau et en encourageant l'auto-examen par les patients.
Par exemple, il a été prouvé que l'auto-examen augmentait la probabilité d'un diagnostic précoce avec réduction de 63% de la mortalité liée au mélanome. Dans plus de la moitié des cas, les patients pourraient être les premiers à identifier la lésion. Seulement, moins de 25% des patients pratiquent l'auto-examen.
Il y a eu beaucoup de campagne de prévention à ce sujet à travers le monde dont l'efficacité pour modifier le comportement du patient est difficile à mesurer. Il a été démontré qu'elles ont améliorer les connaissances des patients, mais pas assez pour modifier leurs comportements : par exemple, les risques liés à l'utilisation de cabines de bronzage sont bien connus mais ça n'empêche pas les gens de les utiliser.
La perception par le patient de son propre risque pourrait être un facteur décisif dans un changement de comportement. Donner aux patients des informations personnalisées leur permettant de savoir s'ils sont à risque élevé ou non pour affecter leur perception du risque et donc leur comportement.
Le SAMScore (Self-Assessment Melanoma Risk Score) fournit de telles informations et a été validé par les auteurs dans une précédente étude (les détails concernant son développement et les critères utilisés pour définir un risque élevé y sont détaillés). D'autres auteurs ont rapporté que l'identification de lésions existantes pourraient avoir un impact sur les comportements d'exposition au soleil. Enfin, d'autres auteurs ont démontré un meilleur impact de l'information fournie directement par le médecin généraliste au cours de la consultation qu'à travers une simple information écrite donnée aux patients.

Méthode :
20 médecins généralistes appartenant à des cabinets de médecine générale (pas plus d'un par cabinet) de Loire-Atlantique et de Vendée, volontaires, étaient randomisés entre 2 groupes : un groupe intervention et un groupe contrôle. La population cible correspondait aux patients à risque élevé de mélanome selon le SAMScore (indiquant un risque relatif estimé à 11 fois le risque de la population générale). Etaient exclus les patients aux antécédents personnels de mélanome car chez eux, un suivi spécialisé s'impose.
Avant de débuter l'étude, tous les médecins devaient regarder un module d'e-learning sur le dépistage du mélanome pour mettre à jour leurs connaissances et leurs pratiques d'examen cutané. Ils recevaient tous les mêmes documents nécessaires à la participation à l'étude : un poster à afficher dans la salle d'attente, des feuillets d'information produits par l'Institut National du Cancer ainsi que des exemplaires du SAMScore listant les 7 facteurs de risque pour le mélanome. Entre le 11 et le 23/04/2011, tous les patients consultant un médecin participant à l'étude se voyaient proposer de remplir un questionnaire SAMScore sans prêter attention à leur motif de consultation.
Dans le groupe intervention, les médecins avaient accès à un calculateur de risque SAMScore : ils avaient simplement à entrer les résultats du patient pour que l'algorithme traduise les réponses en risque élevé ou non. Pour tous les patients désignés comme étant à risque, les médecins du groupe intervention pratiquaient un examen cutané intégral, conseillaient le patient et leur donnaient les feuillets d'information détaillant les mesures de prévention primaire et secondaire.
Dans le groupe contrôle, les médecins entreprenaient une campagne de prévention conventionnelle basée sur le mise à disposition des documents décrits précédemment, sans la possibilité d'accéder au calculateur de risque et donc au risque du patient. Aucune recommandation ne leur était faite concernant la pratique ou non d'un examen cutané intégral, qu'ils pratiquaient donc à leur convenance.
5 mois après leur inclusion, les patients à risque élevé identifiés par le SAMScore rempli en salle d'attente étaient recontactés par téléphone pour un nouveau questionnaire.
La première partie de ce questionnaire permettait de recueillir les données démographiques, les suivants exploraient : la mémorisation par le patient de la campagne, l'efficacité perçue par le patient de cette campagne de prévention, la capacité perçue par le patient à pratiquer l'auto-examen et les comportements de prévention primaire et secondaire. Il pouvait être renseigner en environ 10 minutes.
Les résultats apparaissent en intention de traiter ce qui permet d'outrepasser le degré de compliance des médecins par rapport à l'examen cutané intégral et de se rapprocher des conditions réelles de pratique.

Résultats :
En utilisant le SAMScore, les auteurs ont identifié 121 patients à risque dans le groupe intervention (sur 241 testés) et 96 (sur 229 testés) dans le groupe contrôle parmi lesquels 97 (80%) et 76 (79%) ont répondu à l'enquête téléphonique. Les deux groupes étaient similaires hormis concernant le niveau d'éducation (p=0,10).
A 5 mois :
Les patients du groupe intervention étaient plus à même de se souvenir du poster en salle d'attente (81,4% vs 50% (p=0,0001)) et d'avoir consulté les feuillets d'information (63,9% vs 31,6% (p=0,0004)). Ils étaient aussi plus à même de définir correctement leur risque de mélanome (71,1% vs 42,1% (p=0,001). Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, leur connaissance des facteurs de risque était significativement plus élevé que celui de ceux du groupe contrôle pour les 4 items de jugement cités précédemment.
La proportion des patients rapportant avoir pris des bains de soleil durant l'été était significativement plus basse (24,7% vs 40,8% (p=0,048)). Par ailleurs, les patients du groupe intervention étaient plus à même d'avoir pratiqué un auto-examen cutané au cours des 12 derniers mois (52,6% vs 36,8% (p=0,029) et ils étaient aussi plus à même de détecter le changement d'un grain de beauté (70,1% vs 54% (p=0,023))
Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes sur les autres comportements de prévention.
Après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, l'efficacité perçue pour la détection des lésions n'était plus statistiquement significative entre les 2 groupes (p=0,14)
Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concerne l'inquiétude du patient de développer un mélanome (28,9% vs 18,4% (p=0,16)) ou une nouvelle consultation chez son médecin traitant pour discuter de la maladie (15,5% vs 9,2% (p=0,23))

Is a computer questionnaire of childhood asthma acceptable in general practice ?
Sheree Kable ; Family Practice ; 08/2005 ; Australie
Asthme de l'enfant
Aide au diagnostic de l'asthme infantile

Déterminer si un programme informatique sur écran tactile déjà validé portant sur les symptômes et la gestion de l'asthme de l'enfant est acceptable pour les parents. Et déterminer quelles caractéristiques des parents sont associées à l'acceptabilité.
Ordinateur à écran tactile
Etude transversale

Intérêts :
Démontré : Très bonne acceptabilité. (Les 93% de réponse positive à la proposition de participation sont déjà en faveur de la possibilité de généraliser ce questionnaire à des personnes ayant un niveau de lecture de la langue du questionnaire équivalente à 6ème ou plus. Le fait que les sujets aient massivement déclaré être prêts à répondre à des programmes similaires sur d'autres sujets montre qu'ils sont ouverts à la collection d'informations sur ce mode en soins primaires)
Discuté : Rapide à compléter : 11.4 minutes en moyenne (seuls 16.8% le jugeaient trop long) ; simple d'utilisation (seuls 6.6% le trouvaient trop complexes) ; préférence par rapport au mode papier-crayon (seuls 8.1% auraient préféré répondre à une version papier-crayon du questionnaire)
Limites :
Questionnaire : Cf intérêts discutés : tout n'est pas parfait et il existe encore des patients pour qui le questionnaire était trop long, trop complexe (questions posées ou matériel utilisé)
Etude : Généralisation du procédé peut être entravée par le fait qu'il faut des adultes parlant couramment l'anglais et leur échantillon était principalement constitué d'adultes avec une maitrise de la langue estimée entre moyenne et haute. Ainsi, le haut niveau d'acceptabilité n'est pas généralisable à des zones où les langues parlées sont plus diverses et où la maitrise de la langue du questionnaire est moins bonne.
Acceptabilité :
Décrite comme très bonne ++ par les auteurs du point de vue des patients ; non analysée du point de vue des soignants
Faisabilité :
Non décrite par les auteurs mais estimée comme une méthode d'avenir (+)

Traduction partielle de l'article :
Summary :
L'avancée technologique a fait qu'il est de plus en plus commun de collecter des informations pertinentes en sortant du traditionnel face-à-face médecin patient (y compris avec questionnaires et check-lists). Mais il y a peu d'études sur l'acceptabilité de ces procédés en soins primaires, notamment concernant la pédiatrie.
Par ailleurs, une grande composante du sous-diagnostic de l'asthme est un manque de rapport par les parents des symptômes de leur enfant. Cette aide au diagnostic a pour objectif de réduire le taux d'asthme non diagnostiqués et d'identifier les sujets à risque parmi les asthmatiques.

Méthode :
Etude transversale dans 11 cabinets de soins primaires de la province de Newcastle en Australie. Le programme évalué est un programme basé sur 24 questions concernant les symptômes de l'asthme et les traitements donnés, à compléter sur écran tactile en moyenne en 11,4 minutes. Les sujets inclus étaient les parents ou les accompagnants adultes d'enfants d'âge compris entre 18 mois et 18 ans consultant pour toute raison en dehors de maladie respiratoire chronique autre que l'asthme. Les sujets qui acceptaient de participer remplissaient le programme sur écran tactile puis étaient invités à répondre à un questionnaire "papier-crayon" portant sur l'acceptabilité de ce programme. Un seul questionnaire "papier-crayon" était à remplir même si le programme avait été rempli pour plusieurs enfants. L'acceptabilité était évaluée sur 10 items avec pour réponses possibles : "complètement d'accord", "d'accord", "pas d'accord", "pas du tout d'accord". (cf les 10 items dans les résultats)
Chaque association caractéristique parentale/accord avec la proposition a été testée pour évaluer s'il existe une relation significative.
Résultats :
213 parents consécutifs ont été approchés et 198 ont rempli à la fois le programme et le questionnaire "papier-crayon" (93%). Voici les résultats en pourcentage de "d'accord" (d'accord et complètement d'accord pour chaque item)
Le programme était agréable 80.7% IC95 [75.2–86.2]
Cela ne me dérangerait pas de participer à ce programme une ou deux fois par an 86.8% IC95 [82.1–91.5]
Cela ne me dérangerait pas de participer à un programme comme celui-ci portant sur une autre maladie 90.9% IC95 [86.9–94.9]
Il était difficile de répondre à certaines questions 25.0% IC95 [19.0–31.1]
Le programme était trop complexe d'utilisation 6.6% IC95 [3.1–10.1]
Le programme était stressant 1.5% IC95 [0.0–3.2]

Le programme était trop long 16.8% IC95 [11.6–22.0]
Je pense que les ordinateurs sont généralement difficiles à utiliser 8.6% IC95 [4.7–12.5]
Je pense que cet ordinateur est difficile à utiliser 3.6% IC95 [1.0–6.2]
J'aurais préféré répondre à ce questionnaire sur le mode "papier-crayon" 8.1% IC95 [4.3–11.9]
A noter qu'un tiers environ des répondeurs ont laissé leur enfant (âge moyen 12,4 ans) répondre au programme. Ce groupe était plus à même de répondre que le questionnaire était trop long (27% versus 11% quand l'adulte avait complété le programme), ce qu'on comprend facilement pour plusieurs raisons : plus de difficultés à la compréhension des questions, parfois absence de réponse connue de l'enfant ce qui allonge la durée de remplissage du questionnaire. Par ailleurs, les parents inactifs ont pu juger ce temps plus long. Pour les 2/3 restants, l'analyse de relations entre réponse aux questions d'acceptabilité et caractéristiques des parents a donné les résultats suivants : Les parents qui ont trouvé le programme agréable étaient plus souvent âgés de moins de 35 ans (OR 8.1, 1.8–37.4 ±95% CI) ce qu'on peut comprendre car ils sont probablement plus habitués à l'utilisation d'ordinateur et d'écran tactile dans leur vie (en 2005) et n'avaient pas fini le lycée (OR 3.0, 1.2–7.7 ±95% CI). Les parents qui avaient plus d'un enfant de moins de 6 ans avec eux étaient plus à même de penser que les autres que le programme était trop long (OR 22.6, 2.4–210.8 95% CI) ce qu'on explique facilement car il parait contraignant de répondre à ce genre de questionnaires quand on a des enfants en bas-âge à ses côtés et plus à même de déclarer qu'ils auraient préféré remplir un questionnaire "papier-crayon" (OR 9.3, 1.8–47.5 ±95% CI) à la place (ce qui peut s'expliquer par l'attrait des enfants pour l'écran et donc de la plus grande difficulté pour les parents à répondre sereinement au questionnaire)

A Randomized Controlled Trial to Increase Discussion of Breast Cancer in Primary Care
Celia P. Kaplan ; Cancer Epidemiology Biomarkers ; 07/2014 ; USA
Cancer du sein
Dépister les patientes à haut-risque de cancer du sein
Evaluer l'intérêt de l'outil de dépistage pour déterminer s'il permet : une meilleure fréquence de discussion médecin-patient à ce sujet, une meilleure utilisation des stratégies de réduction du risque, une meilleure orientation des patients aux spécialistes concernés, une meilleure documentation du dossier informatisé.
Tablette tactile (questionnaire adapté à chaque patiente)
Essai randomisé contrôlé

Intérêts :
Démontré : Effets positifs sur chacun des 4 résultats principaux : discussion des antécédents familiaux de cancer du sein, du risque personnel de cancer du sein, orientation dans une clinique dédiée au haut-risque, prescription de testing génétique ou conseil génétique, notamment parmi les femmes ayant le plus besoin d'une réduction du risque
Discuté : Questionnaire dans la salle d'attente est plus intéressant qu"en ligne car permet une meilleure participation parmi les patients ayant un accès limité à internet (une étude semblable a été menée avec un outil via internet sans résultat aussi encourageant) ; satisfaction élevée des patients et des médecins vis-à-vis du questionnaire ; utilisation intégrée à la pratique sans dérangement occasionné que ce soit pour les patients ou pour les médecins ; temps de remplissage court, 5 minutes en moyenne, permettant d'économiser du temps au médecin qui n'a plus à évaluer lui-même le risque et à identifier celles pour qui il est important de discuter du risque ; facilement exportable et intégrable au dossier informatisé ; acceptabilité par une grande variété de population ; facilité d'utilisation
Etude : Randomisée ; suivi à relativement long-terme ; diversité de l'échantillon en terme d'ethnies et de langues parlées

Limites :
Questionnaire : Pas plus de prescription de SERM grâce à l'outil (les auteurs suggèrent que les médecins pourraient avoir besoin d'outils supplémentaires pour peser le pour et le contre à l'utilisation de SERM et se sentir plus à l'aise à leur prescription) ; La différence absolue de discussion des antécédents familiaux et du test/conseil génétique n'est que faiblement significative ; Une partie des patientes participant à l'intervention n'ont pas discuté du risque avec leurs médecins : selon les auteurs, pour diminuer cette proportion, il faudrait que l'outil soit plus intensif et recherche spécifiquement les barrières du médecin à discuter du risque.
Etude : Généralisabilité des résultats ? Outil testé dans un seul centre (centre académique qui plus est)
La majorité des informations recueillies sont dérivées de données auto-rapportées par les patientes ce qui peut résulter en une mauvaise estimation (Cependant, des résultats similaires ont été obtenus en examinant le dossier informatisé à distance ce qui est positif)

Acceptabilité :
Evaluée comme très bonne (++) par les auteurs tant du point de vue des patients que de celui des soignants (résultats de l'enquête de satisfaction publiés séparément)
Faisabilité :
Evaluée comme très bonne (++) par les auteurs car bien acceptée, rapide, simple d'utilisation, permet un gain de temps.

Traduction partielle de l'article :

Summary :
L'utilisation de stratégies de réduction du risque est nécessaire une bonne prise en charge du cancer du sein. Le conseil et les tests génétiques permettent d'identifier des patientes à haut risque pour le cancer du sein (5 fois plus élevé pour les patientes porteuses de certaines mutations que pour celles qui n'en sont pas porteuses). Il existe des options de prise en charge pour ces patientes à risque : chirurgie prophylactique, chimiothérapie prophylactique, augmentation de la surveillance... avec une réelle diminution du risque (jusqu'à 100% pour l'option chirurgicale). D'où l'idée d'améliorer la stratégie de recherche des patientes à risque pour améliorer leur prise en charge. Ce processus demande d'identifier les facteurs de risque des femmes, les facteurs de risque héréditaires et non héréditaires. Il existe déjà des outils tels que le Gail risk assesssment model et le Breast Cancer Surveillance Consortium qui incluent les données de mammographie.
Les médecins généralistes peuvent jouer un rôle critique dans cette démarche. Néanmoins, les outils d'évaluation sus-cités sont difficiles à mettre en œuvre en situation de soins primaires. Il a été prouvé que 11% seulement des professionnels discutent de conseil génétique avec leurs patientes et que moins de 2% des patientes sont adressées pour un conseil génétique ou des tests. Le manque de temps et le manque de connaissance sont des raisons bien documentées pour ce défaut de prise en charge.
Pour faciliter la discussion médecin-patient sur le risque du cancer du sein, les auteurs ont développé et testé le BreastCARE. A l'aide d'un essai contrôlé randomisé, ils ont évalué son efficacité en soins primaires pour diverses populations en ayant pour hypothèse que son utilisation permettrait : une meilleure fréquence de discussion médecin-patient à ce sujet, une meilleure utilisation des stratégies de réduction du risque, une meilleure orientation des patients aux spécialistes concernés, une meilleure documentation du dossier informatisé.

Méthode :
L'étude a eu lieu entre 06/2011 et 08/2012 dans 2 cabinets de médecine générale à San Francisco où il existe un large panel de patientes aussi bien sur le plan ethnique que sur le plan de langue parlée. Les patientes éligibles étaient toutes les patientes âgées de 40 à 74 ans parlant soit l'anglais, soit l'espagnol, soit le chinois, n'ayant pas d'antécédents personnels de cancer du sein, étant capables de participer à un entretien téléphonique et dont les médecins ne s'opposaient pas à leur participation (par exemple s'ils jugeaient que cela causerait un stress inapproprié à la patiente). Des lettres de recrutement étaient envoyées à toutes les patientes pour les inviter à participer à l'étude.
Après avoir participé à l'étude téléphonique, les participantes étaient randomisées. Celles randomisées dans le groupe contrôle étaient évaluées sur leur risque de cancer du sein, par téléphone. Celles randomisées dans le groupe intervention complétaient une version identique de l'évaluation mais sur tablette dans la salle d'attente, avant leur rendez-vous au cabinet. L'étude était réalisée en aveugle.
Une à deux semaines après le rendez-vous, les participantes étaient interrogées par téléphone pour évaluer les résultats de l'étude (interrogées sur la durée de leur consultation, leurs antécédents familiaux de cancer, leur risque personnel de cancer du sein, si elles ont été adressé pour conseil/test génétique ou dans une clinique dédiée au haut-risque). Six mois après le rendez-vous, les investigateurs ont fait une revue du dossier des patientes (qui avaient préalablement signifié leur accord, avant la participation à l'étude), là aussi en aveugle en recherchant : le risque de cancer du sein et la discussion ou l'orientation à une structure de prévention ou de réduction du risque.
BreastCARE est un outil basé sur tablette utilisé pour l'évaluation du risque de cancer du sein. Il génère un questionnaire adapté à chaque patiente. Les patientes sont interrogées sur leur facteur de risque dans une série de questions écrites en termes compréhensibles au niveau 4ème. La tablette est connectée sans fil à une imprimante qui permet de recueillir 2 résultats : un adapté au patient sous forme de graphique avec un langage courant et l'autre au médecin, optimisé pour une analyse rapide de la situation. L'objectif étant de faciliter la discussion patient-médecin.
Les indicateurs utilisés pour l'évaluation du risque étaient : l'âge de ménarche, de la première naissance, de la ménopause, un antécédent de biopsie mammaire, d'utilisation de tamoxifène, des ascendants juifs ashkénazes, des antécédents familiaux de cancer mammaire ou ovarien. Sans compter la prise en compte de facteurs démographiques recueillis dans le même temps. 3 mesures ont été utilisées pour l'évaluation du risque : le RST, le Gail Model et le BCSC . (cf article pour voir quels critères font que la patiente est évaluée à haut

risque). Ainsi, une femme jugée à haut-risque était décrite dans son compte-rendu comme ayant un risque « supérieur à celui des autres femmes de son âge » (et il lui était suggéré d'en discuter avec son médecin). Pour une femme jugée à haut risque, le médecin recevait une information différente si elle était estimée à haut-risque selon le RST (lui suggérant de l'adresser en conseil génétique) ou selon le Gail/BCSC (lui suggérant de l'adresser dans une clinique dédiée aux patientes à haut-risque)
Les seuils de risque ont été fixés par un panel d'experts.

Résultats :
Parmi les 1635 participantes, 812 ont été assignées au groupe intervention (dont 74% ont été au bout de la démarche) et 823 au groupe contrôle (dont 82% ont été au bout de la démarche). Plus de 95% ont participé à l'enquête téléphonique à 1 semaine. La distribution démographique et de l'évaluation du risque était similaire entre les 2 groupes. 75% des femmes avaient un risque moyen, 9% avaient un haut-risque « héréditaire » et 16% un haut risque basé sur le score BCSC ou Gail.
En comparaison avec les femmes du groupe contrôle, les femmes du groupe intervention ont rapporté avoir :

- Plus discuté de leurs antécédents familiaux de cancer (40% vs 31% p<0.001)
- Plus discuté de leur risque personnel (41% vs 15% p<0.001)
- Plus été dirigée vers une clinique dédiée au haut-risque (7% vs 2% p<0.001) et vers le conseil le test génétique (8% vs 4% p = 0.002)

Les résultats étaient similaires si on se restreignait à analyser les résultats des femmes à haut-risque.
En se basant sur l'analyse du dossier informatisé, les femmes du groupe intervention, toujours par rapport à celles du groupe contrôle avaient :

- Une meilleure documentation des antécédents familiaux (10.2 vs 5.5% p= 0.006)
- Une meilleure documentation sur le statut de haut-risque (5.3 vs 0.2% p<0.001)
- Un meilleur taux de discussion/adressage/RDV en conseil ou test génétique (3.3 vs 0.9% p=0.005)
- Une meilleure discussion sur la chimiothérapie prophylactique (1% vs 0 p<0.001)

Feasibility of using text messaging for unhealthy behaviors screening in a clinical setting : a case study on adolescent hazardous alcohol use
Rios-Bedoya Carlos Francisco ; Journal of the American Medical Informatics Association ; 07/2012 ; USA
Consommation d'alcool des adolescents
Recueillir des informations démographiques, le régime alimentaire, l'activité physique, le tabagisme et surtout la consommation d'alcool (avec conseils) en utilisant le CRAFFT, questionnaire évaluant la consommation d'alcool.
Evaluer la faisabilité de l'utilisation de SMS (TMS : text messaging surveys) pour évaluer ce comportement (consommation d'alcool chez les adolescents)
TMS (Text messaging surveys) : questionnaires basés sur l'échange de SMS (téléphone portable appartenant au patient)
Epidémiologique, descriptive, transversale

Intérêts :
Démontré : Bonne participation (égale aux études basées sur des questionnaires à l'école et supérieure aux chiffres obtenus dans les études qui utilisent un entretien assisté par ordinateur en population générale) traduisant une bonne acceptabilité par les adolescents et leurs parents (qui devaient donner leur consentement)
Discuté : Pas d'augmentation du temps d'attente en salle d'attente (les praticiens n'ont pour la plupart pas remarqué que leurs patients avaient participé à une étude en salle d'attente). Pas de préoccupation des patients au sujet de la confidentialité des données transmises (avec solutions de cryptage existantes de toutes façons) ; meilleur dépistage que par les médecins au cours de la consultation suivante (2 dépistés comme ayant un usage à risque grâce au TMS versus 0 grâce à la consultation) ; Fiabilité et rapidité pour la collection et l'analyse des données réduisant ainsi les risques d'erreur, les coûts, le temps nécessaire notamment en annulant la nécessité d'un contrôle ; en particulier par rapport à l'utilisation du SMS (car les caractéristiques ci-dessus sont partagées avec d'autres technologies) : excellente implantation dans la société (peu de personnes n'ont pas de téléphone portable capable d'envoyer et recevoir des SMS et peu ne savent pas comment faire).
Etude : Certains résultats annexes suivent la tendance d'autres études qui montrent que les adolescents sont plus à l'aise via la technologie pour répondre à des questions portant sur des sujets sensibles tels que des comportements illégaux ou difficiles à assumer en société.
Limites :
Questionnaire : Coût des SMS pour les patients ; exclusion des (rares) patients n'ayant pas de téléphone portable

Etude : petit échantillon, taux de réponse faible à la 2ème phase de l'étude
Acceptabilité :
Evaluée comme très bonne par les auteurs ++
Faisabilité :
Evaluée comme très bonne par les auteurs +++
Ils proposent même d'utiliser le TMS pour d'autres thèmes tels que le tabagisme, l'activité physique, la consommation de drogues.

Traduction partielle de l'article :
Summary :
La consommation d'alcool avant l'âge légal est la principale cause de décès parmi les adolescents américains, accessible à la prévention. Reconnaître et évaluer ce comportement est donc une clé dans la prévention pour réduire la morbidité et la mortalité des adolescents.
Aux USA, du fait de la souscription de la plupart des adolescents américains à une assurance vie, ils bénéficient au moins une fois par an d'un « check-up » médical. Les médecins de soins primaires sont donc dans une position unique pour avoir un impact sur la consommation d'alcool chez les adolescents en identifiant, en évaluant, en intervenant et en orientant ces patients au plus tôt. Cette recherche (accompagnée de conseils et de discussion) est recommandée à chaque visite par l'AAP (American Academy Of Pediatrics) et l'AMA (American Medical Association) mais les études ont montré que la compliance des médecins en soins primaires à cette recommandation varie entre 23 et 45%. Le manque de temps est le principal argument fourni. Par ailleurs, parmi les adolescents interrogés, seuls 35% ont rapporté avoir discuté de l'abus d'alcool avec leur médecin alors que 65% ont déclaré vouloir le faire. De plus, les adolescents ont déclaré préférer utiliser un moyen de dépistage informatisé plutôt que d'avoir à faire à un médecin ou une infirmière sans que cela ne change quoi que ce soit à ce qu'ils sont prêts à révéler.
Les téléphones portables sont très répandus, constituent un moyen efficient de donner une information par leur caractère ubiquitaire, familier, abordable. Le SMS est le mode de communication préféré des adolescents et pourrait constituer un moyen simple et confidentiel d'interagir avec eux.

Méthode :
Les participants étaient recrutés dans des salles d'attente de médecine générale ou de pédiatrie par un assistant de recherche. Ils devaient avoir entre 13 et 17 ans, avoir un téléphone capable d'envoyer et recevoir des SMS et être capables de le faire.
Après l'envoi d'un code d'initiation à un numéro donné à chaque participant, l'étude commençait par l'envoi d'un SMS, puis d'un suivant à chaque réponse donnée par le participant. 18 questions étaient posées au total puis les résultats étaient analysés après constitution automatique d'un fichier anonymisé où les résultats étaient automatiquement triés et mis en forme.

Résultats :
Sur les 55 adolescents approchés, 3 n'étaient pas aptes et 15 n'avaient pas de téléphone. Sur les 37 restants, 3 ont refusé, 2 n'ont pas pu participer suite au refus de leurs parents et 3 avaient un téléphone qui ne fonctionnait pas. Il y a donc eu 29 participants. L'étude finale a été complétée par 16 des 29 participants. La durée moyenne de l'étude était de 15 minutes.
Les résultats permettent de montrer que les adolescents interrogés ont déjà eu des conduites à risque par rapport à l'alcool en fonction des critères du questionnaire CRAFFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble) inclus dans les SMS envoyés. Par exemple, 20.7% ont déclaré avoir été dans une voiture conduite par une personne ivre (y compris eux)
Parmi les 16 ayant participé à l'intégralité de l'étude, seuls 6 (38%) ont été interrogés par le médecin sur leur consommation d'alcool et 4 (25%) ont reçu des informations sur les risques liés à la consommation d'alcool à leur âge.

Automated Screening for At-Risk Drinking in a Primary Care Office Using Interactive Voice Response
Gail L. Rose ; Journal Of Studies On Alcohol And Drugs ; 09/2010 ; USA
Consommation d'alcool (usage à risque)
Dépister les patients ayant un usage à risque d'alcool (questionnaire AUDIT-C auquel étaient ajoutées des questions portant sur la douleur, le tabagisme, l'activité physique, l'humeur dépressive)
Développer et tester un outil facile à implémenter, acceptable pour les patients, utile aux soignants de soins primaires permettant un meilleur dépistage en soins primaires de l'usage à risque d'alcool et même d'autres conduites à risques.

Système IVR : questions posées par téléphone automatiquement avec réponse du patient grâce aux touches du téléphone ; analyse et résumé automatiques des données par le programme.

Intérêts :
Démontrés : Acceptable pour les praticiens et les patients (avec un taux de participation de 96%) ; faisable ; pas de perturbation dans la prise en charge des patients (grâce à la brièveté du questionnaire) aussi bien dans leur parcours salle d'attente / bureau du médecin que dans l'interaction patient/médecin ; meilleure performance pour rapportage par le patient de sa consommation d'alcool que par questionnaire écrit ou par entretien (prévalence retrouvée de consommation importante d'alcool comparable voire légèrement supérieure aux prévalences retrouvées dans d'autres études utilisant des échantillons de patients plus importants)
Discutés : avantages à l'utilisation dans la salle d'attente : patients concentrés sur leur visite médicale, anticipant de discuter ensuite avec le médecin, conscients que les résultats obtenus sont hautement pertinents sur le moment, utilisation avantageuse du temps passé en salle d'attente. Utile pour les praticiens (la moitié indiquaient que les résultats obtenus étaient utiles et l'autre moitié étaient neutres. 2 ont indiqué que le système avait permis d'identifier des problèmes de santé inattendus qu'ils ont pu discuter avec leurs patients)
Etude : Résultats encourageants : les auteurs envisagent de développer l'outil pour en faire un outil plus complet, avec en complément du système IVR de dépistage, un système IVR de délivrance au patient d'intervention brève sur la consommation d'alcool. Ils envisagent aussi que le système puisse être utilisé sur d'autres sujets et dans d'autres endroits que la salle d'attente (écoles, lieux de travail…)
Limites :
Questionnaire : inconvénients à l'utilisation dans la salle d'attente : limitation par le temps. : pour ne pas que le procédé perturbe le fonctionnement du cabinet, il ne faut pas que sa durée soit supérieure au temps d'attente du patient ce qui n'est pas le cas dans l'étude parce que l'outil est simple. Seulement, pour obtenir un outil le plus efficace possible, qui recueille des données plus pertinentes, qui donne des conseils et/ou propose des traitements automatiquement en fonction des résultats, il faut plus de temps. Selon ces considérations, les auteurs indiquent que le système IVR serait peut-être plus pertinent s'il était utilisé à domicile. A mettre en balance avec les avantages décrits précédemment à son utilisation en salle d'attente.
Etude : biais de sélection : patients sélectionnés selon des considérations cliniques (non décrites) par le superviseur du cabinet, la veille ; généralisabilité des résultats douteuse : population étudiée suburbaine, « éduquée », principalement caucasienne (même si les auteurs indiquent que le système IVR a déjà été utilisé pour d'autres études dans des environnements différents avec des résultats satisfaisants)
Petite taille de l'échantillon, dans un seul site d'étude (ce qui doit faire considérer cette étude comme une simple étude préliminaire et dont les conclusions sont donc limitées)
Acceptabilité :
Evaluée comme excellente par les auteurs +++
Faisabilité :
Evaluée comme bonne par les auteurs +
Cependant, bonne faisabilité à nuancer en fonction :

- des limites de l'étude (généralisabilité des résultats douteuse)
- des limites à l'utilisation de l'IVR en salle d'attente

Idéalement donc, les auteurs préconisent d'élaborer un système suffisamment flexible pour qu'il soit utilisé aussi bien en salle d'attente que chez soi, en fonction des préférences du patient et du cabinet.

Traduction partielle de l'article :
Summary :
Avant tout, le dépistage des problèmes de santé non reconnus chez le patient est un aspect important de l'exercice des soins primaires et notamment l'usage à risque d'alcool. La « commission nationale des priorités de prévention » (National Commission on Prevention Priorities) a même classé le dépistage et l'intervention brève à ce sujet parmi les priorités les plus élevées en se basant sur un index comprenant l'efficience des coûts engagés par rapport aux conséquences cliniques qu'il est possible de prévenir. Néanmoins, d'après une étude menée par le « National Center on Addiction and Substance Abuse » (2002), seuls 1/3 des médecins rapportaient utiliser un instrument standardisé de dépistage. D'après une autre étude, la dépendance à l'alcool était la maladie pour laquelle le nombre de patients recevant les soins recommandés était le plus faible. Le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism propose un outil de dépistage et des recommandations pour l'intervention brève qui sont utiles pour les médecins de soins primaires mais, le manque de temps, la répugnance de certains soignants à cette tâche et le manque de systèmes automatiques font que ce dépistage reste insuffisant.
Les auteurs proposent donc l'utilisation d'un outil automatisé, permettant l'auto-administration par les patients du questionnaire de dépistage reposant sur le système IVR (Interactive Voice Response). Ses avantages

théoriques sont : l'entrée des données par le patient lui-même sans matériel particulier ; le fait que la programmation du système peut permettre une adaptation de celui-ci aux réponses données, permettant d'autres questions ou de faire passer des messages aux patients ; la diminution des erreurs car le système est automatisé (et n'oublie pas de poser une question par exemple ; un gain de temps pour les soignants car le système est facile d'utilisation et le patient peut s'en servir sans aide extérieure notamment les personnes analphabètes ou ayant des troubles de la vue car le système ne demande ni de savoir lire ni de savoir écrire ; car les résultats sont automatiquement résumés et stockés dans le dossier électronique ; un meilleur respect de la vie privée car les autres ne peuvent ni voir ni entendre leurs réponses ; le respect de la préférence démontrée que les patients préfèrent répondre à des questions sur des conduites potentiellement stigmatisantes via un système automatisé auto-administré qu'en entretien face-à-face.
La validité et la fiabilité de l'utilisation du système IVR pour l'évaluation des problèmes liés à la consommation d'alcool a déjà été établie à travers de multiples études. A noter que l'une d'entre elles retrouve des scores à l'Alcohol Dependence Scale plus faibles en utilisant le système IVR qu'en utilisant le classique questionnaire papier-crayon. En revanche, ce système permet de meilleurs résultats que l'entretien en face à face pour ce qui est de l'utilisation auto-rapportée de l'usage de drogues dans une étude et jusqu'à 2 fois meilleure pour le diagnostic d'usages à risque d'alcool dans une autre étude.

Méthode :
Sélection des participants dans un cabinet péri-urbain de soins primaires affilié à l'université du Vermont. Les sujets potentiels étaient identifiés la veille par le superviseur du cabinet qui choisissait à l'avance un maximum de 5 patients par demi-journée sur l'agenda du jour en se basant uniquement sur des considérations cliniques, sans préjuger de l'intérêt que le patient aurait pour la participation à l'étude. A leur arrivée, les patients présélectionnés étaient invités à participer par la standardiste qui leur précisait la démarche. Les participants utilisaient un téléphone dédié dans la salle d'attente en attendant d'être appelés pour leur rendez-vous et ils étaient informés que le médecin obtiendrait une copie des résultats du dépistage automatiquement à moins qu'ils ne le refusent en appuyant sur une touche supplémentaire. Les participants étaient ensuite approchés par un assistant médical : les patients qui y consentaient remplissaient un questionnaire supplémentaire permettant d'obtenir des données démographiques, un rapport sur d'éventuelles difficultés au cours du questionnaire IVR et des suggestions pour d'éventuelles améliorations.
Le questionnaire a été adapté avant l'étude en fonction des remarques des soignants participant à l'étude par rapport aux items à aborder selon les critères suivants : pertinence, gain de temps et/ou nécessité pour la plupart des consultations : 5 sujets ont été retenus : la douleur, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique, l'humeur dépressive. Chaque sujet faisait l'objet d'une question unique. Néanmoins, pour la douleur, le tabagisme et la consommation d'alcool, si la réponse à la première question était positive, des questions complémentaires étaient posées. Le questionnaire utilisé pour la consommation d'alcool était le questionnaire AUDIT-C. A la fin de l'étude, les 8 médecins impliqués dans l'étude ont été interrogés.

Résultats :
Sur les 105 sujets invités à compléter le questionnaire IVR, 101 (96%) l'ont fait. 1 seul a demandé à ce que les résultats ne soient pas transmis à son médecin. 1 patient a évité la question sur l'humeur dépressive et 1 autre a évité la question sur la fréquence de consommation importante d'alcool. Aucun n'a interrompu l'appel avant la fin.
La durée moyenne de l'appel était de 3 minutes dont 45 secondes d'introduction. Selon les auteurs, la durée pourrait même être considérablement écourtée dans un contexte hors-recherche.

Résultats du dépistage décrits dans l'article non reportés ici (sans intérêt pour la revue)

Résultats du questionnaire complémentaire (patients) :
63% des patients n'ont pas émis de plaintes ou avaient un retour positif sur le système.
Les 37% restants ont émis une ou plusieurs suggestions pour l'amélioration du dispositif :
3 : étendre le questionnaire pour inclure plus de sujets
10 : les propositions de réponse pour le questionnaire AUDIT-C ne permettaient pas de rapporter leur consommation d'alcool de manière précise.
15 : reformuler les questions (11 activité physique, 3 : douleur, 1 : humeur dépressive)
3 : préférer des questions permettant des réponses plus larges que « oui/non »
1 : doute de l'honnêteté de la réponse des autres
1 : a répondu oui à la question concernant l'humeur dépressive et a ensuite rapporté qu'il était difficile de l'admettre
1 : a rejeté tout le processus le qualifiant de « déshumanisant »
Résultats des retours des praticiens par entretien informel :

La moitié indiquaient que les résultats obtenus étaient utiles et l'autre moitié étaient neutres. 2 ont indiqué que le système avait permis d'identifier des problèmes de santé inattendus qu'ils ont pu discuter avec leurs patients.

A single question screening test for drug use in primary care
Peter C. Smith ; Archives of Internal Medicine ; 07/2010 ; USA
Etude analytique, interventionnelle
Consommation de drogues (consommation de drogues illicites et l'usage non médical de médicaments sur prescription)
Dépister l'utilisation de drogues (consommation de drogues illicites et l'usage non médical de médicaments sur prescription)
Valider l'outil développé
Question unique : "combien de fois au cours de l'année passée avez-vous consommé une drogue illégale ou utilisé un médicament sur prescription pour une raison non médicale" (par exemple pour l'expérience ou la sensation que ça procure : formulation ajoutée si les personnes demandaient à préciser) (posée par assistant de recherche dans l'étude pour les besoins du protocole mais extrapolation du questionnaire utilisé facilement imaginable sur un mode permettant au patient d'y répondre lui-même)

Intérêts :
Démontré : validité satisfaisante car performances égales à celles de tests plus longs (DAST-10) dont la validité a été prouvée dans le même article.
Discuté : plus clair que le dépistage conjoint (alcool et drogues) car moins de temps requis de clarification => première étape vers questionnaire complémentaire en cas de test positif => l'intérêt de ce questionnaire est le dépistage ce qui est différent d'un test permettant d'établir un diagnostic ou la sévérité ; gain de temps (question unique, pas de nécessité d'établir un score) dans l'optique d'un dépistage ; faibles différences de sensibilité et spécificité en fonction des caractéristiques des personnes testées.
Etude : diversité de la population étudiée permet d'extrapoler la validité des résultats obtenus à un large panel de patients.
Limites :
Questionnaire : la question unique pourrait être moins bien acceptée qu'un dépistage conjoint déjà existant portant sur la consommation de drogues et d'alcool. Intérêt supérieur des tests plus longs et plus précis en cas d'intégration au dossier électronique avec aide à la décision (car fournissent un score et permettent par exemple de faire la différence entre consommation faible et consommation importante avec conséquences graves)
Etude : prévalence supérieure à ce qui était attendu, probablement en rapport avec le lieu de l'étude (suburbaine) ; anonymat garanti pendant l'étude : différent des conditions réelles : performances, notamment sensibilité probablement surévaluées
Acceptabilité :
Non évaluée par les auteurs mais le questionnaire n'a pas été évalué dans l'étude dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles il serait utilisé ce qui ne permet pas l'analyse de ce point de vue
Faisabilité :
Non évaluée par les auteurs mais le questionnaire n'a pas été évalué dans l'étude dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles il serait utilisé ce qui ne permet pas l'analyse de ce point de vue

Traduction partielle de l'article :
Summary :
La consommation de drogues illicites et l'usage non médical de médicaments sur prescription sont communs en soins primaires et souvent sous-diagnostiqués. Un dépistage permet au clinicien de reconnaître ces patients, de les conseiller et de les traiter si besoin. C'est pourquoi la SAMSHA (Substance Abuse And Mental Health Services Administration) a promu l'intégration du dépistage et de l'intervention brève aux soins primaires.
Néanmoins, peu d'outils ont été validés, notamment en soins primaires. Le temps est aussi un facteur limitant car les outils existants peuvent nécessiter du temps pour être administrés et éventuellement calculer un score.
Par exemple, les recommandations en cours en 2012 aux USA étaient d'utiliser une question unique de dépistage pour dépister l'usage nocif d'alcool en soins primaires (pas pour la drogue).
Sans parler des conséquences directes en terme d'aide apportée par le praticien à son patient consommateur de drogues, la connaissance de cette consommation par le médecin lui permet d'identifier d'éventuelles interactions et éviter des risques liés à la prescription.

Méthode :

Entre 10/2006 et 06/2007 dans une clinique de soins primaires (centre médical académique) [cf méthode de sélection des sujets et recueil données : référence 7 de l'article]
Les patients étaient sélectionnés par un assistant de recherche qui approchait systématiquement les patients en salle d'attente en fonction de leur place dans celle-ci (places différentes tous les jours) (pour minimiser le biais de sélection car tous les patients ne pouvaient être approchés) à l'exclusion des patients de moins de 18 ans, des patients malades "aigus", de ceux jugés limités en anglais ou cognitivement. Les accompagnants n'étant pas là en tant que patients étaient aussi exclus.
Les interrogatoires étaient menés par des membres de l'équipe de recherche.
Premièrement : la question de dépistage était posée : "combien de fois au cours de l'année passée avez-vous consommé une drogue illégale ou utilisé un médicament sur prescription pour une raison non médicale" (par exemple pour l'expérience ou la sensation que ça procure : formulation ajoutée si les personnes demandaient à préciser). Une réponse au moins égale à 1 était considérée comme positive. Parallèlement, le DAST-10 (10 item Drug Abuse Screening Test) était soumis aux participants.
Ensuite, il leur était demandé s'ils avaient vécu des expériences négatives en rapport avec cette consommation grâce à une version modifiée du questionnaire "SIP-AD" appelée SIP-DV (Short Inventory of Problems-Drug Use). Dans une analyse séparée mais sur les mêmes sujets, ils ont testé la fiabilité et la validité de ce questionnaire comme une mesure des conséquences à l'usage de drogues.
Ensuite, la version informatisée du CIDI (Composite International Drug Interview) était utilisée pour l'évaluation des problèmes actuels (dans l'année) liés à l'usage de drogues. Cet entretien structuré fournit un diagnostic d'abus de drogues ou de dépendance selon les critères du DSM IV
En plus, les sujets se voyaient poser des questions détaillées concernant la consommation de drogues illicites ou l'usage non médical de médicaments sur prescription)
Suite à l'entretien, il était demandé aux sujets de subir un test salivaire recherchant la présence des drogues les plus communes (résultats comparables aux tests urinaires) (pour aider l'interprétation, il était demandé aux patients s'ils s'étaient vus prescrire des opiacés ou des benzodiazépines.
2 analyses ont été menées : la première uniquement sur les résultats du CIDI, la seconde prenant en compte les résultats du test salivaire.
Les auteurs ont déterminé la sensibilité, la spécificité, les ratios de vraisemblance (likelihood ratios) et l'aire sous la courbe de la question du dépistage unique pour la détection de la consommation de drogues illicites ou l'usage non médical de médicaments sur prescription associée à des problèmes et de l'usage actuel de drogues au-dessus des "standards de référence"
Ils ont fait la même chose pour le DAST-10 (score supérieur ou égal à 2)

Résultats :
Sur les 1781 patients, 903 (51%) ont accepté d'être étudiés pour l'éligibilité parmi lesquels 509 (56%) n'étaient pas éligibles. Parmi les 394 patients éligibles, 76% ont participé : 4 (1%) ont refusé, 87 (22%) ne se sont pas présenté à l'entretien prévu après la consultation prévue avec leur médecin traitant et 3 (1%) étaient incapables de compléter l'entretien. Les données de 14 sujets (5%) ont été perdues suite à une erreur électronique LIMITE ?
Au final, 286 sujets (73% des éligibles) ont été analysés parmi lesquels 240 (84%) ont consenti au dépistage salivaire BIAIS ?
Caractéristiques de la question unique :

- Pour la détection des problèmes liés à l'utilisation actuelle de drogues : Se 100 (90,6 – 100), Sp 73,5 (67,7 – 78,6)
- Pour la détection de la consommation actuelle : Se 92,9 (86,1 – 96,5), Sp 94,1 (89,8 – 96,7)

Si les résultats des tests salivaires étaient pris en compte, la sensibilité pour détecter la consommation actuelle était plus faible : 84,7 (75,6 – 90,8)
Le dépistage par DAST-10 présentait une Se à 100 (90,6 – 100) et une Sp à 77% (71,5 – 81,9)
=> Les caractéristiques du test étaient comparables à celles de la question unique.
La question unique est sensible et spécifique pour dépister l'utilisation de drogues (consommation de drogues illicites et l'usage non médical de médicaments sur prescription) sur un échantillon de patients en soins primaires. Ses caractéristiques sont similaires à celles du DAST-10 sur le même échantillon ou à celles d'autres études rapportées dans la littérature.

Improvement of Physial Activity by A Kiosk-based Electronic Screening and Brief Intervention in Routine Primary Health Care : Patient-Initiated Versus Staff-Referred
Matti Leijon ; Journal of Medical Internet Research ; 11/2011 ; Suède
Inactivité physique/sédentarité

Evaluer le niveau d'activité physique
2 questions faisant partie d'un questionnaire plus large :

- Combien de jours dans une semaine standard pratiquez-vous au moins 30 minutes d'une activité modérée ? (par séquences de 10 minutes minimum)
- Combien de jours dans une semaine standard pratiquez-vous au moins 20 minutes d'une activité physique vigoureuse ?

Déterminer si l'utilisation du questionnaire via ordinateur à l'initiative du patient est aussi efficace que lorsqu'il y est dirigé par un professionnel
Ordinateur fixe à écran tactile (eSBI : electronic Screening and Brief Intervention)

Intérêts :
Démontré : pas de différence d'amélioration de l'activité physique entre les patients du groupe "initiated" (qui se sont tournés spontanément vers l'outil) et ceux du groupe "referred" (qui ont été dirigés vers l'outil par un professionnel) ; coûts faibles (dépense initiale largement compensée par le temps gagné et donc coûts économisés, sans parler des économies de santé publique prévisibles liés à la meilleure activité physique permise par ce dispositif) ; libération de temps pour les patients qui ont besoin d'intervention en face-à-face.
Discuté : permet une augmentation de l'activité physique => méthode efficiente pour promouvoir l'activité physique
Etude : démonstration de l'intérêt de l'eSBI malgré l'absence d'intervention "humaine" (cf intérêts démontrés)
Limites :
Questionnaire : il a été prouvé par d'autres études que les niveaux d'activité physiques sont considérablement plus élevés quand l'évaluation est subjective par une auto-évaluation que lorsqu'elle est objective (par des capteurs) : remise en cause de l'intérêt d'un tel mode d'évaluation pour ce sujet.
Etude : biais d'interprétation par absence de groupe contrôle représentant la pratique habituelle, de routine et par absence de suivi à long terme (3 mois seulement) ; biais de sélection : nette meilleure participation des patients "referred" probablement en rapport avec le fait que l'approche "humaine" encourage la participation. Les patients "initiated" qui sont restés dans l'étude sont peut-être ceux qui ont la plus forte motivation au changement d'où des résultats similaires en terme d'amélioration de l'activité physique. Comme la participation au suivi était optionnelle, il existe un possible biais si seuls les plus motivés acceptent de participer ; biais de déclaration pouvant aboutir à une surestimation : biais de mémorisation, surestimation par "désirabilité sociale". Tous ces éléments doivent faire remettre en question la validité des résultats présentés
Acceptabilité :
Non évaluée dans l'étude mais estimée comme bonne (+) pour les raisons de faisabilité (cf ci-dessous) du point de vue des professionnels et bonne participation traduisant une bonne acceptabilité par les patients
Faisabilité :
Non évaluée dans l'étude mais estimée comme très bonne (++) puisque l'étude prouve que l'absence d'intervention extérieure donne les mêmes résultats qu'en cas d'intervention extérieure. Cela permet d'obtenir une baisse des coûts, un gain de temps, un outil qui ne nuit pas à la fluidité de la consultation.

Traduction partielle de l'article :
Summary :
L'inactivité physique/sédentarité est reconnue comme étant le 4ème facteur de risque de mortalité globale. C'est pourquoi il faut des moyens d'intervention effectifs pour promouvoir un mode de vie "actif" dans la population. C'est la place des soins primaires et il a déjà été démontré qu'il y a une augmentation à court et long terme de l'activité physique après des conseils donnés en soins primaires. Mais la plupart des études en question n'intégraient pas ces conseils à la pratique "habituelle" et faisaient en plus intervenir des personnes qui ne sont habituellement pas là pour intervenir.
Les barrières souvent discutées dans la littérature sont : le manque de temps, les coûts élevés, le manque de "retombées financières", l'impression que l'adhésion du patient est insuffisante, le manque de confiance des praticiens en l'intérêt de donner des conseils sur le mode de vie, le manque de connaissance sur les bienfaits de l'activité physique et le manque d'outils appropriés pour évaluer puis prescrire l'activité physique.
L'acceptabilité des interventions basées sur l'ordinateur a été démontrée comme étant bonne parmi les patients de soins primaires et encore meilleure pour ceux qui étaient adressés à l'outil par un intervenant extérieur et dont les médecins examinaient les résultats. Néanmoins, l'implication de personnel à cette intervention basée sur l'ordinateur créé des coûts, à l'encontre de l'un des objectifs de cette pratique. Sur une étude analogue concernant la consommation d'alcool, des résultats ont déjà été produits : il y a un effet positif à l'intervention via eSBI que le patient se tourne lui-même vers l'outil ou qu'il y ait été dirigé par un professionnel.

Méthode :

L'étude a été réalisée en Suède sur une période allant de 09/2007 à 08/2009 dans le comté de Ostergötland qui compte environ 420000 habitants et 42 centres de soins primaires. 10 en 2007 puis 28 en 2009 étaient équipés du système eSBI (electronic Screening and Brief Intervention). Les patients de plus de 18 ans participant à l'eSBI et qui étaient considérés comme insuffisamment actifs selon les résultats du dépistage idoine étaient inclus à l'étude puis répartis dans 2 groupes : le groupe "à l'initiative du patient" et le groupe "référé par un personnel" (médecin traitant, kiné, infirmière...) après leur rendez-vous dans le centre de soins.
Le système eSBI était implémenté sur un ordinateur fixe appelé "kiosque" dans ou près de la salle d'attente, à côté d'un poster fournissant les explications sur le concept. L'eSBI incluait des questions portant sur la consommation d'alcool, l'activité physique, la motivation au changement et l'attitude envers la participation au questionnaire. Suite au questionnaire, un résumé personnalisé était transmis au patient (dans l'étude, uniquement sur l'activité physique). L'évaluation de l'activité physique était basée sur 2 questions, elles-mêmes basées sur les recommandations de l'American College of Sports Medicine et l'American Heart Association :

- Combien de jours dans une semaine standard, pratiquez-vous au moins 30 minutes d'une activité modérée ? (par séquences de 10 minutes minimum)
- Combien de jours dans une semaine standard, pratiquez-vous au moins 20 minutes d'une activité physique vigoureuse ?

Un jour d'activité modéré valait 1 et un jour d'activité vigoureuse valait 1,7. La somme de tous les jours permettait d'obtenir un score avec un cut-off fixé à 5.
A la fin du questionnaire, un suivi à 3 mois par mail était proposé. Les chercheurs ont ainsi pu constituer 3 groupes :

- Les non-participants : ceux qui n'ont pas voulu participer au suivi
- Les non-répondeurs : ceux qui ont accepté mais ne l'ont pas fait finalement
- Les répondeurs : ceux qui ont accepté et réellement participé.

Résultats :
Sur les 7863 patients qui ont complété l'eSBI, 2509 ont été catégorisés comme insuffisamment actifs et donc inclus. 64% ont participé de leur propre initiative versus 36% qui ont été dirigé vers l'eSBI par un professionnel du centre de soins primaires. La proportion des patients ayant accepté de participer au suivi était plus importante chez les "référés" (34%) par rapport à ceux qui ont complété l'eSBI de leur propre initiative (13%). Les répondeurs étaient respectivement de 20 et 8%.
Il n'y avait pas de différence statistique significative de score d'activité physique ou de classe de score d'activité physique entre les sujets des 2 groupes.
Pour tous les répondeurs, le score d'activité physique moyenne était significativement plus élevé lors du suivi à 3 mois (4,2 [3,8 – 4,6]) versus (2,2 [2,0 – 2,3]). La médiane a seulement un peu augmenté de 2,5 à 3 mais 44% des patients sont devenus "suffisamment actifs" à 3 mois.

Six-item self-administered questionnaires in the waiting room : an aid to explain uncontrolled hypertension in high-risk patients seen in general practice
Mulazzi I. ; Journal of the American Society of Hypertension ; 2009 ; France
Observance du traitement anti-hypertenseur
Analyse de l'observance/Evaluation des difficultés rencontrées dans la prise du traitement anti-hypertenseur
Evaluer l'intérêt de l'utilisation d'un auto-questionnaire chez les sujets hypertendus au sujet des difficultés rencontrées dans la prise du traitement anti-hypertenseur et plus particulièrement étudier l'indépendance et la pertinence d'un tel questionnaire chez les sujets à haut-risque cardio-vasculaire avec HTA non contrôlée en médecine générale.
Questionnaire papier-crayon
Etude épidémiologique transversale, observationnelle

Intérêts :
Démontré : aide au diagnostic différentiel entre mauvaise observance et non-réponse au traitement ; bonne performance diagnostique : obtention d'informations significatives d'autant plus intéressantes que l'observance est un paramètre difficile à évaluer et que la mauvaise observance est sous-diagnostiquée.
Discuté : gain de temps ; peu onéreux ; simple ; bonne acceptabilité par les patients (taux de participation > 95%.)
Etude : valide à large échelle un outil un auto-questionnaire permettant d'évaluer l'observance du traitement anti-hypertenseur
Limites :

Questionnaire : limité à l'exploration des difficultés à prendre le traitement (alors que d'autres facteurs sont associés à la mauvaise observance comme des facteurs psychosociaux, des symptômes dépressifs) ; fiabilité douteuse en pratique quotidienne : fiabilité si le questionnaire est répété ? fiabilité sachant que le patient sait que le médecin va lire l'auto-questionnaire (biais de déclaration) ?
Etude : impact de l'utilisation de ce questionnaire (théorique seulement ici) : à vérifier par un essai prospectif randomisé pour déterminer si l'utilisation de cet auto-questionnaire permet réellement d'améliorer le contrôle de l'HTA. Population étudiée n'est qu'une population de prévention secondaire : peut-on extrapoler les résultats à une population de soins primaires ? (à noter que la mauvaise observance dans cette population est probablement moindre étant donné qu'ils ont en moyenne moins de médicaments à prendre)
Acceptabilité :
Evaluée comme très bonne (++) par les auteurs du point de vue des patients (95% de répondeurs) mais pas d'analyse dans la durée et pas d'évaluation du point de vue des médecins
Faisabilité :
Evaluée comme très bonne (++) compte-tenu de l'acceptabilité par le patient, de l'intérêt du questionnaire, de sa simplicité de réalisation et d'analyse, de son faible coût, du gain de temps permis.

Traduction partielle de l'article :

Summary :
Près de 2/3 des HTA ne sont pas contrôlées au seuil de 140/90 mmHg. De plus, le bénéfice d'un bon contrôle tensionnel est particulièrement vrai chez les patients ayant un risque de base élevé en prévention primaire. Selon eux, l'adhésion au traitement est un facteur majeur expliquant le mauvais contrôle de l'HTA avec 40-50% des patients qui sont mal observants au traitement au long cours de leur HTA et 50% des patients chez qui on évoque une HTA réfractaire qui ne sont pas observants. Des études antérieures ont démontré qu'il n'existe pas de facteurs pré-disposants à la non-observance et que le jugement du médecin, même pour des patients qu'il croit bien connaître, n'est pas satisfaisant. De plus, une évaluation électronique de l'observance n'est pas encore disponible à large échelle.

Méthode :
Le questionnaire utilisé comportait 6 questions et un score allant de 0 à 6 était calculé avec un point pour chaque réponse positive. Ce questionnaire avait été validé en corrélant les réponses à ce questionnaire et l'utilisation d'une surveillance électronique de l'observance. Avec un score supérieur ou égal à 3, la VPP d'une mauvaise observance était de 83%. Ce questionnaire était rempli dans la salle d'attente. La population étudiée était basée sur des patients inclus dans l'étude ESPERE (une étude réalisée dans toutes les régions françaises sur un échantillon randomisé et stratifié de 4 000 médecins généralistes avec inclusion des 5 premiers patients vus par chaque médecin avec un antécédent documenté d'IdM, d'AVC ischémique, de pathologie artérielle périphérique, à l'exclusion de ceux ayant eu un SCA ou une intervention de revascularisation dans les 3 mois précédents). Les patients savaient que les médecins verraient leur questionnaire au cours de la consultation.

Résultats :
Sur les 16835 patients de l'étude ESPERE, 11289 étaient traités pour HTA (68.9%) avec parmi eux 649 (5.75%) pour lesquels des informations manquaient et 342 (3.03%) pour qui le questionnaire n'était pas correctement rempli. Sur les 10 299 restants, 5288 (51.4%) ont été contrôlés au-delà du seuil de 140/90 mmHg. Toutes les questions du test étaient corrélées au contrôle de l'HTA et le pourcentage d'HTA non contrôlée en fonction du score obtenu augmentait graduellement passant de 43% pour un score à 0 à 59% pour un score à 6 (avec petite exception à 62% pour le score à 5)

Automated Primary Care Screening in Pediatric Waiting Rooms
Vibha Anand ; Pediatrics ; 05/2012 ; USA
Etude observationnelle, transversale
Risques identifiables en pédiatrie
Dépister les risques identifiables en pédiatrie permettant d'aider à la décision clinique (et notamment de décider les sujets méritant discussion)
Examiner à quels taux les patients ou leurs parents (ou autre figure d'autorité) répondent au dépistage grâce au CHICA et les taux de dépistage positifs que permettent le système
CHICA (Child Improvement through Computer Automation) (cf description détaillée dans annexe dédiée). C'est un système informatisé d'aide à la prise de décisions cliniques (CDSS - Computerized Clinical Decision Support Systems)

Intérêts :
Démontré : diminution significative de la charge de travail correspondant au dépistage et à l'identification de la recommandation à appliquer à tel ou tel patient en automatisant le processus ; amélioration de la sensibilité et l'efficience du dépistage de routine pour les risques dans une structure de soins primaires pédiatriques.
Discuté : amélioration de la prise en charge globale en fournissant au praticien des "mémos" à l'occasion de consultations ultérieures en fonction des réponses précédemment données car le système retient les informations d'une visite à l'autre ; optimisation de la démarche d'évaluation des risques car le système peut adapter les questions en fonction des réponses précédemment obtenues ; amélioration de la qualité des informations obtenues par les questionnaires papiers (c'est en partie le cas du procédé décrit) sur les sujets sensibles, par rapport aux entretiens en face-à-face ou par téléphone.
Etude : l'étude a permis de donner des estimations de la prévalence de facteurs de risque variés, données qui pourraient être utiles pour juger de la priorité de prise en charge d'un risque par rapport à un autre.
Limites :
Questionnaire : toutes les questions ne sont pas posées à tous les patients ce qui peut conduire à des oublis dans le dépistage, à une sous-estimation de la prévalence de la population pour certains risques ; remise en question de la fiabilité des réponses de certaines populations, notamment les adolescents concernant certaines questions sensibles (notamment s'ils sont accompagnés d'un parent) d'où la proposition d'adapter la logistique pour favoriser la confidentialité des réponses (kiosque avec ordinateur audio serait intéressant chez les adolescents)
Etude : pas d'applicabilité des résultats de prévalence des risques retrouvés dans cette étude à la population générale car la population étudiée est urbaine avec donc une forte proportion de minorités et de bénéficiaires de Medicaid.
Acceptabilité : Pas clairement décrite par les auteurs mais a priori bonne vu le taux global de réponses (+)
Faisabilité : CHICA régulièrement utilisé depuis plusieurs années dans les centres qui ont servi pour recueillir les données de l'étude donc manifestement faisable dans ces conditions d'exercice. (+)
Mais peut-on extrapoler aux cabinets français où, dans la plupart des cas, il n'y a pas d'autres professionnels que les médecins et une ou des secrétaires ?

Traduction partielle de l'article :
Summary :
Les recommandations concernant la prévention en pédiatrie émanant d'autorités telles ques l'US Preventive Services Task Force et l'American Academy of Pediatrics augmentent sans cesse. Dans le même temps, les médecins qui gardent les mêmes contraintes de temps ont peu de temps voire pas du tout à accorder à la prévention. Notamment en pédiatrie où les recommandations excèdent largement ce qu'il est possible de réaliser en consultation habituelle : d'où la statistique selon laquelle les pédiatres abordent moins de 50% des recommandations. Même si le dossier électronique permet une amélioration de la qualité des soins primaires, il ressort de certaines études que les dossiers électroniques actuels ne permettent pas d'amélioration dans le domaine de la médecine préventive, notamment par manque de processus de prise de décision basée sur le profil de risque des patients.
Le CDSS (Computerized Clinical Decision Support Systems) est conçu pour aider à la prise de décision clinique basée sur une comparaison entre les caractéristiques du patient et une base de données informatisée des recommandations pour cliniciens et il a été démontré être efficace pour augmenter le taux d'application de recommandations de prévention en soins primaires. D'où l'idée de combiner ce CDSS au dossier informatisé pour gagner en efficience et se concentrer sur les sujets importants, prioriser en fonction des caractéristiques du patient => c'est ce que les auteurs ont développé dans le domaine de la pédiatrie sous l'appellation CHICA (Child Health Improvement through Computer Automation)
Dans de précédentes études, CHICA a prouvé son efficacité dans la détection de cas d'asthme, le dépistage de la dépression maternelle, la détection des facteurs de risque de tuberculose, de la carence martiale ; L'utilisation de CHICA a aussi permis d'augmenter le taux de parents arrêtant de fumer dans une autre étude des mêmes auteurs.

Méthode : cf description CHICA (annexe)
Il faut noter que l'une des parties du PSF (Patient Screening Form) est renseignée par quelqu'un du "nursing staff" ce qui n'en fait pas un auto-questionnaire "intégral"
Les données de tous les patients ayant consulté entre le 02/06/2009 et le 16/06/2011 ont été extraites. Ces données étaient les réponses aux questionnaires PSF et les auteurs ont quantifié le taux de réponse et le risque auto-rapporté pour chaque question selon la procédure suivante : premièrement, ils ont quantifié le nombre de fois où chaque question apparaissait rapportée au nombre de fois où une réponse était donnée. Ensuite, ils ont quantifié le taux de dépistage positif pour chaque question. Quand cela paraissait approprié, certaines questions en rapport étaient combinées pour des calculs de risque.

Résultats :
Les données de 16943 patients ont été analysées. Au total, 408 601 questions ont été posées avec 362 363 réponses (soit un taux global de 89% de réponse) parmi lesquelles 39 176 réponses (11%) ayant permis de faire un dépistage "actionnable" pendant la consultation à suivre.
Tableaux de résultats intéressant.
Parmi les résultats mentionnés dans la section résultat, on note notamment des résultats tels que : plus de 25% des enfants asthmatiques sous traitement ont rapporté une mauvaise observance; parmi les 13-21 ans sexuellement actifs : 28,3% n'utilisent pas le préservatif ; parmi les 13-21 ans en général, 8,8% sont dépistés positifs pour la dépression.

Rapid Assessment for Psychopathology in a College Health Clinic : Utility of College Student Specific Questions.
Kevin N. Alschuler ; Journal of American College Health ; 2009 ; USA
Problèmes psychosociaux chez les étudiants en Université
Evaluer et dépister les facteurs psychosociaux chez les étudiants en Université
Evaluer l'utilité du CHQ en documentant les paramètres psychométriques du CHQ et de sa sous-échelle, le College Maladjustment Index et évaluer son impact sur les modalités de traitement quand il est utilisé en parallèle du PHQ
Papier-crayon

Intérêts :
Démontré : validité ; utilité pour identifier les problèmes de santé relatifs aux étudiants en Université qui ne sont pas cherchés par le PHQ ; amélioration de la prise de décision clinique car identifie des éléments pertinents qui ne sont pas évalués autrement
Discuté : questionnaire bref ; fournit des renseignements au soignant même s'il ne prend pas la peine de construire le score
Etude : mise en évidence que les soignants interrogés se sentent moyennement confiants en leur capacité à fournir un traitement comportemental et dans la quantité et la pertinence de leur entrainement dans ce domaine => justifie la création d'un outil adapté
Limites :
Questionnaire : aucune décrite
Etude : les résultats des questionnaires de satisfaction ne sont pas décrits dans les résultats. Doit-on en conclure qu'ils sont défavorables ? Etude préliminaire avec un seul centre testé et petit échantillon => généralisation des résultats à d'autres zones géographiques, d'autres professionnels de santé, d'autres populations ?
Acceptabilité : Non évaluée par les auteurs
Faisabilité : Non évaluée par les auteurs

Traduction partielle de l'article :
Summary :
La prévalence des problèmes psychologiques est élevée à l'université avec 18.8% de dépression et 11.5% d'anxiété dans une population universitaire.
De plus, 48.6% des étudiants en université ayant des problèmes psychiatriques ressentent les premiers symptômes au cours de leur passage à l'université. Une étude a indiqué que 28% des étudiants à l'université se présentant au service de santé de l'université présentait des critères diagnostiques pour une maladie psychiatrique.
Ces troubles du comportement affectent directement leurs performances scolaires
Au-delà de ces « traditionnels » troubles psychiatriques, la American College Health Association's rapporte qu'il y a de nombreux troubles du comportement en rapport avec des troubles psychosociaux comme le stress (32%), les troubles du sommeil (24.1%), l'inquiétude pour un proche (18.4%), des difficultés relationnelles (15.8%), le décès d'un ami ou d'un membre de la famille (8.8%), la consommation d'alcool (7.8%). Ces problèmes pourraient prédisposer les patients aux problèmes médicaux ou exacerber leurs symptômes.
Ces données vont dans le sens de l'idée selon laquelle les soignants en soins primaires devraient évaluer les problèmes psychosociaux d'une manière à la fois précise et brève pour respecter la durée de la consultation médicale. Le PHQ (Patient Health Questionnaire) est un de ces instruments de dépistage, bref, facile à côter, validé mais il ne concerne pas les troubles psychosociaux. Aucun instrument n'a jusque-là été développé pour ces troubles.

D'où l'intérêt de développement du CHQ (College Health Questionnaire), pour suppléer aux outils habituels. Le CHQ inclut des questions similaires à d'autres mesures ciblant les étudiants en université mais il le fait dans un format bref, nécessaire à l'évaluation rapide.
Le CHQ a initialement été développé et utilisé dans une étude évaluant l'impact de 2 dépistages psychologiques (CHQ et PHQ) dans un centre de santé universitaire. Il a été démontré qu'une augmentation de la détection des problèmes psychosociaux permettait une augmentation des soins collaboratifs

Méthode :
109 patients ont participé à l'occasion de leur rendez-vous dans une grande université du Midwest américain parmi lesquels 56 (51.4%) se présentaient pour une maladie aigüe et 43 (48.6%) pour d'autres problèmes.
Plusieurs soignants ont participé (2 médecins, 3 internes en médecine, 2 infirmières). Ils se déclaraient moyennement confiants en leur capacité à fournir un traitement comportemental et dans la quantité et la pertinence de leur entrainement dans ce domaine.
Les patients étaient recrutés au moment de leur arrivée dans le centre, remplissaient le CHQ et le PHQ dans la salle d'attente et le donnaient à leur soignant à leur arrivée en consultation.
Le PHQ est un outil de dépistage pour les troubles somatiques, les troubles alimentaires, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles d'abus d'alcool, bref et validé.
Le CHQ est un questionnaire en 18 items qui évalue des domaines de détresse pour les étudiants en Université, non-évalués par le PHQ (finances, problèmes relationnels…). Il contient une sous-échelle en 11 items : le College Maladjustment Index, elle-même composée de 2 sections : les comportements sexuels à risque et les troubles psychosociaux communs à l'adaptation à l'Université.
Les soignants, précédemment initiés aux questionnaires, pouvaient soit utiliser les critères diagnostiques, soit simplement apprécier rapidement les items cochés pour s'aider dans la gestion du traitement.
Après la consultation, les patients et les soignants complétaient un questionnaire pour évaluer les décisions de traitement (essentiellement la prescription de traitement médicamenteux et l'adressage pour une thérapie comportementale) et leur satisfaction par rapport à la consultation. Celui des soignants comportaient 5 items alors que celui des patients comportaient 7 items (+ 6 items concernant des données démographiques et la raison de leur consultation.
Après la fin du recueil des données des patients, les soignants remplissaient aussi un questionnaire de débriefing.

Résultats :
Une majorité des patients (66.1%) ont coché au moins 1 item du College Maladjustment Index et 20.2% ont coché un minimum de 4 items. En plus de ces items, 22% des participants ont indiqué avoir perdu plus de poids qu'ils auraient dû, 8.5% ont utilisé des drogues ou des médicaments hors prescription à visée récréative et 2% remplissaient les critères pour le diagnostic d'abus de drogues.
Les patients indiquant des troubles somatiques, des troubles alimentaires, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles d'abus d'alcool sur le PHQ étaient plus à même de se voir prescrire un traitement médicamenteux (bêta = 2.11 ; $p<0.001$) alors que les patients cochant des items sur le CHQ étaient plus à même d'être adressés pour thérapie comportementale (bêta = 0.50 ; $p<0.05$)
La validité a été mise en évidence avec des corrélations positives modérées à élevées entre le College Maladjustment Index et 2 autres indicateurs brefs de détresse : nombre de critères diagnostiqués rencontrés sur le PHQ ($r = 0.37$, $p<0.01$) et le niveau de retentissement fonctionnel retrouvé sur le PHQ ($r = 0.47$, $p<0.01$)
Les sujets ayant des scores élevés au College Maladjustment Index avaient aussi tendance à rater les cours ou le travail et/ou avaient des difficultés pour s'entendre avec les autres du fait de leur consommation d'alcool et/ou de drogues.

eCHAT for Lifestyle and Mental Health Screening in Primary Care
Goodyear Smith F. ; Annals of Family Medicine ; 09/2013 ; Nouvelle-Zélande
Conduites à risque (tabagisme, consommation d'alcool, toxicomanie, jeux d'argent, exposition aux abus sexuels, inactivité physique) et pathologies mentales (anxiété, depression et un peu à part, mauvaise gestion de la colère) pouvant retentir sur ou induire des pathologies chroniques
Dépister les patients ayant une ou des conduites à risque ou ayant une pathologie mentale
Evaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les patients, les praticiens et les autres professionnels impliqués de l'eCHAT (electronic Case-finding and Help Assessment Tool) basé sur le web pour le dépistage des patients concernant les conduites ou situations à risque précédemment mentionnées et évaluer si ce dépistage permettait d'induire une prise en charge (demande d'aide par le patient)
Tablette tactile

Intérêts :
Démontré : acceptable (très bonne participation des patients et acceptabilité déclarée) et facile à intégrer dans la pratique quotidienne.
Discuté (notions déclarées dans l'enquête qualitative)
Selon les professionnels de santé : facilité d'utilisation, intégration directe du questionnaire au dossier, utilisation efficiente du temps en salle d'attente puis en consultation, meilleur dépistage et/ou connaissance de ses patients (car ils sont plus à même de se livrer)
Selon les patients : facilité d'utilisation, aide apportée au médecin et à la relation patient-médecin, utilisation utile du temps passé en salle d'attente, bon moyen de réfléchir sur soi-même, meilleur retour d'informations au médecin que par l'interrogatoire direct, apports d'informations supplémentaires au médecin (par rapport à ce que le patient aurait spontanément donné) ; par rapport au questionnaire : diversité des thèmes abordés.
Selon les auteurs : meilleure participation avec la tablette qu'avec le kiosque dans l'étude préalable : simplicité d'utilisation de la tablette, intérêt accru des patients du fait du facteur nouveauté et intérêt de la tablette par sa portabilité pour garantir meilleure confidentialité des réponses.
Etude : taux élevé de réponse de la part des patients ayant accepté de participer.
Limites :
Questionnaire :
Selon les patients : par rapport au questionnaire en lui-même : questions limitantes, pas assez subtiles ; questionnaire invasif car ne concerne pas le motif de consultation du patient ; questionnaire trop étroit dans la diversité des thèmes abordés ; par rapport à la tablette : hygiène, fragilité ; par rapport à l'informatisation : inquiétude par rapport à la vie privée.
Selon les professionnels : appréhension par rapport à l'accès des compagnies d'assurance aux informations relevées, manque de proposition d'aides aux patients directement incluses dans le questionnaire.
Etude : biais de sélection car les 2 cabinets qui ont servi étaient volontaires (pas de généralisation possible des propos recueillis auprès des professionnels) ; biais de sélection des patients qui n'étaient pas strictement consécutifs (ceux qui n'avaient pas le temps n'étaient pas inclus), probablement sans grand retentissement sur les résultats ; pas de preuve de l'efficience réelle et de la rentabilité d'un tel outil (en dépit des intérêts théoriques, des résultats encourageants, de la satisfaction globale des patients comme des médecins)
Acceptabilité :
Evaluée comme très bonne par les auteurs ++
Faisabilité :
Evaluée comme très bonne par les auteurs ++
Comme un témoignage à cette acceptabilité et faisabilité : poursuite de l'utilisation d'eCHAT dans les 2 cabinets ayant servi pour l'étude selon 2 modalités distinctes (traduisant l'appropriation du dispositif selon les besoins de chacun)

Traduction partielle de l'article :
Summary :
Les conduites à risque et les problèmes de santé mentale contribuent grandement à certaines maladies chroniques qui peuvent être considérées comme un fardeau par de nombreux patients et les soins primaires doivent être consacrés à l'amélioration de la santé de la population. L'idée était donc d'utiliser un outil permettant la détection puis la prise en charge précoce de ces facteurs, aussi bien en prévention primaire que secondaire. Le questionnaire CHAT, papier, a ainsi été développé (cf étude correspondante), évalué et validé. Les auteurs insistent sur le fait que dans ce questionnaire, il existe une question bien spécifique : « help-question » qui interroge les patients évalués s'ils veulent être aidés lors de la consultation à venir, ou plus tard. Par la suite, le questionnaire eCHAT (version électronique) a été développé puis testé pour être utilisé sur un kiosque à écran tactile dans la salle d'attente. Les avantages théoriques de cette version électronique sont, au-delà de l'intégration directe au dossier électronique, l'intégration plus facile de questionnaires complémentaires, en temps réel, en fonction des réponses du patient (ASSIST de l'OMS, PHQ-9, GAD7…). De plus, comme l'information est collectée, analysée et transférée au dossier automatiquement en temps réel et accessible au praticien directement, les auteurs décrivent cette méthode comme théoriquement efficiente, notamment par rapport au coût, permettant un gain de temps.
Les patients étaient satisfaits du procédé et du questionnaire avec très peu d'objections.
Pour aller plus loin en étant plus flexible, les auteurs ont voulu développer une version basée sur le web.

Méthode :
Etude à la fois quantitative et qualitative :
Les patients inclus ont été recrutés consécutivement dans 2 cabinets de médecine générale d'Auckland (NZ) entre 11/2011 et 02/2012. Il s'agissait de tous les patients de plus de 16 ans à l'exception de ceux ne parlant

pas anglais ou n'étant pas aptes à répondre aux questions (par exemple, les patients déments) ou ayant déjà participé à des études antérieures sur le CHAT ou l'eCHAT. Les patients qui acceptaient de participer s'auto-administraient le questionnaire sur iPad permettant une analyse statistique. Parallèlement, le staff des cabinets médicaux a été interrogé par des assistants de recherche qui ont retranscrit les entretiens, ensuite analysés par des chercheurs pour analyser ces entretiens semi-structurés et en identifier les thèmes.

Résultats :
Sur les 233 patients éligibles, 211 ont consenti à participer soit 91% et 196 ont à la fois complété l'eCHAT et fourni des commentaires sur l'outil (soit 84% de l'ensemble)
Parmi les résultats intéressants obtenus par l'eCHAT, on peut noter que les patients ont demandé une aide immédiate pour l'anxiété (9%), la dépression (7%), l'inactivité physique (6%), le tabagisme (5%). Requêtes que les médecins n'ont pas trouvé accablantes, notamment parce qu'aucun patient n'a demandé d'aide immédiate sur plus d'un sujet.
Les points positifs pointés par les patients étaient (table 4) :
La facilité d'utilisation, l'aide apportée au médecin et à la relation patient-médecin, l'utilisation utile du temps passé en salle d'attente, un bon moyen pour le patient de réfléchir sur lui-même, peut-être un meilleur retour d'informations au médecin que par l'interrogatoire direct, l'avantage de permettre un auto-dépistage avant la consultation et de permettre au médecin d'avoir des notions que le patient n'aurait pas apportées spontanément et ce, sans que le médecin ait à faire d'efforts.
Plus spécifiquement par rapport au questionnaire en lui-même : la diversité des thèmes abordés.
Les limites abordées par les patients étaient :
Par rapport au questionnaire en lui-même : questions limitantes, pas assez subtiles ; questionnaire invasif car ne concerne pas le motif de consultation du patient ; questionnaire trop étroit dans la diversité des thèmes abordés.
Par rapport à l'iPad : hygiène, fragilité
Par rapport à l'informatisation : inquiétude par rapport à la vie privée.
Les points positifs pointés par l'équipe de professionnels (table 6)
La facilité d'utilisation, le fait que le questionnaire soit intégré directement au dossier, le fait que les patients soient plus à même de se livrer et ainsi obtenir un meilleur un meilleur dépistage/connaissance de ses patients, l'utilisation efficiente du temps en salle d'attente puis en consultation.
Les limites abordées par l'équipe de professionnels
Appréhension par rapport à l'accès des compagnies d'assurance aux informations relevées, manque de proposition d'aides aux patients directement incluses dans le questionnaire.

Feasibility and Diagnostic Validity of the M-3 Checklist: A Brief, Self-Rated Screen for Depressive, Bipolar, Anxiety, and Post-Traumatic Stress Disorders in Primary Care
Bradley N. Gaynes ; Annals of Family Medicine ; 03/2010 ; USA
Pathologies psychiatriques : syndrome dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique (SSPT)
Déterminer les meilleurs seuils diagnostics pour identifier les maladies psychiatriques en soins primaires ; déterminer les caractéristiques psychométriques du M-3 dans une étude prospective de ces seuils diagnostiques ; évaluer la faisabilité de l'utilisation de ce questionnaire aussi bien du point de vue des patients que de celui des praticiens.
Dépister les 4 principales maladies psychiatriques rencontrées en soins primaires : syndrome dépressif, trouble bipolaire, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique (SSPT)
Permet de fournir des éléments pour aide au diagnostic
Papier-crayon, à remettre au médecin lors de la consultation.
Démarche d'analyse en 2 étapes :

- Les patients ayant répondu négativement à la question sur le suicide et n'ayant pas côté de question sur le retentissement à 2 ou plus et n'ayant pas côté 1 à plus d'un item sur le retentissement étaient dépistés négatifs
- Les autres patients étaient amenés à répondre à des questions supplémentaires plus précises (cf méthodologie)

Etude observationnelle transversale

Intérêts :
Démontré : valide, efficient et utilisable en pratique courante ; approprié au dépistage de pathologies spécifiques dans le spectre des troubles anxieux ou dépressifs ; approprié au dépistage global (permet de

réduire le nombre de patients non identifiés par rapport à d'autres outils ciblant une pathologie psychiatrique en particulier) ; intégration du dépistage du SSPT ce qui n'est le cas d'aucun autre outil de dépistage multiple. Regroupe en un questionnaire rapide l'équivalent de plusieurs questionnaires spécifiques avec des performances de dépistage similaires.
Discuté : bonne spécificité pour certains diagnostics ; intérêt de la démarche en 2 étapes (cf méthodologie) qui permet de cibler les patients pour lesquels une étude approfondie (qui reste courte : la 2ème étape) s'avère nécessaire ; peut permettre une aide au diagnostic en mettant en avant des symptômes peut-être méconnus du médecin ; peut aider le médecin à conduire un entretien structuré pour un patient qui nie le retentissement fonctionnel d'une maladie psychiatrique suspectée par le médecin ; facile à utiliser, bref et cliniquement utile (selon l'avis des médecins et des patients)
Etude : non décrit
Limites :
Questionnaire : analyse du questionnaire (cotation) par le médecin pourrait être réalisée par le patient lui-même ou automatiquement en cas d'utilisation d'un outil informatique.
Etude : biais de sélection possible à mettre en rapport avec le faible taux de participation (54%) à l'étude (les patients acceptant de participer pourraient être ceux qui ressentent plus ou moins les symptômes d'une maladie psychiatrique.) ; biais d'interprétation possible car le test de référence utilisé, le MINI, est bien validé, mais ne constitue pas pour autant une référence parfaite ; pas d'analyse sur l'intérêt pratique de l'outil : on ne sait pas s'il permet de promouvoir la discussion sur les maladies psychiatriques et d'améliorer leur gestion ; étude menée dans un seul cabinet donc pas forcément représentatif de la population générale.
Acceptabilité :
Décrite comme très bonne ++ par les auteurs, aussi bien du point de vue des patients que des médecins (à remettre en question du point de vue des patients car participation médiocre (54%)
Faisabilité :
Décrite comme très bonne ++ par les auteurs car questionnaire bien accepté, rapide, facile à mettre en oeuvre

Traduction partielle de l'article :

Summary :

La pathologie psychiatrique est commune en soins primaires, notamment les troubles anxieux et de l'humeur. Les médecins généralistes sont les plus confrontés à ce genre de patients et son à l'origine de la prescription de la majorité des anti-dépresseurs et des anxiolytiques. Le sous-diagnostic et les prescriptions inadaptées sont donc problématiques d'où le développement d'outils adaptés pour améliorer l'identification et donc la prise en charge de ces pathologies.
Seulement, les outils développés sont généralement centrés sur la dépression ou l'anxiété sans vraiment de guidage dans la gestion de la maladie. La plupart des outils ne sont pas capables de différencier la dépression simple de la dépression du trouble bipolaire ce qui peut conduire à un traitement inadapté. Ainsi, les patients bipolaires vus en soins primaires sont particulièrement à risque de recevoir un traitement inadapté.
Par ailleurs, la plupart des outils ne ciblent pas les troubles anxieux, notamment le SSPT qui n'est pourtant pas si rare. Et les outils qui ciblent les troubles anxieux ne ciblent généralement que ceux-ci, sans s'intéresser à d'éventuels troubles de l'humeur.
D'où le développement et le test du M-3 (My Mood Monitor)

Méthode :
La population étudiée correspondait à tous les patients, âgés de 18 ans ou plus, consultant dans le cabinet de médecine générale de l'université de Caroline du Nord entre 07/2007 et 02/2008
Le questionnaire a été créé par un groupe de cliniciens et chercheurs expérimentés dans le domaine des maladies mentales, spécialement à visée d'une utilisation en soins primaires : ainsi, le M-3 est un questionnaire en 27 items qui cherche à déterminer si les patients ont subi dans les 2 dernières semaines d'épisode dépressif majeur (7 questions), de trouble anxieux généralisé (2 questions), de phobie sociale (1 question), de SSPT (4 questions), de troubles obsessionnels compulsifs (3 questions). 4 questions sont ajoutées au 19 précédentes afin de rechercher des symptômes du trouble bipolaire (non plus sur les 2 dernières semaines mais sur toute la vie). Enfin 4 questions sont posées sur le retentissement fonctionnel. Chaque question peut-être cotée de 0 (pas du tout) à 4 (la plupart du temps). Le niveau de compréhension requis est un niveau 6ème. Chaque question non cotée se voyait attribuer un 0.
La référence pour le diagnostic est le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), un outil fiable et validé.
Les participants étaient approchés par un assistant de recherche qui n'approchait pas plus de 3 patients consécutifs par praticien afin d'éviter les biais de sélection. Afin d'éviter une surreprésentation de patients ayant des troubles psychiatriques, les participants potentiels devaient remplir une enquête de santé générale. Les participants remplissaient le M-3 avant la consultation, remettaient le questionnaire à l'infirmière du cabinet

qui joignait le questionnaire au reste du dossier. Le médecin avait pour consignes de revoir le questionnaire avec le patient et d'utiliser les informations comme il l'entendait.
Après la consultation, les médecins remplissaient un questionnaire sur la facilité d'utilisation et l'utilité du questionnaire et les participants faisaient de même, jugeant de la faisabilité du questionnaire.
A l'issue de la consultation, le MINI était administré par un professionnel spécialisé soit directement au cabinet, soit par téléphone dans un délai maximal de 30 jours afin d'établir le diagnostic et revoyaient ensuite les résultats avec un psychiatre, le tout en aveugle des résultats du M-3.
Les participants ne répondant pas au M-3 ou au MINI étaient exclus.
Le dépistage s'est d'abord basé sur les questions recherchant un retentissement fonctionnel puisque c'est ce qui caractérise toutes les maladies mentales d'après le DSM-IV et que l'objectif est notamment de ne pas d'avoir trop de faux-positifs ce qui aboutirait à une augmentation de la charge de travail des médecins et des prescriptions inadaptées. Ainsi, les patients ayant répondu négativement à la question sur le suicide et n'ayant pas côté de question sur le retentissement à 2 ou plus et n'ayant pas côté 1 à plus d'un item sur le retentissement étaient dépistés négatifs et l'analyse n'allait pas plus loin. Pour les autres, la cotation allait finalement de 0 à 2 (analyses de sensibilité et spécificité n'ont pas montré de différence en passant de 5 à 3 possibilités de cotation) : 0 : jamais et rarement, 1 : parfois, 2 : souvent et la plupart du temps.
Une analyse spécifique a permis d'étudier les meilleurs seuils en se basant sur l'analyse de 80% des patients qui ont ensuite été testés sur les 20% restants.

Résultats :
723 patients (54% des patients approchés) ont participé à l'étude. Les raisons principalement avancées pour justifier le refus étaient le désintérêt à répondre au questionnaire et l'anticipation de la difficulté à poser un RDV pour le suivi (données non chiffrées). Parmi les 723, 15 n'ont pas rempli le M3, 59 le MINI et 2 les deux ce qui laisse 647 participants analysables (les patients non analysés avaient les mêmes caractéristiques que les participants analysés). L'échantillon était représentatif de la population du cabinet et 54 des 55 médecins de ce centre ont accepté de participer.
Parmi les 647 participants analysables, 349 (53,9%) ont été éliminés à la première étape d'analyse du questionnaire dont 38 (10,9%) présentaient malgré tout des critères MINI pour une pathologie psychiatrique. Les 23 patients (6,6%) qui n'ont eu que des 0 à la première étape ne présentaient pas de critères MINI.
Parmi les 289 patients éligibles à la 2ème étape d'analyse du M-3, 186 (62,4%) ont présenté un diagnostic de pathologie psychiatrique au MINI. Ils étaient ainsi 6 fois plus à risque de présenter une pathologie psychiatrique que ceux n'étant pas éligibles pour la suite (62,4% vs 10,9% $p<0,001$)
En comparant les performances du M-3 avec le MINI, on observe :

- Pour le module dépression : Se 0,84, Sp 0,80 avec un ratio de vraisemblance à 4,19 (un patient dépisté positif pour la dépression à 4,19 x plus de risque qu'un patient dépisté négatif d'être dépressif selon les critères MINI)
- Pour le module trouble bipolaire : Se 0,88, Sp 0,70
- Pour le module anxiété : Se 0,82, Sp 0,78
- Pour le module SSPT : Se 0,88, Sp 0,76

Pour une analyse plus globale, en considérant que le dépistage est positif à partir du moment où un dépistage est positif (sans se soucier duquel), on obtient les données suivantes : 287 des 647 patients sont positifs (44%) avec une Se à 0,83 et une Sp à 0,76, un ratio de vraisemblance à 3,48 et un ratio de vraisemblance négative à 0,22. Ainsi, en dépistage général, le M-3 a une VPP à 0,65 et une VPN à 0,89 pour un trouble anxieux ou de l'humeur.
Faisabilité :
Du point de vue des participants : le M-3 a pris moins de 5 minutes à être rempli et moins de 1% ont rapporté ne pas avoir eu assez de temps pour le remplir. Environ 70% des patients ont rapporté avoir discuté avec leur médecin de leur ressenti ou de leur humeur parmi lesquels 70% l'ont fait pendant plus d'une minute.
63% des participants ont déclaré que le questionnaire les a aidés à en discuter avec leur médecin et ce chiffre s'élève à 75% si on ne considère que les patients chez qui le MINI a déterminé un diagnostic.
Du point de vue des praticiens : 83% des praticiens voyaient le M-3 en 30 secondes ou moins. Aucun ne l'a trouvé trop compliqué et 80% ont trouvé qu'il était utile pour étudier l'état émotionnel des participants.

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : Agreement between Clinical Impression and the SNAP-IV Screening Tool
José A. Alda ; Actas Espanolas de Psiquiatria ; 2013 ; Espagne
TDAH
Dépister le TDHA

Evaluer la corrélation entre l'impression clinique et le résultat obtenu par le questionnaire SNAP-IV
Papier-crayon
Etude transversale cas-témoins multicentrique

Intérêts :
Démontré : bonne concordance, sans différence statistique significative entre la CGI (Clinical Global Impression) et le SNAP-IV (p=0,33) ; bonne sensibilité (82,3%) et spécificité (82,4%) ; VPP faible mais excellente VPN (intérêt dans le cas d'un test de dépistage) ; les valeurs prédictives ont été calculées en fonction de plusieurs prévalences (celle-ci variant en fonction des études. La VPP était à 12,6%, 19,6%, 34,2% pour des prévalences respectivement fixées à 3%, 5% et 10%. La VPN était à 99,3%, 98,9%, 97,7% pour les mêmes prévalences que citées précédemment)
Discuté : amélioration de la probabilité de mise en œuvre d'un dépistage : 90% des médecins interrogés n'entreprennent le dépistage du TDHA que s'il paraît possible que le trouble existe et/ou si les symptômes rapportés suggèrent la présence du trouble. Seuls 7% d'entre eux dépistent le TDHA en routine chez tous les enfants de plus de 6 ans ; amélioration du nombre d'enfants diagnostiqués ainsi que du délai avant diagnostic en rapport avec le premier point ; gain de temps.
Etude : résultats en faveur de l'utilisation du SNAP IV ; reconnaissance par près de la moitié des médecins du besoin d'informations supplémentaires au de la prise en charge du TDHA, sur le traitement médicamenteux, des recommandations claires pour la gestion de la maladie et de tests de dépistage plus rapides et plus précoces.
Limites :
Questionnaire : aucune décrite par les auteurs ; bonnes performances diagnostiques mais par rapport à l'impression clinique seulement (cf limite de l'étude)
Etude : pas de confirmation du diagnostic par le gold standard : entretien structuré ou semi-structuré. Résultats de l'étude à mettre en pointillés (même si l'impression clinique a de la valeur puisqu'il s'agit dans l'étude de 1169 pédiatres avec en moyenne près de 20 ans d'expérience)
Acceptabilité :
Non discutée mais a priori bonne (+) puisque l'outil correspond à une demande de certains médecins ayant participé à l'étude
Faisabilité :
Non discutée, difficilement évaluable car peu de détails sur le temps nécessaire au remplissage, à l'analyse, sur les coûts induits (?)

Traduction partielle de l'article :
Summary :
Le TDAH est la maladie neuro-comportementale dont le début dans l'enfance est le plus fréquent et c'est l'une des maladies psychiatriques qui touchent le plus les enfants d'âge scolaire. C'est une maladie qui altère significativement la vie des enfants qui en sont atteints. Comme de nombreuses maladies psychiatriques, il n'y a pas de méthode simple et définitive de diagnostic du TDAH : c'est un diagnostic principalement clinique basé sur des entretiens avec le patient et sa famille ainsi que sur des informations fournies par la famille et l'école. C'est un processus qui peut être compliqué et chronophage et qui aboutit au sous-diagnostic de ce trouble. La prévalence du TDAH est difficile à évaluer compte-tenu des différentes pratiques diagnostiques existantes mais la classification la plus utilisée est celle du DSM-IV Certaines arrivent au résultat de 20% des enfants d'âge scolaire alors que d'autres, toujours basées sur le DSM-IV arrivent à « seulement » 5,29%. D'où l'idée de développer un outil de dépistage afin d'aider au processus de diagnostic. Le diagnostic précoce du TDAH est important puisqu'un retard dans son diagnostic, son évaluation et son traitement affectent négativement la qualité de vie et le développement de l'enfant avec souvent un retentissement jusqu'à l'âge adulte. Une étude a montré que le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic était en moyenne de 5,8 +/- 2,3 ans.

Méthode :
Le questionnaire SNAP-IV était rempli par les parents en salle d'attente avant leur consultation et les résultats comparés à l'impression clinique globale du pédiatre. Les médecins concernés étaient des pédiatres exerçant en Espagne au sein de cabinets ambulatoires, d'hôpitaux ou de centres de soins.
Le questionnaire SNAP-IV est une version révisée du SNAP (Swanson, Nolan and Pelham) en fonction du DSM-IV. Pour chaque item, le score va de 0 – non, pas du tout à 3 – beaucoup. La moyenne des scores est ensuite calculée permettant d'aboutir au score final.
L'impression clinique globale (Clinical global impression – CGI) est une échelle largement utilisée pour mesurer l'intensité des symptômes, la réponse au traitement, l'efficacité des traitements dans les études portant sur les patients atteints de maladie mentale. Cette échelle, bien que reconnue, est souvent décrite comme subjective car l'évaluateur doit se baser sur son expérience clinique pour évaluer son patient. L'échelle va de 1

– normal, pas malade du tout à 7- extrêmement malade. Dans l'étude, un score supérieur ou égal à 3 – un peu malade était considéré comme positif c'est-à-dire que l'enfant évalué était considéré comme atteint de TDAH. Chaque pédiatre devait inclure au moins 6 enfants de plus de 6 ans n'ayant pas déjà été diagnostiqués TDHA. Ils devaient ensuite les classer dans différentes cases : +/+ ; -/- ; -/+ ; +/-
Les pédiatres remplissaient aussi un auto-questionnaire pour juger de leur attitude par rapport au TDHA et une question ouverte : « pensez-vous avoir des informations adéquates pour traiter les enfants atteints de TDAH ».

Résultats :
Entre juin et novembre 2006, 1685 pédiatres de toute l'Espagne ont été invité à participer à cette étude : 16 ont refusé, 486 n'ont pas fourni les questionnaires rempli et 14 n'ont pas fourni les données agrégées des patients concernant la présence possible d'un TDHA. Au final, 1169 pédiatres ont fourni les résultats de 7263 enfants (la plupart, 84%, travaillaient en centre de soins).
La concordance était bonne avec un indice kappa à 0,6471. Dans 82% des cas, le SNAP-IV et la CGI étaient en accord sur la présence ou non du diagnostic de TDHA. Il y'avait 9% de +/- et 9 % de -/+. Il n'y avait pas de différence statistique significative entre la CGI et le SNAP-IV (p=0,33). La sensibilité du SNAP-IV était calculée à 82,3% et sa spécificité à 82,4%. Les valeurs prédictives ont été calculées en fonction de plusieurs prévalences (celle-ci variant en fonction des études. La VPP était à 12,6%, 19,6%, 34,2% pour des prévalences respectivement fixées à 3%, 5% et 10%. La VPN était à 99,3%, 98,9%, 97,7% pour les mêmes prévalences que citées précédemment.
Le questionnaire réservé aux praticiens révèle que 90% d'entre eux n'entreprennent le dépistage du TDHA que s'il paraît possible que le trouble existe et/ou si les symptômes rapportés suggèrent la présence du trouble. Seuls 7% d'entre eux, dépistent le TDHA en routine chez tous les enfants de plus de 6 ans.
47% d'entre eux ont déclaré toujours ou presque prescrire des médicaments alors que 23% ont déclaré ne jamais ou presque en prescrire. 99% d'entre eux ont déclaré adressé l'enfant à un spécialiste.
40% ont reconnu avoir besoin d'informations supplémentaires au sujet du traitement du TDHA, notamment des informations spécifiques concernant le traitement médicamenteux, des recommandations claires pour la gestion de la maladie et de tests de dépistage plus rapides et plus précoces.

Use of a single alcohol screening question to identify other drug use
Peter C. Smith ; Drug and Alcohol Dependance ; 06/2014 ; USA
Utilisation de drogues (ou mésusage de médicaments sur ordonnance) en évaluant la consommation d'alcool
Dépister l'utilisation de drogues (ou mésusage de médicaments sur ordonnance)
Evaluer l'intérêt de se servir de la question unique recommandée par le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism pour dépister l'usage d'autres drogues.
Question unique (cf A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care) : support non précisé : pas utilisé en salle d'attente mais extrapolation facile à envisager.

Intérêts :
Démontré : aucun car résultat de l'étude défavorable (question unique inadaptée pour le dépistage de l'usage de drogues)
Discuté : rapport de vraisemblance d'un dépistage positif pour la consommation à risque d'alcool est de 2 à 3 pour l'utilisation de drogues ou de troubles en rapport avec cet usage : les patients dépistés positifs par la question unique de dépistage de la consommation à risque d'alcool devraient être évalués par leurs médecins pour l'usage de drogues
Etude : non décrit
Limites :
Questionnaire : pas assez sensible ou spécifique pour le dépistage de l'usage d'autres drogues ou des troubles liés à l'usage de ces drogues dans un échantillon de patients de soins primaires.
Etude : utilisation du CIDI comme référence (ce qu'on peut remettre en question : autres résultats en utilisant autre référence ?)
Acceptabilité :
Non évaluée par les auteurs mais le questionnaire n'a pas été évalué dans l'étude dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles il serait utilisé ce qui ne permet pas l'analyse de ce point de vue
Faisabilité :
Non évaluée par les auteurs mais le questionnaire n'a pas été évalué dans l'étude dans les mêmes conditions que celles dans lesquelles il serait utilisé ce qui ne permet pas l'analyse de ce point de vue
Les auteurs rapportent qu'une question unique de dépistage portant sur consommation actuelle de drogues a été étudiée et montrait une sensibilité de 93% et une spécificité de 94%, ce qui en ferait le moyen le plus

efficace du dépistage de l'usage de drogues, quand indiqué. Reste à déterminer chez qui l'utiliser : chez les patients dépistés positifs pour la consommation à risque d'alcool ? Chez tout le monde ?

Traduction partielle de l'article :

Summary :

La consommation abusive d'alcool et l'usage de drogues sont communs en soins primaires et souvent sous-diagnostiqués. Il existe de nombreux tests de dépistage pour ces maladies, y compris des questions uniques de dépistage pour la consommation abusive d'alcool et pour d'autres drogues, qui ont toutes deux été validées en soins primaires. La USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) recommande le dépistage et l'intervention brève pour l'usage nocif d'alcool mais pas pour les autres drogues en partie parce que l'efficacité de l'intervention brève dans ces pathologies est incertaine.

Les personnes ayant des usages nocifs d'alcool sont plus à même que les autres d'utiliser des drogues ou de mésuser de médicaments psychoactifs sur prescription. D'où l'idée qu'un dépistage pour le mésusage d'alcool pourrait servir pour fournir des informations sur l'usage d'autres drogues et donc de dépister les 2 simultanément.

Méthode :

Etude basée sur une analyse secondaire de données collectées dans le cadre d'une étude réalisée pour déterminer la validité de questions de dépistages uniques pour la consommation d'alcool et de drogues en soins primaires.

Cf étude : A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care

Résultats :

Concernant le recrutement et les caractéristiques de la population : Cf étude : A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care

La question unique de dépistage avec un cut-off fixé à une fois ou plus (la valeur considérée comme positive pour le dépistage en rapport avec l'alcool) avait une Se à 67% (IC entre 50,2 et 82%) et une Sp à 64,7% (IC entre 58,4 et 70,6%) pour la détection de trouble actuel de consommation de drogues. Une Se un peu moindre à 62,6% (IC 52,3 – 72,2%) et une Sp un peu supérieure à 72,7% (IC 65,8 - 79%) pour la détection de consommation actuelle de drogues (sans trouble). Si les résultats de test salivaires étaient pris en compte, la Se était inférieure 58,8% et la Sp supérieure 80,3%.

Access to chronic disease care in general practive the acceptability of implementing systematic waiting-room screening using computer-based patient-reported risk status

Christine L. Paul ; British Journal of General Practice ; 09/2013 ; Australie

Etude observationnelle transversale

Prise en compte des maladies chroniques en médecine générale

Objectif du questionnaire variable en fonction des sous-études comprises dans l'étude

Explorer les perceptions des médecins généralistes et des patients concernant l'acceptabilité d'utiliser des ordinateurs à écran tactile en salle d'attente pour collecter des données de dépistage liés à la santé. Plus précisément pour le patient, sa « consommation » du système (taux de réponse), le temps de complétion et la perception de facilité de complétion. Et du point de vue du médecin, la perception de la future implémentation.

Ordinateur à écran tactile

Intérêts :

Démontré : acceptable par les patients comme par les médecins et faisable avec : taux élevé de patients ayant déclaré la technique facile à utiliser ; bien perçue par les médecins qui l'ont trouvée bien perçue par les patients, sans gêner le fonctionnement du cabinet ; bien adaptée au temps passé en salle d'attente par les patients.

Discuté : précision reconnue des données recueillies par cette méthode dans certains domaines donc acceptable pour une utilisation par le médecin généraliste en médecine préventive ; première étape dans une démarche de dépistage ou de diagnostic pour des maladies plus complexes ; gain de temps (car le temps utilisé par le patient correspond à un temps qui est sinon "perdu" en salle d'attente et à prendre par le médecin en consultation alors que celui-ci ne peut souvent pas se permettre de prendre ce temps ce qui aboutit à un mauvais recueil de ces informations voire à l'absence de recueil et donc à de mauvaises conditions pour faire de la bonne médecine préventive)

Etude : une des rares études étudiant l'acceptabilité et la faisabilité de cette approche au potentiel intéressant.

Limites :

Questionnaire/méthode

- Sous-représentation des patients qui ne consultent pas fréquemment
- Risque de vol du matériel et problème d'hygiène possible (dans l'étude, assistant de recherche était présent dans la salle d'attente pour s'assurer que les ordinateurs n'étaient pas volés et les ordinateurs étaient nettoyés avec des lingettes entre chaque utilisation)

Etude : Possible surestimation de l'acceptabilité par 2 biais :

- De sélection car les patients et les médecins ayant accepté de participer sont plus à même d'avoir un avis positif sur la méthode
- De déclaration par "désirabilité sociale" : les patients, pour se montrer sympathiques, se montrent favorables avec le sujet d'étude

Acceptabilité :

Evaluée comme bonne par les auteurs ++ en prenant en compte les biais mentionnés ci-dessus

Seuls des ajustements minimes seraient nécessaires pour un petit groupe de patients pour que l'acceptabilité soit entière.

Faisabilité :

Evaluée comme bonne par les auteurs ++ en prenant en compte les limites évoquées ci-dessus

Traduction partielle de l'article :

Summary :

Les maladies chroniques sont les principales causes de morbidité et mortalité, de manière internationale. La diminution de leur impact demande des améliorations dans la prévention et la détection précoce.

La médecine générale est la clé pour améliorer la prévention de manière systématique puisqu'une large proportion des patients consultent régulièrement leur médecin généraliste et qu'à la fois les patients et les médecins généralistes considèrent que la prévention est une partie importante de la médecine générale.

Pourtant, en pratique, les recommandations concernant la médecine préventive ne sont pas systématiquement appliquées en médecine générale. Les auteurs s'appuient sur des chiffres bien précis issus d'études antérieures pour étayer leur propos : moins de la moitié des patients de médecine générale sont dépistés de manière appropriée pour le risque cardiovasculaire ; seulement 62% des femmes éligibles reçoivent des conseils concernant les mammographies de la part de leur médecin généraliste.

Les limites à l'application des recommandations de médecine préventive sont essentiellement le manque de temps mais aussi a minima, le manque de personnel et le manque de rétribution financière.

Les options électroniques pour la gestion préventive des risques se sont considérablement développées et ont montré qu'elles amélioraient la médecine préventive. La collecte électronique des données en salle d'attente est sous-exploitée et pourrait permettre, en la réalisant de manière routinière d'identifier et prioriser les besoins de prévention en complément de la consultation pour laquelle le patient vient.

Les patients pourraient préférer les méthodes électroniques de collecte de données et les patients sont d'accord pour dire que la collecte électronique de données personnelles avant la consultation permettra une meilleure focalisation sur les problèmes de médecine préventive.

Les médecins généralistes ont évalué la collecte électronique de données comme utile pour identifier le statut des patients vis-à-vis de certains comportements de santé comme le tabagisme, la consommation d'alcool et d'autres.

De plus, des études pilotes ont démontré le potentiel des options électroniques pour identifier le risque du patient et générer des recommandations de gestion.

Un aspect clé du succès de cette approche est son acceptabilité par ses utilisateurs, qui n'a que peu été étudiée.

L'implémentation systématique d'une collecte électronique de données requiert 3 éléments clés du point de vue du patient :

- Une proportion élevée de patients doit accepter de compléter les items pertinents, en nombre suffisant en attendant la consultation
- La collecte de données doit être facile d'accès
- Les patients doivent accepter que les réponses données deviennent une partie de leur dossier médical et accepter de poursuivre ce procédé pour de futures consultations.

Du point de vue du médecin, il faut que :

- L'approche en question n'augmente pas trop la charge de travail et soit facilement intégrable à la pratique

Méthode :

Cf référence 24 pour détails sur le recrutement

12 cabinets de médecine générale en Australie ont participé à l'étude. Il fallait pour être éligible avoir l'équivalent de 2 médecins généralistes à temps plein.

Les patients éligibles à l'étude étaient les patients se présentant pour une consultation de médecine générale âgés de 18 ans ou plus, comprenant l'anglais et capables de fournir un consentement.

Les patients éligibles consécutifs étaient approchés par un assistant de rechercher pour participer à l'étude. Les items concernant l'acceptabilité étaient complétés par un sous-échantillon.
3 études différentes ont été menées : la première portant sur l'acceptabilité et la dépression (1172 patients), la seconde sur la prise de décision pour la réalisation d'une mammographie/recherche d'un antigène spécifique (1288 patientes), la troisième sur les pratiques de gestion du poids (1620 patients)
Différentes enquêtes ont eu lieu au cours de cette étude :
Enquête sur l'acceptabilité selon les médecins portant sur :

- La possibilité d'implémentation à la pratique quotidienne
- L'acceptabilité de collecter les données du patient avant la consultation de cette façon
- L'acceptabilité des patients selon leur perception
- La perturbation causée dans la salle d'attente
- L'augmentation de la charge de travail du personnel
- L'augmentation du temps d'attente des patients

Enquête sur le taux de réponses et le temps mis pour remplir le questionnaire
Enquête sur les données démographiques utiles à l'interprétation des réponses
Enquête sur la santé du patient : elle était variable en fonction des données démographiques :
Tous complétaient les items portant sur leurs antécédents, leur état de santé actuel, les soins récents en rapport avec la dépression, l'HTA, le cholestérol, les pathologies cardiaques, le diabète, les AVC, les cancer, les douleurs chroniques. La dépression était évaluée par le PHQ-9. Ensuite, en fonction des données démographiques et sur les antécédents, les patients répondaient à des items portant par exemple sur le dernier dépistage pour le cancer du colon, le cancer du col de l'utérus, le mélanome, le cancer du sein. Les items portant sur les facteurs de risque en rapport avec le mode de vie utilisaient des outils validés. Les facteurs de risque métaboliques et l'IMC étaient auto-rapportés par le patient.
Enquête sur l'acceptabilité par les patients (entièrement d'accord, d'accord, incertain, pas d'accord, en désaccord complet)

- Les instructions de l'étude étaient-elles faciles à suivre
- Les questions étaient-elles faciles à répondre
- L'écran tactile était-il facile à utiliser
- Y avait-il assez de temps pour répondre avant la consultation
- Se sont-ils sentis à l'aise pour répondre aux questions

Et deux questions supplémentaires :

- Serait-il content que son médecin ait une copie des réponses pour le dossier médical
- A quelle fréquence seraient-ils prêts à à remplir ce genre d'enquêtes sur écran tactile (une fois seulement, moins de la moitié des visites, plus de la moitié des visites, à chaque visite)

Résultats :
12 des 48 cabinets approchés ont participé (25% de consentement). Tous étaient localisés en zone urbaine.
Dans les cabinets participants, 51 des 68 médecins ont accepté de participer (75% de consentement) *Parmi ceux-là, 63% étaient des hommes, 57% avaient plus de 50 ans, 51% ont travaillé en médecine générale pendant plus de 20 ans, 63% travaillaient 8 demi-journées ou plus par semaine.*
Parmi ces 51 médecins, 30 (soit 59%) ont complété l'enquête sur l'acceptabilité. Parmi ceux-ci :

- 7 (23%) ont déclaré que le procédé augmentait le temps d'attente des patients
- 7 (23%) ont déclaré que cela augmentait la charge de travail du personnel
- 2 (7%) ont déclaré que c'était perturbant dans la salle d'attente
- 25 (83%) ont déclaré que le procédé était bien accueilli par les patients

22 (73%) ont déclaré que le procédé pourrait être implémenté dans la pratique quotidienne
26 (87%) ont déclaré qu'il s'agissait d'un moyen acceptable de recueillir des données
5667 patients ont été approchés. 17% n'étaient pas éligibles (3% ne parlaient pas anglais, 43% avaient moins de 18 ans, 11% étaient incapables de participer pour des raisons visuelles ou de maladie, 3% parce qu'ils rendaient visite à un autre professionnel dans le cabinet, 40% pour des raisons autres, notamment parce qu'ils avaient déjà participé). Sur les 4705 patients éligibles, 4058 (86%) ont accepté de participer.
Le temps de complétion était disponible pour 2992 patients (74%) :
Il était de moins de 15 minutes pour 89% des patients (avec 58% des patients en dessous de 10 minutes), sans différence entre les différentes catégories d'âge, de sexe, d'éducation ou de prise en charge par l'assurance, que le patient soit déjà venu, que le motif de consultation soit un problème nouveau ou pas.
Sur les 596 patients ayant complété le module sur l'acceptabilité, 593 ont rapporté avoir eu suffisamment de temps pour répondre à l'enquête en attendant leur RDV.
Pour chaque item portant sur la facilité d'utilisation, les réponses étaient franchement positives (>95% à chaque fois sauf, chez les plus de 60 ans sur la facilité d'utilisation de l'écran tactile avec « seulement » 94%)

77% des patients seraient prêts à faire conserver les données acquises dans leur dossier médical (8% sont incertains) avec une meilleure acceptation par les patients de plus de 60 ans.
Plus de 60% seraient prêts à participer à ce genre de procédures à chaque future consultation.

Trial of Computerized Screening for Adolescent Behavorial Concerns
Jack Stevens ; Pediatrics ; 06/2008 ; USA
Troubles du comportement chez l'adolescent
Identifier les problèmes de comportement fréquents de l'adolescent
Démontrer que l'utilisation d'un dépistage informatisé avec impression des résultats en temps réel permet d'améliorer l'identification des problèmes de comportement fréquents de l'adolescent.
Sur tablette (écran tactile) : questionnaire agrégeant plusieurs questionnaires avec questions variant en fonction des réponses déjà données (cf méthode)
Essai randomisé, contrôlé, en ouvert.

Intérêts :
Démontrés : fournir au médecin immédiatement avant la consultation les résultats de l'auto-questionnaire permet d'améliorer sa reconnaissance des problèmes de comportement de l'adolescent.
Discuté : un dépistage standardisé portant sur les comportements est réalisable dans les cabinets pédiatriques de soins primaires à travers des systèmes informatiques ; temps pour remplir le questionnaire suffisamment faible pour que la plupart des sujets aient pu le remplir avant de voir leur médecin ; intérêt de la réalisation en soins primaires car une grande majorité des jeunes, assurés ou non sont vus au moins 1 fois par an dans ces cabinets et car les familles rapportent souvent se sentir plus à l'aise pour discuter de tels problèmes avec les soignants de soins primaires plutôt qu'avec d'autres professionnels.
Etude : première étude démontrant en essai contrôlé l'intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaire avec résultats immédiats
Limites :
Questionnaire : difficultés d'interprétation des résultats (résumé sur une page) par les médecins ? (environ 1 adolescent sur 3 du groupe résultats immédiats dépisté positif par le questionnaire n'était pas rapporté comme ayant un dépistage positif par le médecin. Parce qu'il n'a pas vu le résultat ? Parce qu'il a jugé que le problème rapporté n'était pas assez sévère pour qu'il le rapporte lui-même ? Parce que le jeune a contesté ou modifié sa réponse une fois face à son médecin ?) ; faisabilité douteuse car dans la plupart des cas, les secrétaires étaient trop occupées pour distribuer la tablette eTouch (la majorité des jeunes ont été recrutés par les assistants de recherche) ; temps pour remplir le questionnaire trop important ? (12,5 minutes temps médian)
Etude : probable sous-estimation de l'importance de l'utilisation du questionnaire car dans les 2 groupes, les adolescents répondent au questionnaire. L'étude recherche la différence de prise de reconnaissance par le médecin mais on peut imaginer que puisqu'ils viennent de répondre à ce questionnaire, les adolescents peuvent avoir envie de faire part des résultats ou au moins de discuter des sujets abordés avec leur médecin traitant sans que ceux-ci disposent pour autant du questionnaire (groupe résultat différé). Ainsi, la prévalence de reconnaissance par le médecin de reconnaissance de problèmes de comportement dans ce groupe est possiblement supérieure à la reconnaissance du médecin si l'adolescent n'avait pas été confronté à ce genre d'auto-questionnaire ; sans parler des documents rappelant aux médecins de rechercher plusieurs problèmes de comportement qui ne sont pas présents dans tous les cabinets ; absence de résultats portant sur l'aboutissement de cette augmentation de reconnaissance (induit-elle une meilleure prise en charge ?) ; pas de comparaison de méthode contre le standard papier-crayon pour déterminer si le mode informatisé permet réellement une amélioration de la reconnaissance ; pas d'évaluation des coûts induits par cette méthode ; résultats biaisés concernant la faisabilité car les auteurs estiment que ce qui prenait le plus de temps était d'obtenir le consentement du patient ou de son référent, ce qui n'est pas le cas en conditions réelles, hors étude ; de plus, les secrétaires ne se sont peut-être pas investies à fond étant donné qu'il s'agissait pour elle d'une tâche liée à de la recherche et non une mission de leur travail.
Acceptabilité :
Non décrite, ni évaluée par les auteurs mais théoriquement bonne car l'utilisation de l'outil informatique est décrit comme mieux acceptée par les patients et mieux optimisé pour les soignants (réduction de la charge de travail par rapport aux questionnaires papier-crayon)
Faisabilité :
Evaluée par les auteurs comme bonne (+) car d'un côté, nombre d'enfants évalué important mais en même temps, quelques limites (en rapport avec protocole de recherche qui fait que l'analyse est un peu biaisée (cf limites)

Traduction partielle de l'article :

Summary :

3 troubles du comportement sont parmi les problèmes de santé les plus importants chez l'adolescent : le risque de blessure, les symptômes dépressifs, l'usage de drogues. L'American Academy of Pediatrics recommande le dépistage de routine pour ces problèmes de comportement car ils sont particulièrement fréquents chez les adolescents.

Néanmoins, ce dépistage n'est que rarement fait en grande partie pour des raisons logistiques : le temps requis pour distribuer, coter, trier le questionnaire classique « papier-crayon » et tout le travail autre que doit fournir le médecin au cours de consultations souvent nécessairement brèves. Ainsi, les médecins reconnaissent à peine la moitié des jeunes dont les parents rapportent des symptômes de ce genre.

Les avancées technologiques récentes pourraient permettre de dépasser ces barrières : les données fournies directement par les patients, la cotation automatique, l'impression automatique sont autant de procédés qui ne nécessiteraient plus le temps précieux du personnel du cabinet. Les algorithmes informatiques peuvent permettre de sélectionner les questions particulières adaptées aux patients en fonction de leur âge et de leurs réponses précédentes. De plus, les adultes et les adolescents sont plus disposés à délivrer des données sensibles à un ordinateur qu'à une personne, notamment quand il s'agit d'un médecin avec qui ils ont une relation ancienne.

Même si quelques études ont été réalisées en faveur de la faisabilité d'un dépistage informatisé pour identifier les problèmes de comportement en pédiatrie, aucune n'a utilisé une méthodologie avec randomisation.

Méthode :

Le Health eTouch system, une application basée sur l'internet qui collecte les données auto-rapportées par les patients, a été implémenté dans 9 cabinets urbains de soins primaires. 8 ont été retenus (volume de patients, statut des patients vis-à-vis de l'assurance) et randomisés en bloc à l'une des 2 conditions de retour c'est-à-dire avec résultats immédiats ou résultats différés. Le 9ème cabinet, qui s'est rendu disponible au cours de l'étude a été assigné de manière randomisée à la première catégorie.

Ainsi, sur 5 sites, les résultats des patients étaient imprimés et le résumé sur une page était fourni au médecin juste avant la consultation (résultats immédiats) alors que dans les 4 autres, le médecin n'avait accès à ces résultats que 2 à 3 jours ouvrables après (résultats différés)

Les résumés étaient identiques dans les 2 cas et mettaient en valeur les dépistages positifs et les numéros des personnes appropriées à qui adresser les patients. Une exception avait lieu pour les jeunes rapportant des idées suicidaires, dont les résultats étaient systématiquement transmis immédiatement au cas où une intervention urgente était requise.

Les sujets inclus étaient les sujets âgés de 11 à 20 ans (accompagnés d'un adulte s'ils avaient moins de 18 ans). Ils étaient invités à participer à l'étude soit par un membre du cabinet soit par un membre de l'équipe de recherche. Le taux de recrutement par le personnel du cabinet n'est pas connu car ceux-ci n'ont pas eu le temps de rapporter les approches infructueuses. Il allait de 60 à 95% pour les 3 assistants de recherche.

Une fois le consentement obtenu, les adolescents remplissaient le questionnaire dans la salle d'attente ou ailleurs dans le cabinet s'ils étaient appelés dans le bureau d'examen avant d'avoir pu finir.

Les questions sont présentées une à une, en nombre variable en fonction de l'âge et des réponses données (allant de 45 à 101). Le temps médian pour compléter le questionnaire était de 12.5 minutes.

Les questions étaient basées sur des références :

- Concernant le risque de blessure, les questions étaient adaptées à l'âge et basées sur le Youth Risk Behavior Survey
- Concernant les symptômes dépressifs, ils étaient évalués le CES-DC (Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children), un outil de dépistage en 20 items.
- L'idéation suicidaire était évaluée à partir d'une seule question issue du PHQ (Patient Health Questionnaire) : « Y a-t-il un moment dans l'année passée où vous avez eu des pensées sérieuses à propos de mettre fin à votre vie ? »
- L'usage de substances était évalué grâce à des items issus du CASI-A (Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents). En fonction des réponses, des questions plus précises étaient posées notamment concernant la fréquence d'usage et la recherche d'autres substances que celles recherchées initialement (tabac, alcool, marijuana, substances inhalées). De plus, pour ceux rapportant un usage d'alcool et de marijuana, des questions supplémentaires (basées sur les items de retentissement du CASI-A) étaient posées concernant les conséquences de cette consommation

Le questionnaire du médecin était soumis après chaque consultation (de la même façon dans les 2 groupes). Ce questionnaire, basé sur la Child Behavior Study, permettait aux médecins de rapporter leur perception clinique concernant le jeune qu'il venait de voir en consultation (la reconnaissance d'un cas était positive si le médecin cochait plus d'un (sur 3) item rapportant que le jeune avait :

- Un problème mental ou psychosocial

- Un risque modéré ou élevé de blessure
- Un usage d'alcool, de tabac ou d'autres substances.

La question primaire de l'étude était : le fait de fournir aux médecins les résultats du dépistage immédiatement avant la consultation améliore-t-il leur reconnaissance des problèmes de comportement ? Pour tester cette hypothèse, les auteurs ont restreint l'échantillon aux jeunes ayant coché un item au questionnaire.

Résultats :

491 ont répondu sur les sites de réponse immédiate et 387 sur les sites de réponse différée entre le 01/06/2005 et le 20/02/2006. L'âge moyen des participants était de 13.9 ans. 499 étaient noirs, 312, blancs, 33, hispaniques et 34 d'ethnie indéterminée.

Sur la base des 3 critères principaux : risque de blessure, symptômes dépressifs cliniquement significatifs et usage de substances dans les 30 jours passés, 520 des 878 répondants (59%) ont été dépistés positifs. Les données d'un des sites n'ont pas été prises en comptes dans l'analyse car l'échantillon était trop faible : au final, dans les 8 sites restants, 509 ont été dépistés positifs.

D'après le questionnaire des médecins, ceux-ci ont perçu un problème de comportement chez 473 de ces 509 jeunes (93%).

- 361 jeunes (41%) étaient au-delà du seuil (> 1) pour le risque de blessure
- Devant un nombre très important de jeunes dépistés positifs pour les symptômes dépressifs (135 des 261 premiers jeunes ayant répondu), les auteurs ont déplacé le seuil de positivité du CES-DC de 16 à 35 ce qui ne reflètent plus que les jeune ayant des symptômes de dépression modérée ou sévère. 64 des 617 jeunes restants (10%) qui ont répondu au CES-DC étaient dépistés positifs. Sur l'ensemble de la période d'étude, 199 jeune (23%) ont déclaré des niveaux significatifs de dépression.
- Sur les 854 jeunes ayant répondu à la question sur l'idéation suicidaire, 127 (15%) ont déclaré avoir eu des pensées sérieuses à ce sujet au cours du mois passé.
- Sur les 827 jeunes ayant répondu aux questions sur l'usage de substance, 138 (16%) ont été dépistés positifs.

65% des jeunes ayant des problèmes de comportement (170 sur 262) dans les sites avec résultats immédiats ont été reconnus par leur médecin traitant alors qu'ils étaient 60% (126 sur 211) dans les sites avec résultats différés. La différence n'était pas statistiquement significative, mais presque : OR ajusté à 1.573 avec IC 95% entre 0.99 et 2.51, p=0.058.

Néanmoins, 29% des jeunes avec des problèmes de comportement dans les sites à résultats différés ont déclaré avoir une idéation suicidaire. Ces résultats étaient immédiatement communiqués à leur médecin traitant. Une analyse différente a donc été menée, cette fois-ci pas en intention de traiter, dans laquelle tous les jeunes ayant déclaré avoir une idéation suicidaire étaient placés dans le groupe résultats immédiats. Dans cette analyse, 68% des jeunes (211 sur 310) du groupe résultat immédiat étaient reconnus versus 52% (85 sur 163) dans le groupe résultat différé avec cette fois-ci une différence statistiquement significative avec aOR à 2.94, IC 95% entre 1.81 et 4.76, p<0.001.

Une autre analyse a été menée, ne prenant pas en compte les jeunes ayant déclaré avoir une idéation suicidaire. Dans celle-ci, on obtient 63% (130 sur 208) versus 53% (83 sur 156) avec à nouveau une différence significative : aOR à 2.12, IC 95% entre 1.24 et 3.63, p<0.01.

Concernant les domaines spécifiques :

- Sur le risque de blessure, seule l'analyse n°2 « as treated » a montré une différence significative entre les groupes résultats immédiats et résultats différés (aOR 2.22 IC 95% 1.23-4.02 p<0.01)
- Sur l'usage de substances, seule l'analyse n°1, en intention de traiter, a montré une différence significative (aOR 2.95, IC 95% 1.11-7.87 p<0.05)

Aucun effet indésirable lié au remplissage du questionnaire n'a été rapporté.

Self-administered Questionnaire for Structured Psychosocial Screening in Pediatrics.

Kathi J. Kemper ; Pediatrics ; 03/1992 ; USA

Facteurs de risque psychosociaux en pédiatrie

Dépister les facteurs de risque psychosociaux en pédiatrie

Evaluer la faisabilité de rechercher les problèmes psychosociaux aussi bien que médicaux grâce à un auto-questionnaire donné aux parents et évaluer la quantité d'informations qu'un tel questionnaire permet de recueillir par rapport à la pratique habituelle.

Questionnaire papier-crayon (données non analysées par le médecin lors de la consultation)

Intérêts :

Démontré : faisabilité même dans un cabinet de ville très fréquenté

Discuté : acceptabilité correcte, même concernant les questions sensibles ; meilleure précision probable des données recueillies via l'utilisation du questionnaire que celles retrouvées dans le dossier médical ; moyen moins coûteux et moins consommateur de temps que des entretiens diagnostiques.
Etude : non décrit
Limites :
Questionnaire : absence de systématisation du questionnaire : distribution et collecte dépendent de la charge de travail des secrétaires : toutes les mères n'ont pas retourné le questionnaire sans grande différence entre celles qui le faisaient et celles qui ne le faisaient pas (seuls le statut marital et l'ethnie entraient en compte)
Conséquences dangereuses possibles de ces questionnaires : les faux négatifs pourraient décourager les médecins à rechercher par eux-mêmes et empêcher l'identification d'enfants vraiment à risque ; les faux positifs pourraient engendrer des attitudes punitives de la part des soignants ; certains parents trouvant les questions offensantes pourraient très bien quitter le cabinet pour aller chercher du soin ailleurs ou même ne plus en chercher (même si les parents initialement suspicieux ou résistants sont le plus souvent rassurés quand on leur explique que leurs réponses sont confidentielles, qu'elles sont utiles pour une bonne prise en charge de l'enfant et qu'elles ne sont pas obligatoires)
Etude : monocentrique donc pas forcément représentatif de ce qui pourrait se passer dans d'autres centres.
Acceptabilité :
Evaluée comme bonne (+) par les auteurs
Faisabilité :
Décrite comme très bonne ++ par les auteurs

Traduction partielle de l'article :

Summary :
Un principe majeur de la pédiatrie moderne est que la santé d'un enfant est profondément influencée par des facteurs psychosociaux familiaux et communautaires. Les pédiatres sont en excellente position pour évaluer ces différents facteurs et il leur est demandé de le faire par l'American Academy of Pediatrics.
Cependant, l'évaluation psychopathologique des enfants est incompatible avec la pratique quotidienne et l'évaluation des facteurs de risque parentaux paraît encore plus compliquée. Si l'importance du dépistage est évidente, surtout dans certaines situations, l'évaluation pourrait être entravée par le manque d'expérience, le manque de temps, de connaissance et d'outils pour évaluer de manière efficace les problèmes psychosociaux.
Les questions posées étaient les suivantes :
- Quelle proportion de mères répondrait à des questions sensibles à propos de facteurs psychosociaux sur un questionnaire à l'occasion d'une consultation pour leur enfant ?
- Les réponses fournies sur ce questionnaire ajouteraient-elles des informations importantes à ce qui était déjà connu à travers les antécédents et les informations compilées dans le dossier médical ?

Constatant que tous les parents ne retournaient pas le questionnaire, une troisième question a émergé : les mères qui ont complété totalement ou partiellement le questionnaire sont-elles différentes des mères ne l'ayant pas fait ?

Méthode :
Les sujets éligibles étaient les mères d'enfant capables de lire et parler anglais. Les questionnaires remplis par les pères ou autres responsables ont été éliminés. La réceptionniste remettait le questionnaire aux mères au moment où elles se présentaient avec leur enfant que ce soit pour une consultation programmée ou pour une maladie aigüe. La réceptionniste récupérait ensuite les questionnaires qu'elle mettait sous enveloppe (et non dans le dossier) pour une évaluation ultérieure sans que les médecins sachent quels parents avaient rempli les questionnaires ou leurs réponses.
En plus de questions « standards » portant sur la santé en général (traitements, allergies…), le questionnaire contenait des items sur des facteurs démographiques ou des comportements de santé :
Les questions portant sur l'abus d'alcool ou de substance étaient dérivées d'instruments standards (par exemple le Cyr and Wartman's two-item test et une question issue du CAGE)
3 questionnaires brefs et standardisés étaient utilisés pour évaluer les caractéristiques psychosociales de la mère : le 8-item Screening Instrument for Depression, le 10-item Rosenberg Self-esteem Inventory et la version 3-items du Social Support Questionnaire
La violence domestique était dépistée par une question : « y a-t-il à la maison des adultes qui frappent, mettent des claques, mordent ou grattent quand ils sont énervés ?»
Si la mère rapportait vivre avec des amis, de la famille étendue ou vivre dans un abri ou avoir déménagé 2 fois ou plus dans l'année passée, le logement était jugé instable.
Le questionnaire recherchait aussi des antécédents parentaux d'abus subis dans l'enfance.
Une étude pilote indiquait que les mères étaient capables de comprendre ce questionnaire et de compléter les 2 pages en moins de 10 minutes.

Pour évaluer les différences entre les répondeurs et les non-répondeurs, les dossiers médicaux des enfants étaient comparés en se basant sur des facteurs démographiques et des facteurs de risque psychosociaux que l'on peut y retrouver.

Résultats :
Les questionnaires ont été rempli par 114 mères pendant la période d'étude de 2 mois.
Dans toutes les catégories, les mères ont répondu aux items plus fréquemment que ce qui était retrouvé dans le dossier (par exemple : abus de drogue, d'alcool, dépression maternelle, niveau d'estime personnelle, soutien social…) a fortiori concernant des items sensibles (revenus, violences domestiques). 18% des mères n'ont pas répondu aux items de la 2nde page portant sur la dépression maternelle, l'estime de soi, le soutien social. 70% des mères ont répondu aux questions portant sur leur propre histoire d'abus.
Au total, le questionnaire a identifié plus d'enfants avec des facteurs pour un potentiel risque psychosocial que le dossier médical (40 sur 114) mais en a raté 7 sur 114 qui étaient identifiables grâce au dossier médical ce qui traduit un mauvais compte-rendu des mères dans le questionnaire. Par exemple, le dossier a identifié 27 mères ayant un problème d'abus de substance que n'avait pas identifiées le questionnaire.
La comparaison des répondeuses et non-répondeuses a montré qu'elles étaient similaires par rapport à l'âge maternelle, l'éducation, et la fréquence avec laquelle les abus de substance, la violence domestique, le recours aux services de protection de l'enfance ou les problèmes de logement étaient relatés dans le dossier. Les non-répondeuses étaient plus souvent mariées et non-caucasiennes.

The Role of The General Health Questionnaire in General Practice Consultations
Smith P. ; British Journal of General Practice ; Ecosse ; 09/1998
Détresse émotionnelle
Dépistage de la détresse émotionnelle
Déterminer l'application pratique du GHQ durant une consultation de routine et évaluer son effet sur la reconnaissance d'une détresse émotionnelle
Questionnaire papier-crayon
Essai randomisé contrôlé

Intérêts :
Démontré : permet de faciliter l'identification des patients en détresse émotionnelle
Discuté : bonne acceptabilité par les patients ; sans charge de travail supplémentaire pour le personnel du cabinet ; augmentation du suivi à l'initiative du patient chez ceux appartenant au groupe expérimental par rapport à ceux du groupe contrôle ; déjà démontré par des études antérieures : bien validé pour une utilisation en médecine générale, court, rapide à renseigner et score facile à établir durant la consultation.
Etude : démonstration des limites du questionnaire qui est donc à adapter.
Limites :
Questionnaire : pas de prise en compte de la dimension "longitudinale", c'est-à-dire dans le temps, de ce genre de diagnostic ; pas de différence significative en terme de gestion des patients en fonction des 2 groupes du point de vue des médecins ; la validité peut être remise en cause car si le questionnaire permet d'augmenter le diagnostic de détresse émotionnelle par le médecin traitant, il n'y a aucune vérification du diagnostic par un entretien psychiatrique standardisé ; acceptabilité dans le temps ? (notamment si les patients sont GHQ + (dépistage positif) et que le médecin traitant ne le "reconnait" pas) ; augmentation du niveau de stress de certains médecins quand ils avaient connaissance du résultat positif du dépistage ; augmentation de la durée de consultation dans le groupe expérimental quand les patients étaient dépistés positifs par le questionnaire mais non reconnus comme tels par le médecin traitant ; acceptabilité variable en fonction des médecins (avec chez certains absence d'analyse du questionnaire)
Etude : l'acceptabilité des patients aurait pu être jugée par l'utilisation d'un questionnaire à l'issue de la consultation permettant d'obtenir leur ressenti sur l'utilisation du GHQ par leur médecin ; l'acceptabilité médiocre de certains médecins peut être influencée par le protocole de l'étude qui fait que pour chaque questionnaire analysé, le médecin devait répondre à un autre questionnaire évaluant d'autres choses (cf méthodologie)
Acceptabilité :
Non décrite pour les patients mais remise en question par les auteurs (+/-) (taux de participation à 66%) ; non décrite pour les médecins mais remise en question par les auteurs (+/-) (devant analyse inconstante voire faible par certains médecins)
Faisabilité :
Non décrite mais remise en question par les auteurs (+/-) devant acceptabilité moyenne et limites décrites

Traduction partielle de l'article :

Summary :

Plus de 20% de la population vue en médecine générale est considérée comme émotionnellement perturbée, la dépression étant le diagnostic le plus fréquent. 70 à 90% des patients déprimés consultent leur médecin traitant, il y a des preuves pour dire que le traitement est efficace mais il reste des patients non-diagnostiqués. D'où l'idée d'établir un questionnaire, le GHQ pour assister les médecins dans l'évaluation de leurs patients. Le questionnaire est bien validé pour une utilisation en médecine générale, il est court, rapide à renseigner et le score est facile à établir durant la consultation.

Méthode :

Sur 10 mois dans un centre de santé écossais. 2097 patients de la dizaine de milliers de patients suivis dans ce centre ont été approchés. Tous les médecins du centre (8) ont participé. Les patients éligibles étaient ceux de 14 ans ou plus, suivis dans ce centre, attendant pour un rendez-vous "non-urgent" (recruté 1 fois maximum). Les sujets exclus étaient ceux qui paraissaient en détresse au moment du rendez-vous et ceux qui l'avaient déjà été dans l'année précédente (pour ne pas que les médecins soient déjà "sensibilisés" à ce diagnostic).
De manière aléatoire, les jours de contrôle et de "dépistage" étaient déterminés. Le groupe contrôle postait le questionnaire rempli dans une boite scellée avant de voir le médecin tandis que le groupe "dépistage" donnait ce questionnaire au médecin avant la consultation pour qu'il l'analyse.
Après chaque consultation, les médecins remplissaient eux-mêmes un questionnaire. Les secrétaires informaient et fournissaient les questionnaires aux patients 4 jours/semaine.
Le questionnaire rempli par les patients comprenait le GHQ (30 items), des informations d'ordre démographiques, sur l'attente et sur le motif de consultation. Le cut-off du GHQ est fixé à 5 dans la plupart des études épidémiologiques – au-delà duquel le risque de pathologie psychiatrique est de 50%. Cependant, des recherches ont montré qu'en médecine générale, le passage du cut-off à 9 augmentait l'utilité clinique du questionnaire, seuil qui a donc été choisi pour l'étude. Tout questionnaire débuté était utilisé, même s'il n'était pas terminé : l'analyse des GHQ – (questionnaire GHQ avec un score < 9) est donc soumise à caution.
Le questionnaire rempli par les médecins recueillait les informations suivantes :

- Les facteurs importants du patient à la consultation
- Le diagnostic d'une détresse émotionnelle ou d'une pathologie physique chronique actuelle
- La gestion des patients identifiés comme ayant une détresse émotionnelle (durée de la discussion autour de la détresse, prescription d'antidépresseur, d'anxiolytique ou d'arrêt-maladie, l'adressage vers un professionnel spécialisé (psychologue, psychiatre...), suivi du patient, indicateur des implications cliniques de l'utilisation du GHQ (durée de consultation (chronomètres fournis), niveau de stress perçus par les médecins sur une échelle de 1 à 7)

Résultats :

2097 patients étaient éligibles, 185 (8,8%) ont refusé dont 102 (55%) pour des raisons d'oubli de lunettes, 35 (18,9%) pour des difficultés d'écriture liés à des problèmes physiques, 13 (7%) pour des difficultés de langage, 35 (18,9%) sans explication donnée. 323 (15,4%) ont été exclus pour détresse connue et 207 (13%) parce que le médecin n'a pas regardé le questionnaire
1382 patients ont été inclus, 825 (59,7%) dans le groupe contrôle et 557 (40,3%) dans le groupe contrôle. 90% des questionnaires étaient entièrement remplis dans les 2 groupes environ. Les groupes étaient comparables pour l'âge, le sexe et la proportion de patients GHQ +
L'utilisation du questionnaire dans le groupe dépistage était associé à un pourcentage plus important de patients identifiés comme "en détresse" par leur médecin. Le niveau de concordance entre l'avis du médecin et le questionnaire est passé de 19,2 dans le groupe contrôle à 35% dans le groupe expérimental. Le niveau de discordance quand le patient était GHQ- était faible : 5,1% dans le premier groupe, 8,2% dans le second. Les patients MT + GHQ + ont formé le groupe "détecté" (34 dans le groupe contrôle et 41 dans le groupe expérimental).
Le questionnaire des médecins a identifié 22 diagnostics différents de "nouvelle détresse" où le médecin n'avait pas fait de diagnostic au cours de l'année passée. Un nouveau diagnostic de dépression a été fait chez 11,8% des "contrôles" versus 24,4% des "dépistage" et d'anxiété chez 29,4% versus 22%.
Il n'y avait pas de différence significative dans la gestion des 2 groupes sauf concernant l'organisation d'un suivi à l'initiative du patient, significativement plus important dans le groupe expérimental (comme si le questionnaire avait permis d'objectiver la nécessité d'une prise en charge aux yeux du patient)
L'acceptabilité par les médecins a été variable avec un nombre de questionnaires non étudiés variant de 4 (2,7%) à 41 (53,9%) avec 3 médecins comptabilisant 146 (soit 70,5%) des questionnaires non regardés.
On peut noter que lorsqu'un patient était GHQ+ et que le médecin le savait, le niveau de stress moyen de 3 des 8 médecins a augmenté significativement.

Il n'y avait pas de différence significative de longueur de consultation entre les 2 groupes de "détectés" mais la durée de consultation était plus longue dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle pour les patients GHQ+ MG -.

AUDRAN Florian

Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale : revue de littérature

RÉSUMÉ

Introduction : L'objectif de cette étude était d'étudier l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale ou de soins primaires assimilables afin d'en mettre en évidence les modalités, les intérêts et les limites.

Méthode : Une revue de littérature narrative a été réalisée à travers les bases de données Pubmed et Cochrane. Les articles inclus devaient avoir été publiés après 1990, être rédigés en français ou en anglais.

Résultats : Vingt-trois articles ont été inclus. Les auto-questionnaires permettaient d'aborder un grand nombre de thématiques et étaient décrits pour la plupart comme intéressants en pratique comme support ou outil pour le dépistage, l'aide au diagnostic, l'aide à la décision clinique, le travail sur la modification des comportements à risque. Parmi les procédés utilisés pour soumettre l'auto-questionnaire aux patients, ceux qui étaient au moins partiellement automatisés étaient particulièrement intéressants, par le gain de temps et les fonctions annexes permises. Des limites à leur utilisation pouvaient être décrites avec notamment des inquiétudes sur la confidentialité des résultats et sur la perturbation du fonctionnement du cabinet.

Conclusion : Les expérimentations ayant déjà eu lieu sont globalement favorables à ce processus et il serait intéressant de l'intégrer à la pratique après quelques ajustements.

Mots-clés : auto-questionnaire, salle d'attente, médecine générale, soins primaires, intérêts, limites, revue de littérature

Interest of using self-administered questionnaires in general practice waiting rooms : review of literature

ABSTRACT

Introduction : The aim of this review was to investigate the use of self-administered questionnaires in general practice or similar primary care waiting rooms in order to highlight their terms, interests and limits.

Method : A narrative review of literature has been performed through the Pubmed and the Cochrane databases. The articles had to have been published after 1990 and to be written in french or english.

Results : Twenty-three articles have been included. Self-administered questionnaires enabled to approach a large number of topics and were described for the most part as interesting for practice as a medium or a tool for screening, diagnostis assistance, clinical decision assistance, work about changing risk behaviours. Among the processes used to submit the self-administered questionnaires to the patients, those which were at least partly automated were particularly interesting thanks to the time saving and some attached features they allowed. A few limits were described, particularly concerns about respect of confidentiality and about disruption of the medical practice running.

Conclusion : The experimentations which have already been done are generally in favour of this process and it would be interesting to integrate it into practice after some adjustments.

Keywords : auto-questionnaire, waiting room, general practice, primary care, interests, limits, review of literature

université angers | UFR SANTÉ

université angers | UFR SANTÉ