BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 N°124

LA PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉLABORATION D'UN DOCUMENT D'INFORMATION À L'ATTENTION DES PATIENTS

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le 23 juin 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Audrey JARRY

Née le 12 décembre 1987 au Mans

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

- Président de l'Université — François-Noël GILLY
- Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales — François-Noël GILLY
- Secrétaire Général — Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

- UFR de Médecine Lyon Est — Doyen : Jérôme ETIENNE
- UFR de Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux — Doyen : Carole BURILLON
- Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB) — Directrice: Christine VINCIGUERRA
- UFR d'odontologie — Directeur : Denis BOURGEOIS
- Institut des sciences et techniques de réadaptation — Directeur : Yves MATILLON
- Département de formation et centre de recherche en biologie humaine — Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

- UFR de sciences et technologies — Directeur : Fabien DE MARCHI
- UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) — Directeur : Yannick VANPOULLE
- Polytech Lyon — Directeur : Emmanuel PERRIN
- I.U.T — Directeur : Christophe VITON
- Institut des Sciences Financières et Assurances (ISFA) — Directeur : Nicolas LEBOISNE
- Observatoire de Lyon — Directeur : Isabelle DANIEL
- Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE) — Directeur : Alain MOUGNIOTTE

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2015/2016

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérome	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

		vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

		technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS

Membres : Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ

Madame le Professeur Marie FLORI

Madame le Docteur Blandine MERLE

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Pierre DUBOIS,
Pour l'honneur que vous nous faites de présider et de juger cette thèse, veuillez trouver ici mon profond respect et ma reconnaissance.

Au Professeur Marie FLORI,
Je vous remercie d'avoir accepter de diriger ce travail de thèse. Merci pour vos conseils, votre soutien et d'avoir été la modératrice des réunions. Soyez assurée, Madame le professeur, de mon plus profond respect.

Au Professeur Anne-Marie SCHOTT PETHELAZ,
Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mes sincères remerciements.

Au Docteur Blandine MERLE,
Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Je suis reconnaissante de l'aide et des conseils que vous m'avez prodigués. Soyez assurée de ma profonde considération.

A tous les participants de nos groupes de travail, un grand merci pour leur temps et leur participation. Sans vous, ce document ne serait pas ce qu'il est.

Aux médecins et équipes qui m'ont formée et dont je garde tant de bons souvenirs.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

A mes parents,
Comment ne pas vous dire merci pour tout ce que vous m'avez apporté. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Votre soutien, dans les bons comme dans les mauvais moments, et votre amour m'ont permis d'être arrivée là où je suis aujourd'hui.

A Baptiste,
Mon petit frère, mon petit bouchon, toujours là quand on a besoin. Merci pour l'aide technico-informatique et ton sens de l'humour tombant toujours à pic. Et merci aussi à Julie, *mini blondie*.

A Mamie,
Pour ta générosité et ton amour.

A Papi Maurice et Papi Roger,
Même si vous n'êtes plus là, je n'oublie pas ces moments passés avec vous.

A ma famille,
Mes oncles et tantes, mes cousins, merci pour votre affection et tous ces bons moments partagés avec vous ainsi que ceux à venir.

A Clémentine,
Depuis notre première rencontre, nous en avons parcouru du chemin, mais je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Merci pour ton amitié *Pollux*.

A Camille, Sophie, Mélanie et Sabine,
Je me demande ce qu'aurait été l'externat sans vous. Pour tous ces bons moments, je vous dis un grand merci.

A Alexandra,
Ma petite-femme, la bulgare, Mme Stoybois, merci pour ton soutien, ta présence. J'ai hâte de venir te voir dans ta contrée lointaine !

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

A mes amis de l'externat,
Anne, Popo, Mathieu, Fanny & Sylvain, Manu, Clémence & Thomas, Marie & Stéphane, Jérem, Pierre & Anne-Sophie, Faustine, Véro…
Toutes ces années n'auront été que du bonheur. Même si nous nous sommes dispersés, je ne vous oublie pas.

A Stéphen et JM,
3 ans ½ plus tôt nous étions 3 angevins débarquant à Lyon et depuis on a grimpé, skié (s'est gamellé…), mangé (surtout des burgers), dansé (Moskauuuu !!), rigolé (attention ! ne pas manger de pom'potes en même temps !!) … Merci pour votre amitié !

A Aude,
Deux âmes perdues à la journée d'intégration et voilà presque 4 ans plus tard une amitié qui n'est pas prête de se terminer. Toujours là pour me faire rire ou me soutenir, un grand merci Aude !

A Myrtille,
Pour ton hula-hoop, nos petits tours au marché, ta bonne humeur ! Vivement notre prochaine virée windsurfing !!!

A tous mes amis et rencontres lyonnaises,
Florian, Claire, Yuni & Hugo, Raphaëlle, Laetitia, Caro, Nathalie, Valérie, Eloïse, Laura & David, Adèle, Mathilde, Marie, Barbara, Nils, Maxime, Anne-Cécile, les voisins du 4ème…
Merci pour ces instants passés avec vous qui ont rythmé ma vie à Lyon.

A Martin,
Pour le graphisme et avoir supporté mes exigences.

A Maïlys,
Pour le dessin de couverture.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES 14

ABREVIATIONS 16

INTRODUCTION 17

MATERIEL ET METHODE 21

I. DEFINIR LE THEME, LE PUBLIC ET LE TYPE DE DOCUMENT 21

II. ELABORER UNE STRATEGIE DE DIFFUSION ET DE MISE A DISPOSITION DU DOCUMENT 21

III. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 22

IV. DEFINIR LE CONTENU DU DOCUMENT D'INFORMATION 23

1. *Conception initiale* *23*
2. *Contenu du document d'information* *25*
3. *Premier groupe de travail* *28*
4. *Deuxième groupe de travail* *29*
5. *Troisième groupe de travail* *30*
6. *Evaluation finale de la brochure* *31*

V. VALIDATION PAR LE COMITE D'ETHIQUE 31

VI. AMELIORATION DE L'ATTRACTIVITE DE LA FICHE 32

VII. EVALUATION DE L'IMPACT DE LA BROCHURE 32

RESULTATS 33

I. COMPTE-RENDU DU PREMIER GROUPE DE TRAVAIL 33

1. *Présentation des participants* *33*
2. *Qu'est-ce que vous attendez d'une brochure ?* *33*
3. *Commentaires des participants et modification de la fiche* *34*

II. COMPTE-RENDU DU DEUXIEME GROUPE DE TRAVAIL 39

1. *Présentation des participants* *40*
2. *Commentaires des participants et modification de la fiche* *40*
3. *La diffusion* *45*

III. COMPTE-RENDU DU TROISIEME GROUPE DE TRAVAIL 46

1. *Présentation des participants* *46*
2. *Commentaires des participants et modification de la fiche* *46*
3. *Le graphisme* *48*
4. *La diffusion* *49*

IV. LA PRESENTATION DU DOCUMENT D'INFORMATION 50

DISCUSSION 51

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

I. LES FORCES ET LES LIMITES 51

1. Les forces 51
2. Les limites 53

II. LES BROCHURES 56

1. Leurs attentes concernant les documents d'information 56
2. Les brochures existantes 57

III. L'INFORMATION AUX PATIENTS 59

IV. LE DEVENIR 60

1. La diffusion 60
2. L'évaluation de la fiche d'information 62

CONCLUSION 64

BIBLIOGRAPHIE 66

ANNEXES 69

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

ABRÉVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

GRIO : Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses

DMO : Densité Minérale Osseuse

Etude QUALIOP : Etude Qualitative des représentations de l'Ostéoporose en Population Générale

APOROSE : Aide à la prise en charge de l'ostéoporose

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

IOF : International Osteoporosis Foudation

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

MJC : Maison des Jeunes et de la Culture

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

CIL : Correspondant Informatique et Libertés

SADC : Système d'Aide à la Décision Clinique

BMJ : British Medical Journal

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

L'ostéoporose est un problème de santé publique (1).
D'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle fait partie des dix maladies les plus fréquentes.

L'ostéoporose est une maladie liée à l'âge et qui touche préférentiellement les femmes après la ménopause. Près d'une femme ménopausée sur deux sera victime d'une fracture liée à l'ostéoporose. Elle peut également toucher l'homme, le plus souvent après 70 ans (2).
Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006, l'ostéoporose concerne 8 à 18 % des femmes de plus de 50 ans et 5 à 6 % des hommes de la même tranche d'âge (2). L'incidence des fractures ostéoporotiques augmente avec l'âge dans les deux sexes. Ces fractures affectent surtout les vertèbres et la hanche (col du fémur), mais aussi le poignet. Avec leurs complications, elles font la gravité de l'ostéoporose. La réactualisation en 2012 par le Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) a réaffirmé l'importance de la prise en charge de l'ostéoporose (3).

L'ostéoporose est une maladie silencieuse et donc non considérée comme une maladie chronique grave. Or, toute la gravité réside du fait des fractures dont elle est responsable et qui peuvent entraîner des douleurs, une impotence, une perte d'autonomie et une surmortalité (4). La population vieillissant, sa fréquence est en augmentation et l'impact sur le système de santé va s'accroître.

Actuellement, le diagnostic peut être évoqué bien avant la première fracture, grâce à l'analyse des facteurs de risque et à la mesure de la densité minérale osseuse (DMO). Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour prévenir, dépister et prendre en charge l'ostéoporose.

L'ostéoporose reste encore une maladie trop souvent banalisée et assimilée au simple phénomène de vieillissement. C'est une maladie contre laquelle il est possible de lutter. Il faut intervenir avant la fracture. Des moyens de prévention sont connus et efficaces, mais

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

nécessitent d'accepter de modifier son mode de vie notamment en favorisant une alimentation riche en calcium et vitamine D, en poursuivant des activités physiques adaptées et en limitant les facteurs de risques de chutes.

Justification de l'étude

Une communication et une information performantes avec le malade déterminent la réussite de la prise en charge. Malheureusement, les patients oublient la moitié de ce qui vient d'être dit cinq minutes après la consultation (5).

L'étude QUALIOP (étude QUAlitative des représentations de l'Ostéoporose en Population générale), est basée d'après le travail de trois thèses qualitatives sur les représentations et les connaissances des femmes ménopausées, des hommes de plus de 60 ans et des médecins généralistes.

→ Du point de vue des médecins, les attentes pour l'amélioration de la prévention de l'ostéoporose étaient de sensibiliser la population à cette maladie. Informée, elle serait plus apte à l'aborder en consultation. Alors sollicités, les médecins se sentiraient concernés ou impliqués. Ils ont évoqué l'édition de brochure pour sensibiliser les patients à l'ostéodensitométrie, aux facteurs de risque et à la supplémentation calcique (6).

→ Du point de vue des femmes, une demande de prévention, dont l'initiative viendrait des médecins, était exprimée. Elles estimaient nécessaire de réaliser des campagnes de prévention et de dépistage. Les participantes soulignaient aussi que l'information et la connaissance de la maladie étaient la base de la prévention (7).

Dans une étude publiée par Rizzoli et Al en 2010, les deux sources d'informations les plus crédibles étaient le médecin et les brochures d'information d'organisations dédiées à l'ostéoporose. Les participants étaient également demandeurs de plus de dialogue avec leur médecin au sujet de l'ostéoporose et souhaitaient recevoir des informations écrites dans des termes qu'ils comprenaient (8).

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Améliorer la communication apparaît donc nécessaire. La rédaction d'un document d'information destiné aux professionnels comme aux patients, pourrait aider à envoyer un message médical consensuel et à ouvrir le dialogue entre médecin et patient à propos de l'ostéoporose.

Notre recherche bibliographique a permis de trouver quelques documents en français sur le sujet, mais aucun ne semblait vraiment adapté aux patients.

Voici une présentation succincte des documents trouvés :

- Les fiches disponibles sur le site du GRIO :
  → « Courez-vous un risque d'ostéoporose ? » propose un test rapide pour évaluer son statut osseux et rappelle quelques chiffres clés sur l'ostéoporose.
  → « Une alimentation équilibrée riche en calcium pour des os plus solides » énumère les quelques règles à respecter concernant l'alimentation et indique la teneur en calcium de certains aliments (eaux, fruits et légumes, produits laitiers).
  → « Restez actifs pour protéger vos os » discute de l'intérêt de pratiquer une activité physique régulière pour maintenir un bon capital osseux, propose quelques exercices simples à faire à la maison et les sports bénéfiques pour lutter contre l'ostéoporose.
  → « Les traitements médicamenteux de l'ostéoporose » rappelle les objectifs des traitements de l'ostéoporose, leurs différents modes d'action et le rapport bénéfices/risques du traitement.
  → « A la maison, apprenons à éviter les dangers » donne des conseils de prévention pour éviter les chutes.

- Les fiches disponibles sur le site APOROSE (Aide à la Prise en charge de l'OstéopoROSE)
  → « Info/ ostéoporose » présente de façon détaillée l'ostéoporose à l'aide de questions : « Qu'est-ce que l'ostéoporose ? », « Quels sont les symptômes et les complications de l'ostéoporose ? », « Suis-je à risque d'ostéoporose ? », « Comment savoir si j'ai une ostéoporose ? », « Qu'est-ce que l'ostéodensitométrie ? », « Est-ce que l'ostéoporose est une maladie grave ? », « Comment puis-je lutter contre l'ostéoporose ? », « Dois-je prendre un médicament contre l'ostéoporose ? », « Le traitement hormonal de la ménopause peut-il lutter contre l'ostéoporose ? » et « Est-

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

ce que l'ostéoporose est la seule responsable des fractures ? ».

→ « Info/ calcium » fait quelques rappels sur le calcium et énumère les principales sources nutritionnelles de calcium.

→ « Info/ chutes » permet de savoir si on est à risque de chutes et comment faire pour diminuer ce risque de chutes.

Ces documents sont peu attractifs. Ils manquent de couleurs. Ils sont organisés sous forme de paragraphes bien trop longs. De plus, certains documents, comme sur le site du GRIO, sont destinés aussi bien aux professionnels de santé qu'au grand public.

La place de l'information donnée au patient en médecine générale est une composante essentielle de la relation médecin-patient.

La nécessité d'informer les personnes soignées à partir des données scientifiques est reconnue au niveau international et européen (9). L'information écrite est complémentaire de l'information orale et ne se substitue en rien à celle-ci.

Le document écrit a pour objectif de satisfaire une demande d'information et de conseil des patients et des usagers. Il est destiné à compléter ou renforcer les connaissances du patient ou de l'usager afin qu'il puisse mieux participer à la prise de décision le concernant.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de réaliser une fiche d'information destinée aux patients afin de les sensibiliser au problème de l'ostéoporose, en suivant la méthode décrite par l'HAS en 2008 (10).

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour ce travail, nous avons suivi les recommandations éditées par la HAS en juin 2008 concernant l' « Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (10).

I. Définir le thème, le public et le type de document

Nous avons choisi de travailler sur le thème de l'ostéoporose, et plus particulièrement sur sa prévention en médecine générale.

L'objectif de notre travail est de réaliser une brochure d'information destinée aux patients afin de les sensibiliser au problème de l'ostéoporose.

La population cible de notre document est représentée par les femmes et les hommes, ostéoporotiques ou non, âgés de plus de 50 ans et consultant en médecine générale.

II. Elaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document

La stratégie de diffusion et les modalités de mise à disposition du document ont été discutées pendant les groupes de travail.

Les canaux de diffusion suivants ont été abordés :

- diffusion dans les salles d'attente chez le médecine généraliste, le kinésithérapeute ou en pharmacie et pouvant être conservée

- partenariat avec les associations ou collectifs de patients, les sociétés savantes, les mutuelles, le département de médecine générale ou les caisses d'assurance maladie

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les modalités de mise à disposition du document seraient les suivantes :

- remis directement par le professionnel de santé en consultation, lors de la réalisation de soins et en complément d'une information orale

- envoyé directement aux patients via les associations de patients et d'autres relais (caisse d'assurance maladie, mutuelles)

- en accès libre sur internet. En effet, internet est devenu le moyen d'information principal, que ce soit pour les patients ou les professionnels de santé.

- en libre service dans certains lieux publics (pharmacies, cabinets médicaux…)

III. Méthode de recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée dans le but :

- de trouver une méthodologie de développement d'un document d'information destiné aux usagers
- d'identifier les besoins et les attentes des patients
- d'identifier les données de la littérature scientifique pour valider le contenu du document ainsi que de la thèse
- d'identifier les documents existants à l'intention du public sur le thème et les évaluer

Nous avons réalisé une recherche bibliographique dans les bases de données :

- Pubmed
- Sudoc
- Web of science
- EM Premium (Elsevier Masson)

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les mots clés ont été traduits en termes MesH via cismef.
Les mots clés utilisés étaient : osteoporosis, diagnosis, general practice, alcohol, tobacco, information, physical activity, food.

Les recherches ont été effectuées avec plusieurs combinaisons de ces termes, en utilisant les différents opérateurs booléens existants, afin d'obtenir les résultats les plus pertinents en rapport avec le sujet.

Les sites suivants ont également été consultés via le moteur de recherche Google :

- La Haute Autorité de Santé (HAS)
- Le Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO)
- L'Inserm
- L'organisation mondiale de la santé (OMS)
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- International Osteoporosis Foundation (IOF)

Nous avons arrêté la recherche bibliographique le 22 mai 2016.

IV. Définir le contenu du document d'information

1. Conception initiale

Idéalement, la méthode HAS prévoyait que l'élaboration de la fiche se fasse grâce à un groupe de travail multidisciplinaire composé de différents professionnels de santé et d'usagers, afin que ceux-ci soient consultés à chaque étape.

En pratique, il nous a semblé difficile de construire le document intégralement avec le groupe pour des raisons pratiques de temps et de disponibilité.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans un premier temps nous avons soumis à quelques personnes (familles de patients hospitalisés à l'hôpital gériatrique de Fourvière) les fiches d'information disponibles sur le site du GRIO :

- « Courez-vous un risque d'ostéoporose ? »
- « Restez actifs pour protéger vos os »
- « Une alimentation équilibrée et riche en calcium pour des os plus solides »
- « Les traitements médicamenteux de l'ostéoporose »
- « A la maison, apprenons à éviter les dangers »

Nous leur avons demandé de surligner dans les documents les informations les plus importantes pour eux concernant l'ostéoporose.

A partir de la synthèse de nos recherches, nous avons sélectionné les informations principales afin de construire le contenu du document initial. L'exploitation des données aboutit à définir un contenu court et ciblé pour le document d'information écrit. L'objectif était de définir son contenu, de sélectionner les messages essentiels et les points clés. Il fallait aussi identifier les informations secondaires indispensables à ajouter.

La première version de la fiche a été élaborée par le Professeur Marie Flori et moi-même, elle est présentée en annexe 1.

Pour la présentation et la rédaction de l'information nous avons suivi les conseils mentionnés dans le guide HAS :

- vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre
- phrases courtes et simples
- texte concis, avec une structure visible
- information honnête, pratique, non condescendante
- utilisation privilégiée de la voie active et du style direct
- titre clair et court
- mélange équilibré du texte et des illustrations
- utilisations de couleurs

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Contenu du document d'information

La qualité globale des documents écrits d'information repose sur la qualité de l'information scientifique de leur contenu, sur la qualité de leur conception et de leur présentation et sur leur acceptabilité par les personnes auxquelles ils sont destinés.

a. Qu'est-ce que l'ostéoporose et quels sont les facteurs de risques ?

La définition de l'ostéoporose est claire et précise. Nous sommes partis de la définition de l'HAS puis celle-ci a été modifiée au fur et à mesure des groupes de travail afin qu'elle soit la plus compréhensible possible pour les patients.

L'ostéoporose concernerait en Europe environ une femme sur trois et un homme sur cinq après 50 ans (11).
L'ostéoporose post-ménopausique est la forme la plus fréquente et touche les femmes à partir de 50 ans, en raison notamment de la perte osseuse accélérée en rapport avec les changements hormonaux.
Les hommes ont en général une masse osseuse plus élevée que les femmes, mais la masse osseuse diminue avec l'âge. Le pic d'incidence des fractures se situe après 70 ans (12). Initialement, nous avions mis sur la brochure l'âge de 70 ans pour les hommes. Après relecture de la bibliographie, dans le cadre de la prévention, il est préférable d'intervenir au plus tôt, c'est à dire à 50 ans comme les femmes.

Le nombre exact de fractures ostéoporotiques en France varie d'une étude à une autre :
150 000 fractures (13), 235 000 (14) et 377 777 (15). Nous avons choisis le chiffre 250 000 qui est un chiffre intermédiaire et qui a été utilisé pour la fiche d'information sur l'ostéoporose du site APOROSE.

Les principaux facteurs de risques ont été mentionnés dans la partie « quels sont les facteurs de risques ? » de la brochure sans ordre d'importance. Nous n'avons pas repris l'âge car celui-ci était mentionné sur la page de couverture, ni l'antécédent personnel de fracture de fragilité car la brochure est destinée à des personnes n'ayant pas encore eu de fracture. Les facteurs de risques tels que certaines affections endocriniennes (hyperparathyroïdie,

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

hypogonadisme…) ou l'ostéogénèse imparfaite n'ont pas été mentionné car moins fréquents dans la population.

Pour les facteurs de risques « alcool » et « tabac » nous n'avons pas retrouvé de données quantitatives à partir desquelles la consommation de tabac et d'alcool devient néfaste pour la densité osseuse. Pour la brochure, il nous a fallu trouvé les adjectifs appropriés pour nuancer la consommation. Une consommation modérée d'alcool n'est pas associée à une augmentation du risque de fracture ou de réduction de la densité osseuse (16).

b. Comment puis-je me protéger contre l'ostéoporose ?

- L'activité physique

L'activité physique occupe un rôle important dans la réduction de risque d'ostéoporose. Elle aide à former les os et à les maintenir en santé tout en améliorant la force musculaire, la posture, l'équilibre et la coordination. Elle réduit l'incidence de chute et de fracture, procure une sensation de bien-être et améliore la qualité de vie en général.

L'INPES recommande 30 minutes de marche quotidienne (17) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) préconise 1 heure d'activité physique en charge 3 fois par semaine. L'OMS préconise une activité physique avec mise en charge du squelette (18). Nous n'avons pas précisé dans la brochure, le rythme à laquelle l'activité physique doit se pratiquer.

Pour donner des exemples du bénéfice apporté en fonction du sport pratiqué, nous avons repris quelques données de la fiche du GRIO « Pratiquer une activité physique régulière permet de maintenir votre capital osseux ».

- L'alimentation

Les apports quotidiens optimaux en calcium doivent être de 1200mg chez les femmes ménopausées de plus de 50 ans et les personnes âgées (3).

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'INPES recommande la consommation de 3 produits laitiers par jour, la consommation au moins 2 fois par semaine de poisson en privilégiant les poissons gras (thon, hareng, sardine, saumon) et de profiter, sans excès, des rayons solaires.

Selon l'IOF , il est recommandé d'exposer quotidiennement sa peau (visage, mains et bras) à la lumière du soleil 10 à 20 minutes en dehors des heures d'ensoleillement maximal (19).

Il est difficile de se représenter à quoi correspond exactement 1200mg de calcium. L'exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour a été fait à partir de la synthèse des différentes brochures en prenant les aliments riches en calcium les plus fréquemment consommés.

- Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

Le tabagisme et l'alcoolisme sont corrélés à une diminution de la DMO, néanmoins les seuils de risque de fracture de sont pas connus.

c. Comment diminuer le risque de chute ?

La prévention des chutes fait partie intégrante de la prévention de l'ostéoporose.

Une chute chez une personne âgée est fréquente et grave par ses conséquences physiques, psychologiques et économiques. Bien que ce soit un événement marquant, nous n'avons pas souhaité développer davantage cette partie là.

Il nous semblait important de laisser dans la brochure une mise en garde contre certains médicaments.

Le dessin a été trouvé sur le site de la Maison des Jeunes et de la Culture (MJC) de Saumur. L'accord de publication a été demandé auprès du graphiste et animateur du site.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Premier groupe de travail

Ce premier groupe de travail a pour but de connaître les attentes et les commentaires des patients à propos de cette fiche.

Ce groupe de travail était composé de 8 patients : 4 hommes et 4 femmes, âgés de 62 à 75 ans.

La réunion s'est déroulée le 17 décembre 2015 au département de médecine générale de la faculté de médecine Lyon Est.

Le Professeur Marie Flori était la modératrice de ce groupe et j'étais la présentatrice du travail réalisé.

Une fiche d'information a été préalablement envoyée par mail aux participants.

Nous avons recruté les participants de ce groupe de travail via l'étude QUALIOP. Il ne s'agit pas d'obtenir ici une population représentative.

En effet, nous avons récupéré la liste des patients ayant participé ou non à cette étude et nous en avons recontacté quelques uns pour qu'ils participent à notre groupe de travail.

Un enregistrement sonore a été réalisé afin de pouvoir réécouter les interventions des participants. Nous n'avons cependant pas effectué de retranscription écrite puisqu'il ne s'agit pas d'une enquête qualitative.

La réunion a débuté par une présentation du projet et de ses objectifs.

Les participants ont été invités à remplir une fiche de présence permettant de préciser :

- leur âge
- leur profession
- s'ils ont un antécédent d'ostéoporose
- s'ils ont des antécédents de fracture
- s'ils pratiquent une activité physique

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ensuite, les participants ont pu prendre connaissance de la brochure. Nous avons fait un tour de table pour recueillir les avis généraux et leurs premières impressions concernant le document.

Puis, nous avons demandé à chaque participant de s'exprimer quant à :

- la compréhension
- la présentation en terme de graphisme et d'organisation de l'information
- l'objectivité de l'information
- la quantité d'informations

Nous leur avons également demandé de faire des propositions quant aux améliorations à apporter au document.

La durée de réunion du groupe de travail a été de 1h30.

4. Deuxième groupe de travail

Suite au premier groupe de travail, nous avons réalisé des modifications sur la fiche d'information.

Ce deuxième groupe de travail a eu lieu le 28 janvier 2016 au département de médecine générale à la faculté de médecine de Lyon Est.

Le Professeur Marie Flori était la modératrice de ce groupe et j'étais la présentatrice du travail réalisé.

Les participants ont été recrutés de la même façon que la première réunion. Nous avions 2 femmes et 5 hommes âgés de 66 à 75 ans.

Nous avons également réalisé un enregistrement sonore.

Après avoir fait remplir aux participants la feuille de consentement et la fiche de présence,

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

nous leur avons distribué la brochure afin qu'ils en prennent connaissance.

Ils nous ont fait part, dans un premier temps de leurs impressions générales sur la brochure, puis nous nous sommes attardés plus en détails sur chaque page.

Nous avons ainsi discuté, comme lors de la première réunion, de la compréhension, de la présentation en terme de graphisme et d'organisation de l'information. Nous avons aussi évoqué le mode de diffusion du document.

La durée de réunion du groupe de travail a été de 1h30.

5. Troisième groupe de travail

Suite à ce deuxième groupe de travail, nous avons modifié la brochure.

L'objectif de ce troisième groupe de travail était de tester la lisibilité, la compréhension et la présentation de l'information auprès d'usagers et de professionnels de santé.

Ce troisième groupe de travail a eu lieu le 2 mars 2016 au département de médecine générale de la faculté de médecine de Lyon Est.

J'étais la présentatrice et la modératrice de ce groupe de travail.

Pour ce groupe de travail nous avons recruté deux infirmières du réseau ASALEE (Action de santé libérale en équipe). Ce sont des infirmières travaillant en collaboration avec les médecins généralistes et elles sont spécialisées dans la prévention et l'éducation thérapeutique (diabète, maladie cardio-vasculaire, BPCO et troubles cognitifs).

Nous avons aussi recruté 5 patients, 3 hommes et 2 femmes âgés de 62 à 75 ans. Ils ont été recrutés de la même façon que les deux premiers groupes.

Tout comme les deux premiers groupes, nous avons réalisé un enregistrement sonore et

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

avons fait remplir aux patients la feuille d'information et de consentement.

Après nous être attardés sur le contenu et la compréhension de chaque page, nous avons abordé la diffusion du document.

A la fin de la réunion, nous leur avons montré quelques exemples de brochures que nous avions travaillé avec un graphiste. Cela a permis de mieux cibler leurs attentes en matière de présentation de l'information.

La durée de réunion du groupe de travail a été de 1h10.

6. Evaluation finale de la brochure

Les dernières modifications ont été faite avec le graphiste. La brochure finale a ensuite été envoyée aux participants des trois groupes de travail par mail en leur demandant leur avis sur la présentation en général (couleurs, type et taille de police utilisée…) .

En effet, nous n'avions pas montré lors des groupes de travail une version entièrement travaillée par un graphiste. Nous voulions avoir une dernière fois leur avis.

V. Validation par le comité d'éthique

L'étude a été présentée à la commission d'éthique de la recherche en médecine générale le 15 décembre 2015 et a reçu un avis favorable à sa réalisation.

Le projet a été déclaré au CIL (Correspondant Informatique et Libertés) de l'université de Lyon.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

VI. Amélioration de l'attractivité de la fiche

Le travail de mise en page a été réalisé par un graphiste.

L'illustration de la première page de la brochure a été réalisée par une dessinatrice après le troisième groupe de travail. Nous avions à ce moment là une bonne idée du de l'illustration qu'il fallait pour la première page.

VII. Evaluation de l'impact de la brochure

L'évaluation de l'impact de la brochure ne fait pas partie de ce travail de thèse mais constitue un travail ultérieur, afin que ce document respecte les critères méthodologiques.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

RÉSULTATS

La retranscription des informations a été faite sans interprétation.

I. Compte-rendu du premier groupe de travail

La réunion a eu lieu le 17 décembre 2015 à la faculté de médecine de Lyon Est et a duré 1h30.

1. Présentation des participants

Le groupe était composé de 8 patients, 4 femmes et 4 hommes, âgés de 63 à 75 ans.

Ils étaient tous retraités, anciennement secrétaire/comptable, ingénieur, auxiliaire de puériculture, assistante sociale, outilleur mécanique ou professeur de judo.

Aucun n'était diagnostiqué ostéoporotique et tous pratiquaient une activité physique.

2. Qu'est-ce que vous attendez d'une brochure ?

Avant d'aborder le thème de l'ostéoporose, nous avons voulu savoir ce que les participants attendaient d'une brochure d'information, qu'elle soit médicale ou non.

La clarté du sujet a été un point majeur soulevé par les participants.
Toutes les informations principales doivent être mises en évidence avec une calligraphie adaptée et lisible de tous.
Le format d'une seule feuille synthétique et succincte, complétée au verso de compléments pour répondre plus précisément aux plus curieux s'est imposé.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

La forme a beaucoup d'importance. Elle doit être simple voire ludique ou avec des graphismes pour susciter leur éveil.
Tous ont recommandé l'usage de questions/réponses simples, précises et surtout accessibles du plus grand nombre. Du coup, cela exclue tout usage de jargons professionnels, seulement connu des initiés. Il ne faudrait pas que sa lecture demande l'usage d'un dictionnaire.

Puis nous avons distribué la brochure et laissé quelques minutes aux participants pour en prendre connaissance.

La question de la population concernée par la brochure s'est vite posée. Etant dans le cadre de la prévention, nous ciblons plutôt les personnes à partir de 50 ans.

Une participante a soulevé le fait que la prévention de l'ostéoporose devait se faire dès l'enfance car le capital osseux se fait à ce moment là. Faute d'accord des autres participants, nous n'avons donc pas poursuivi la discussion en ce sens.

3. Commentaires des participants et modification de la fiche

- Les premières impressions sur la brochure :

Le manque de visibilité des pastilles bleues et rouges a attiré toute de suite l'attention. A cela s'ajoute une absence de contraste qui rend la lecture difficile. Pour attirer l'attention du lecteur et en faciliter la lecture, les couleurs rouges et bleues ont été remplacées par des couleurs plus claires.

D'une façon générale, cette première version était une bonne synthèse et le sujet était bien identifiable. « Ca crève les yeux » selon un participant.
La quantité d'informations était suffisante ; il ne semblait pas en manquer.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- La compréhension

L'usage de questions concises pour parler de l'ostéoporose a été apprécié par les participants et les a amenés à s'interroger davantage sur le sujet.

Un participant a interpellé le groupe avec la question : « Et les hommes dans tout ca ? ».
Cette interrogation rappelle que les hommes peuvent eux aussi être concernés, mais elle tombait « comme un cheveu sur la soupe ».
C'est avec une nouvelle question « qui est concerné ? » que l'on a pu ainsi mentionner que l'ostéoporose touchait un homme sur cinq.

<u>« Qu'est-ce que l'ostéoporose ? »</u>

La compréhension de la définition de l'ostéoporose était claire pour tout le monde.
L'absence de jargon médical et les termes employés en faisaient une définition complète.
Nous nous sommes cependant rendu compte que la seconde partie de la définition était un peu longue. Après remaniement cela donne : « Affaiblissant le squelette, elle augmente le risque de fractures, particulièrement au niveau de la colonne vertébrale, du poignet, de la hanche et du bassin ».

Les participants se sont posés la question : « A partir de quel âge sommes nous concernés par l'ostéoporose ? ». Pour clarifier ce point, nous avons rajouté sur la première page l'âge : « à partir de 50 ans pour les femmes et à partir de 70 ans pour les hommes ».

Pour apporter une réponse complète à cette question, un graphique représentant le capital osseux au cours de la vie aurait pu être incorporé dans la brochure. Les participants n'ont pas jugé cela nécessaire, précisant que la majorité des personnes n'allait pas le lire.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Suis-je à risque d'ostéoporose ? »

Les réflexions du groupe ont plutôt porté sur des détails comme suit :

- mettre « maigreur » au lieu de « maigre »
- remplacer « absence d'activité physique » par « sédentarité »
- ne pas utiliser le sigle « < » mais écrire « avant 40 ans »
- pour la prise de corticoïdes, nous avons précisé que c'était sur une période de plus de 3 mois
- nous avons décidé de laisser le mot « ostéoporose » avec « antécédents familiaux », même si un participant proposait de le retirer. Le mot « antécédent » était bien compréhensible de la part de tous.
- l'absence d'informations chiffrées précises devant les mots « tabac » et « alcool » a amené les participants à se demander à partir de quelle quantité ils seraient concernés. Nous avons décidé d'ajouter le mot « excès » devant chacun de ses deux facteurs de risque.

Nous avons bien précisé que les facteurs de risques étaient énumérés de façon aléatoire et qu'il n'y avait pas d'ordre d'importance.

La brochure fait référence à un conseil de prescription du médecin pour une ostéodensitométrie. Les participants ont été très partagés sur cette recommandation.
Le caractère anxiogène de ce terme a suscité des débats sur l'intérêt ou non à le garder.
Son retrait a semblé la meilleure option, considérant que c'était au médecin de décider la nécessité de réaliser des examens complémentaires.
Le risque à maintenir ce conseil était d'engendrer une surconsommation médicale.

« Epidémie silencieuse »

Le groupe a globalement assimilé l' « épidémie » à une infection, un mal qui se propage.
Il fallait trouver une appellation plus en ligne avec la sensibilité des lecteurs.
Le mot « maladie » a été préféré, plus parlant et moins anxiogène.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par contre les informations quantitatives sur les conséquences de l'ostéoporose en France (250 000 fractures par an) ont été appréciées.
Pour les participants, la référence au handicap est très parlante et intéressante. Le lien est bon.

« Comment puis-je lutter contre l'ostéoporose ? »

Cette partie de la brochure est capitale pour le groupe. La référence à la pratique d'une activité physique régulière permettant de maintenir le capital osseux est une information indispensable à bien mettre en avant.
Le fait de bien clarifier l'objectif de la pratique du sport, pour conserver son capital osseux, est un vrai élément de motivation, selon les participants, pour réaliser les actes de prévention.

L'information sur la quantité de calcium (« 1200 mg de calcium ») a été jugée trop abstraite par tous les participants.
Elle ne permet pas au lecteur de se projeter sur les rations associées pour son alimentation.
Il a été proposé de faire une annexe au verso précisant l'apport en calcium sur une journée type, avec les aliments les plus consommés au quotidien particulièrement riches en calcium. Les informations deviennent alors plus concrètes et instructives, permettant à chacun d'aller plus loin s'il en a envie.

Pour ce qui est du tabac et de l'alcool, le format de présentation pouvait laisser entendre que seul l'alcool ne devait pas être consommé avec excès. Le tabac est aussi concerné.
Nous avons décidé de reformuler plus précisément par les mentions : « Mieux vaut ne pas fumer » et « Mieux vaut ne pas consommer d'alcool avec excès », la formulation initiale étant trop directive.

Comme pour l'apport en calcium, le groupe a trouvé utile de proposer une annexe au verso pour définir l'activité physique avec les sports bénéfiques pour prévenir l'ostéoporose.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Comment diminuer le risque de chute ? »

Pour les participants, il fallait séparer le renforcement musculaire du travail de l'équilibre, car ce sont deux composantes importantes qui doivent rester indépendantes.

Les participants ne se sont pas sentis concernés par l'aménagement du domicile. Selon eux, ces problématiques relèvent du quatrième âge. Etant donné que nous sommes dans la prévention, nous avons décidé de supprimer cette phrase.

Il était aussi important de préciser le type de médicaments pouvant favoriser les chutes.
La référence aux psychotropes (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs) et aux antihypertenseurs a été jugée importante de façon à sensibiliser les patients au sujet. .
Cela suscitera ainsi un échange avec leur médecin.

- Discussion autour du support, du graphisme, de la présentation

En fin de séance, un participant s'est interrogé sur l'accessibilité de cette brochure pour le commun des patients.
Quelques axes de réflexions en sont ressortis :
. retravailler le sens de lecture et supprimer les flèches partant du titre.
. présenter la brochure sous forme d'un pliage en trois, avec au verso les annexes.
C'est un format standard, fréquent, pratique à mettre dans une poche et qui se prend facilement en main.

Pour gagner en attractivité, les participants ont souhaité un graphisme plus coloré et l'ajout de dessins. Il a par exemple été suggéré de mettre un dessin d'un randonneur en première page.

La version n°2 réalisée à la suite de ce groupe de travail est présenté en annexe 2.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Premier groupe de travail

De façon générale pour une brochure :

- mettre en évidence les informations principales
- créer une feuille synthétique et succincte
- utiliser des questions/réponses simples
- pas de jargons professionnels
- forme ludique pour susciter un éveil

Première brochure :

- bonne synthèse avec sujet bien identifiable
- manque de contraste rendant la lecture difficile
- quantité d'information suffisante
- rédiger une annexe sur l'activité physique et l'alimentation
- retirer la partie sur l'aménagement du domicile
- présenter la brochure sous forme d'un pliage en trois : format standard, fréquent, pratique à mettre dans une poche
- nécessité d'un graphisme plus coloré et ajouter des dessins

II. Compte-rendu du deuxième groupe de travail

La deuxième réunion a eu lieu le 28 janvier 2016 à la faculté de médecine de Lyon Est et a duré 1h30.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Présentation des participants

Le groupe était composé de 7 patients, 2 femmes et 5 hommes, âgés de 66 à 75 ans.

Les patients étaient tous retraités, anciennement cadre de fabrication, commercial, assistante de direction ou aide comptable.

Tous pratiquaient une activité physique et aucun n'était connu pour avoir de l'ostéoporose.

2. Commentaires des participants et modification de la fiche

- Les premières impressions sur la brochure

Tout comme le premier groupe, les participants ont été étonnés d'apprendre que les hommes étaient aussi concernés par l'ostéoporose.

Les premières impressions sur la brochure ont été plutôt positives. Le langage était simple, clair, sans « baratin de médecin ».
En ce qui concerne le format de la brochure, il a été approuvé tout comme sa compréhension globale.

L'annexe sur l'alimentation a été jugée très utile. Savoir qu'il faut consommer 1200 mg de calcium par jour, c'est une bonne information. Savoir à quoi cela correspond est un vrai plus pour les patients.

Une remarque a été faite concernant l'absence de renseignements sur « comment savoir si on a de l'ostéoporose ? ». « Quoi faire ? A partir de quel âge peut-on être concerné ? » sont autant de questions qui sont ressorties lors de l'entretien.
Etant donné que nous sommes dans le domaine de la prévention, nous expliquons aux participants que l'absence de renseignements est volontaire. Elle amène le patient à s'interroger et à en parler avec son médecin. Il appartient alors au médecin de faire le

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

diagnostic et de prendre les décisions adaptées à son patient, en lui apportant toutes les explications qu'il est en droit d'attendre. Le groupe a validé cette proposition.

Concernant les couleurs, il n'y avait pas de problème de contraste. Il a cependant été suggéré d'utiliser un code couleur, par exemple le rouge pour dire « attention » ou le orange pour un conseil.

- Remarques sur la 1ère page :

D'un point de vue graphisme, voici les remarques qui ont été faites :

- aérer les différentes données
- remonter le titre un peu plus haut et augmenter la taille de la police
- mettre en plus gros les pavés verts

Nous avons suggéré de mettre un dessin sur la première page. Faute de proposition concrète avant la réunion, nous avons demandé aux participants ce que représentait pour eux l'ostéoporose.
Les premières « images » qui ont été énoncées ont été : « les quatre fers en l'air », ou encore une éponge, un os brisé ou un sportif.
Afin de renvoyer une image positive aux lecteurs de la brochure, nous avons décidé de positionner un sportif sur la première page. Après accord de tous les participants, c'est un randonneur qui a été choisi. Il a été proposé par un participant de mettre l'image en fond avec le texte dessus.

- « Qui est concerné ? »

Pour que les chiffres interpellent, les participants ont souhaité qu'ils soient en gras.

Le fait de signaler que l'ostéoporose concerne une femme sur trois et un homme sur cinq renvoie bien au terme de « maladie silencieuse ».

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

En revanche, le mot « handicap » renvoie à un état définitif, alors qu'il n'est pas forcement permanent. Tous les patients ostéoporotiques ne finissent pas handicapés. Afin de nuancer, d'autres mots ont été proposés pour qualifier le handicap : « récurrent », « passager », « possibilité » ou « séquelle ».
C'est le terme « risque de handicap » qui a été approuvé par tous les participants.

- Remarques sur la 2ème page :

Tout comme le premier groupe, la définition a été bien comprise par tous les participants et elle n'a pas été jugée trop longue.
Un détail a retenu l'attention d'un participant sur le fait que nous n'avions pas mis « col fémoral » mais « hanche ». La compréhension étant bonne par le groupe et ayant par ailleurs positionné « poignet » et non « radius/ulna », nous n'en avons pas modifié les termes.

La quantification de la consommation du tabac et de l'alcool a de nouveau suscité un débat dans le groupe.
Un participant était d'avis qu'il ne fallait pas consommer du tout, afin d' « enfoncer le clou » une bonne fois pour toute. Les mots « tabac » et « alcool » devaient donc être mentionnés sans adverbe. Le reste du groupe n'était pas d'accord sur ce point. Consommé en petite quantité, l'alcool peut être bénéfique pour la santé.
Il fallait cependant nuancer et remplacer « trop » par « excès », mais uniquement en ce qui concerne l'alcool.
Tous étaient d'avis que l'utilisation de références chiffrées pour quantifier la consommation d'alcool et de tabac était inutile.

Pour respecter les codes couleurs, l'utilisation d'une flèche orange est plus appropriée pour la recommandation « Parlez-en à votre médecin », car c'est un conseil.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Remarques sur la 3ème page :

Dans la question, l'emploi du verbe « lutter » a interpellé un participant. Il conduit à considérer que l'on a déjà de l'ostéoporose. Le terme « se protéger » est plus approprié dans le cadre de la prévention.

Il n'y a pas eu de remarque sur l'encadré sur l'activité physique.
Pour ce qui est de l'alimentation nous avons modifié « consommer des protéines (fixent le calcium) » par « consommation de protéines (fixant le calcium) ».

Le groupe n'a pas jugé nécessaire d'utiliser un astérisque pour signaler les informations complémentaires au verso concernant l'activité physique et l'alimentation. Sur le plan visuel cela peut alourdir la brochure, et les patients feuillèteront la totalité de la brochure ou pas du tout.

Concernant le graphisme et le code couleur, nous avons changé en vert les encadrés activité physique et alimentation, considérant qu'ils font référence à une recommandation. Quant à ce qu'il ne faut pas faire, c'est-à-dire la consommation de tabac et d'alcool, nous avons utilisé la couleur rouge.

- Remarques sur la 4ème page :

L'image a été trouvée sur le site de la MJC de Saumur. Leur accord a été recueilli pour l'utiliser dans la brochure.

L'usage de l'humour grâce à cette image amène un peu de légèreté et a été appréciée par tous les participants.

Tout comme les médicaments, nous avons mis en gras « équilibre » et « renforcement musculaire ». Pour diminuer le risque de chute, il faut attirer l'attention sur ces points qui sont indispensables.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une participante a particulièrement apprécié que l'on rappelle que les médicaments peuvent augmenter le risque de chute.

- Remarques sur la 5ème page :

Le groupe n'a pas émis de commentaire sur le contenu de cette page.

Au niveau de la forme, voici les remarques :

- augmenter la taille de la police du titre « l'activité physique »
- changer la couleur des flèches par du vert, pour rester cohérent avec le reste de la brochure
- pas d'objection à la présentation des sports sous forme de « bulle »

- Remarques sur la 6ème page :

Tout comme la page précédente, nous avons augmenté la police du titre « l'alimentation ».

Le mot « exemple » a été souligné pour bien mettre en avant que ce n'est qu'un modèle d'apport de calcium par jour.

Le nombre d'exemples de produits riches en calcium est suffisant. Nous risquons une perte d'attention des lecteurs à vouloir en donner plus.

Concernant la vitamine D, nous avons précisé que c'est à la lumière extérieure qu'il faut exposer son visage et ses bras.

Pour conclure sur la brochure, un participant a résumé par : « c'est bien ventilé et rapide à lire ».

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le groupe a jugé que la brochure parle et interpelle les gens. Il est essentiel de travailler sur les couleurs ou les images pour atteindre le plus grand nombre de patients.

Une participante a fait remarquer que nous n'avions pas abordé les traitements médicamenteux dans la brochure. C'est à ce moment que le rôle du médecin intervient, dans la continuité de cette brochure qui se veut rester dans le domaine de prévention.

3. La diffusion

De multiples options ont été balayées par le groupe : dans la salle d'attente du cabinet du médecin généraliste, sur le comptoir de la pharmacie, chez le kinésithérapeute ou encore au laboratoire d'analyses.

Unanimement, les participants ont aussi indiqué qu'il fallait que les patients puissent savoir où télécharger la brochure.

La version n°3 réalisée à la suite de ce groupe de travail est présenté en annexe 3.

Deuxième groupe de travail

- Langage clair et simple
- Bonne compréhension globale et format adapté
- Utiliser un code couleur (par exemple rouge pour alerter)
- Mettre un dessin de randonneur sur la 1ère page
- Participants interpellés par les chiffres
- Difficultés pour quantifier la consommation d'alcool et de tabac
- Important de rappeler le risque de chute avec certains médicaments
- Diffusion dans la salle d'attente du cabinet du médecin généraliste, chez le kinésithérapeute ou sur le comptoir de la pharmacie.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

III. Compte-rendu du troisième groupe de travail

La troisième réunion a eu lieu le 2 mars 2016 à la faculté de médecine de Lyon Est et a duré 1h10.

1. Présentation des participants

Le groupe était composé de 5 patients, 2 femmes et 3 hommes, âgés de 62 à 75 ans.

Tous étaient à la retraite, anciennement tripier, informaticien, professeur des écoles, assistante maternelle ou électroradiologiste.

Une femme avait été diagnostiquée ostéoporotique. Tous les participants pratiquaient une activité physique.

Etaient aussi présentes 2 infirmières du réseau ASALEE et une infirmière en observation dans le cadre de son diplôme interuniversitaire « Construction et coordination des parcours de santé ».

2. Commentaires des participants et modification de la fiche

- Les premières impressions sur la brochure

Une participante a indiqué que c'était une bonne première information sur l'ostéoporose, bien complète.
D'une façon générale, comme les deux premiers groupes, les participants ont trouvé cela « facile à lire », « très clair » et « bien présenté ».
Un des participants a « enfin compris ce que c'était que l'ostéoporose».

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une remarque a été faite sur l'absence du mot ostéodensitométrie dans la brochure. Nous leur expliquons que suite au premier groupe, celui-ci a été retiré. Cela a été bien entendu de l'ensemble du groupe.

- Remarques sur la 1ère page :

Le dessin du randonneur n'a pas convaincu certains participants car il représente un homme plutôt jeune. Ce n'est pas représentatif non plus car il y a plus de femmes que d'hommes qui sont touchés par l'ostéoporose.
Une infirmière a cependant indiqué que cela peut interpeller les patients.

Nous avons décidé de trouver une autre image pour la première page de la brochure.

Il est important de souligner que c'est une maladie silencieuse car on ne l'identifie qu'une fois la fracture présente. C'est une maladie sans douleur et sans symptôme. Le nombre de fractures par an est tout aussi percutant.

Un patient a proposé de séparer le nombre de fractures pour les hommes et pour les femmes. Une infirmière a expliqué que cela risquait de faire trop d'informations. Pour les patients qui ont du mal à s'investir dans leur pathologie, ils vont banaliser le problème si on leur dit qu'ils ont moins de risque que les autres.

Le groupe a validé le fait que nous ne détaillons pas les fractures.

- Remarques sur la 2ème page :

Le mot « solidité » à la place de « qualité » a été privilégié par les participants car il est plus parlant pour évoquer la robustesse de l'os.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Concernant les facteurs de risques d'ostéoporose, nous avons reformulé la question par « Quelles sont les facteurs de risques ? » et « corticoïdes » a été remplacé par « cortisone », plus utilisé dans le langage courant.

- Remarques sur la 3ème page :

La principale remarque sur cette page a reposé sur la compréhension que pourraient avoir les lecteurs de ce que sont les « protéines ». Après réflexion, nous avons décidé de ne pas développer plus car il y a un risque de surcharge et la mauvaise presse actuelle avec la viande peut bloquer les végétariens.
Le fait de ne pas développer peut permettre d'entamer la discussion avec le médecin.

- Remarques sur la 4ème page :

Une infirmière a proposé de présenter les médicaments comme une « alerte » et donc de les mettre à part dans un encadré.

Il n'y a pas eu de remarque sur la 5ème et 6ème page.

3. Le graphisme

Nous avons montré aux participants plusieurs tests de brochure afin qu'ils nous donnent leurs avis. Ils sont présentés en annexe 4.

Plusieurs idées en sont ressorties :

- ne pas mettre le dessin en fond car le texte ne se voit plus
- garder les flèches sur la première page car elles illustrent bien la progression
- le fond bleu a été préféré au jaune, jugé plus élégant et accrocheur
- mettre un couple de randonneur en première page

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. La diffusion

Concernant la diffusion de la brochure, plusieurs idées sont ressorties :

- mise à disposition dans les salles d'attente des médecins généralistes, des kinésithérapeutes ou bien dans les pharmacies
- diffusion par le biais des mutuelles : APICIL, MGEN, APRIL, MNH
- demande de diffusion auprès des mairies ou de la caisse primaire d'assurance maladie

Ils étaient tous d'avis que les patients ne vont pas aller chercher d'eux-mêmes une brochure sur internet.

L'absence de modification importante était un critère pour la validation du document et nous a permis d'arrêter l'étude après le troisième groupe de travail.

La version n°4 réalisée après ce groupe de travail est présenté en annexe 5.

Troisième groupe de travail

- Bonne première information sur l'ostéoporose et bien complète
- Nombre de fractures par an percutant
- Mettre un couple de randonneur sur la couverture car les hommes sont autant concernés que les femmes
- Diffusion par le biais des mutuelles

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

IV. La présentation du document d'information

Nous avons envoyé 20 mails avec la dernière version de la brochure, celle modifiée après le troisième groupe de travail. 19 mails ont été envoyés aux patients et un à une infirmière du réseau ASALEE.

Onze patients nous ont répondu. Les avis étaient très positifs et encourageants : « Tout est clair et agréablement expliqué », « Excellent dans l'ensemble (couleurs, dessins, structure…) », « Les modifications l'ont bien améliorée », « Brochure très aboutie », « Agréable, fluide et alertant », « Présentation et contenu très bons ».

Quelques remarques ont été faites :

- exemple de la sole pour les apports en calcium : cela coute cher, il faudrait plutôt proposer du cabillaud, des sardines ou du saumon
- manque de contraste de l'écriture blanche sur le orange
- introduire un infinitif (avoir, privilégier, respecter) avant « une alimentation » dans la partie « comment puis-je me protéger contre l'ostéoporose ? »
- pour les dangers, ne laisser qu'un panneau

La version finale réalisée suite aux envois de mails est présentée en annexe 6.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

DISCUSSION

I. Les forces et les limites

1. Les forces

a. L'originalité de la méthode

Nous avons utilisé la méthode décrite par l'HAS en 2008 pour l'élaboration d'un document écrit d'information destiné aux patients et aux usagers du système de santé (10).

Peu de thèses on été rédigées sous ce format. Elle permet de créer un document qui sera utile aux patients et aux usagers du système de santé. Nous avons travaillé en partenariat avec eux, pour eux.

b. La participation des patients

Cette méthode requiert la participation des patients et usagers à toutes les phases de la conception des documents écrits qui leur sont destinés.

Nous n'avons pas retrouvé de brochures existantes qui semblent avoir été évaluées auprès des patients.

En avril 2013, a été soutenue une thèse s'intitulant « APOROSE : conception d'un site internet d'aide à la prise en charge de l'ostéoporose en soins primaires » (20). Elle avait pour objectif de créer un site internet sous la forme d'un système d'aide à la décision clinique (SADC). On pouvait, entre autre, y trouver des « supports d'éducation » sous la forme de fiches d'informations destinées aux patients : une fiche « Info ostéoporose », une fiche « Info calcium » et une fiche « Info chutes ».
Ses fiches ont été conçues par celui qui a écrit la thèse à partir de modèles existants sur le

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

site du GRIO (support d'éducation du patient) et du British Medical Journal (BMJ) (21). Le site a été évalué dans son ensemble auprès d'un petit échantillon de médecins : 13 médecins sur 20 interrogés étaient tout à fait d'accord sur l'utilité des fiches-patients. En revanche, aucune évaluation n'a été faite auprès des patients.

Le GRIO a également mis à disposition sur son site des dépliants d'information sur la prévention de l'ostéoporose. Ils ont été écrits par les membres du comité scientifique et sont réactualisés régulièrement par ces mêmes personnes. Le contenu de ces brochures reprend les conseils généraux des Sociétés Savantes sur ce thème. Elles n'ont pas fait l'objet d'études d'évaluation par des patients ou des personnes du grand public.

La plupart des documents écrits sont rédigés par des experts d'une seule discipline. Les patients interviennent uniquement à la phase finale de la relecture.

c. Message clair et synthétique

Nous n'avons pas retrouvé sur internet de brochures synthétisant toutes les informations sur la prévention de l'ostéoporose.
Pour avoir toutes les informations, le patient est obligé de télécharger plusieurs brochures (alimentation, activité physique…). Les seules brochures regroupant toutes les informations, font plusieurs pages sans approche synthétique.

Pour créer notre fiche d'information, nous nous sommes appuyés sur les attentes exprimées par les patients lors du premier groupe de travail. Notre brochure propose une information synthétique. Elle contient les éléments essentiels pour la prévention de l'ostéoporose afin que le patient soit alerté et engage la discussion avec son médecin.
Nous retrouvons ce point fort dans les commentaires reçus suite à l'envoie par mail de la brochure : document « clair et agréablement expliqué », « agréable, fluide et alertant », « facile à lire et de manière rapide ».

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Les limites

a. Test de lisibilité

L'utilisation d'une méthode de test de la lisibilité est une étape décrite comme essentielle par l'HAS. Moins les efforts cognitifs réclamés par la lecture sont importants, meilleure est la perception des informations par le lecteur.
Plusieurs publications ont montré l'intérêt de l'utilisation de statistiques de lisibilité pour identifier la complexité d'un texte et améliorer sa lisibilité (22)(23). Les professionnels de santé sont confrontés à la différence entre le niveau de compétence de lecture des patients et le niveau de difficulté du vocabulaire médical.

Nous pensions réaliser un test de lisibilité. Ayant très peu de texte dans notre brochure, le logiciel de traitement de texte ne nous a pas permis d'utiliser ce type d'outils statistique.

L'HAS indique également que la relecture par un professionnel de la rédaction (journaliste, linguiste) peut être utile. Pour des raisons évidentes de coût, cela n'a pas été fait.

b. Méthode de diffusion

La méthode HAS prévoit de définir la stratégie de diffusion de la brochure dès l'étape initiale, avant même la conception du document.

Dans notre étude, les usagers et les professionnels, ont été inclus dans un second temps. La stratégie de diffusion a donc été discutée à partir du premier groupe de travail.

c. Les participants

L'HAS stipule que la participation des patients et usagers est requise à toutes les phases de la conception des documents écrits qui leur sont destinés. Pour des raisons de temps et de disponibilité des participants, nous avons réalisé cette étape en plusieurs temps :

- préparation à deux du contenu initial de la fiche (le Professeur Marie Flori et moi-

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

même),

- recueil des attentes des patients puis présentation et critique du document lors de plusieurs groupes de travail.

Dès le début, le contenu de la fiche doit être identifié à l'aide d'un groupe de travail multidisciplinaire. Nous avons préféré, lors des deux premiers groupes, réunir uniquement des patients afin de faciliter l'expression de chacun. Il nous semblait plus simple de prendre la parole dans un petit groupe, composé de semblables.

Notre mode de recrutement nous a amené à n'avoir, lors des groupes, que des patients retraités et avec un haut niveau d'étude.
Pour ce type d'étude, il n'est pas nécessaire d'avoir une population représentative. Une population plus diversifiée sur le plan social et de l'âge aurait cependant été souhaitable. Pour des questions d'organisation et de temps, cela n'a pas été possible. Des patients plus jeunes étaient intéressés par ce travail mais les réunions ayant lieu le matin, ils leurs étaient impossibles de se libérer.

Nous avons aussi observé une certaine auto-sélection car ne sont venus aux groupes de travail, que les participants intéressés et motivés.

d. L'évaluation par les professionnels

Le groupe de travail doit être multi-professionnel et représentatif des différents domaines professionnels, médicaux ou non, intéressés par le thème et impliqués dans la prise en charge des patients ciblés.
Les professionnels sollicités auraient pu être des médecins généralistes, rhumatologues, gynécologues-obstétriciens et infirmières impliqués dans le suivi des patients à risque d'ostéoporose. Nous avons choisis de recruter les infirmières spécialisées dans l'éducation et la prévention des patients en médecine générale. Elles travaillent chaque jour avec les

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

patients en médecine générale et savent apprécier leurs aptitudes ou leurs attentes en ce qui concerne les documents d'information.
Sachant que l'objectif de notre étude est d'intervenir en amont de la prise en charge grâce à la création d'un document destiné aux patients en médecine générale, il nous a semblé cohérent que la majorité des personnes consultées soit prioritairement des patients.

e. Le mode de recrutement

Effectuant des remplacements non réguliers et dispersés autour de Lyon, il a été difficile de recruter des patients pour les groupes de travail. Sur suggestion, récupérer les coordonnées des patients qui avaient accepté de participer à l'étude QUALIOP nous a semblé la solution la plus efficace pour constituer les groupes de travail.

La participation de personnes « naïves » est recommandée par l'HAS pour la conception de la brochure. La plupart des participants n'avaient aucune connaissance sur l'ostéoporose. Deux participants avaient déjà participé à un focus groupe dans le cadre de l'étude QUALIOP.

f. Les données de la littérature

Pour certains éléments de la brochure, tels que le nombres de fractures ou l'âge à partir duquel on peut parler d'ostéoporose pour l'homme, les données étaient multiples et variables. Il a fallu faire un choix donnant une information plus approximative sans dénaturer la réalité statistique.

En ce qui concerne les facteurs de risques, nous ne les avons pas tous énumérés. Cela a été justifié dans la partie « matériel et méthode ».

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

II. Les brochures

1. Leurs attentes concernant les documents d'information

Les principales critiques faites à l'égard des documents portent sur la nature et la présentation des informations (10) :

- la prévention est insuffisamment décrite pour être utile au quotidien
- il manque d'informations scientifiques
- le ton utilisé est souvent paternaliste et le vocabulaire trop technique

Après avoir étudié plusieurs items tels que la compréhension, la lisibilité, les références ou bien l'utilité, une étude a montré que l'attention se portait avant tout sur la présentation et la lisibilité plutôt que le contenu (24).

La méthode HAS énumère les conseils de rédaction et de présentation de l'information.
Les recommandations pour le langage, la syntaxe, la couleur, la structure du texte ou la mise en page sont les mêmes que ceux énoncés durant les groupes de travail.
Nous retrouvons aussi ces recommandations dans une revue de la littérature concernant la façon de présenter les informations aux patients pour qu'ils puissent prendre les décisions concernant leur santé (25):

- le langage et la présentation doivent être simple, attractive et facilement compréhensible
- le langage doit être non alarmiste et non condescendant
- les questions peuvent être utilisées comme point de départ
- la présentation doit être structurée et enrichie d'illustrations
- les sources d'informations doivent être décrites
- les bénéfices et les risques doivent être énoncés

En suivant tous ces critères, les patients doivent être capable de comprendre les informations, les utiliser pour prendre un décision et communiquer efficacement avec les professionnels de santé.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Les brochures existantes

Dans l'introduction nous avons parlé des brochures disponibles sur les sites APOROSE et du GRIO.

Notre recherche sur internet nous a permis de trouver des documents concernant l'ostéoporose sur des sites de laboratoire pharmaceutique, le site de l'ostéoporose du Canada et de l'IOF.

Après avoir étudié ces brochures, nous avons résumé leurs principaux avantages et inconvénients en se basant sur la bibliographie et les attentes énoncées par les participants lors des groupes de travail :

	Description	Avantages	Inconvénients
GRIO (www.grio.org)	5 documents: - « Courez-vous un risque d'ostéoporose ? » - « Restez actifs pour protéger vos os» - « Une alimentation équilibrée et riche en calcium pour des os plus solides » - « Les traitements médicamenteux de l'ostéoporose » - « A la maison, apprenons à éviter les dangers »	- rédaction par un comité scientifique et sources énoncées - titres accrocheurs - utilisation de données quantitatives - présentation sous forme de questions	- illustrations peu attractives
APOROSE (www.aporose.fr)	3 documents : - « Info ostéoporose » - « Info calcium » - « Info chutes »	- présentation sous forme de questions - rédaction selon la littérature scientifique	- pas d'illustration - format non adapté
Ostéoporose Canada (www.osteoporosecanada.ca)	9 documents : - « Comment faire pour avoir des os solides » - « Vivre bien avec l'ostéoporose » - « L'exercice pour des os en santé » - « La nutrition » - « L'ostéoporose secondaire » - « Les traitements pharmacologiques » - « Les hommes et l'ostéoporose » - « Le diagnostic » - « Eliminez les fractures une Fois pour Toutes »	- nombreuses réponses sur l'ostéoporose (diagnostic, traitements…)	- pas d'illustration - format non adapté - beaucoup de vocabulaire médical

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

IOF (www.iofbonehealth.org)	9 documents : - « Une nourriture saine pour des os sains » - « Décelez et réduisez vos risques d'ostéoporose » - « L'ostéoporose vous concerne » - « Visez haut, militez pour vos os ! » - « Une, ça suffit » - « Des femmes fortes pour des femmes plus fortes » - « Les vrais hommes développent leur force de l'intérieur » - « Des os solides ! »	- 10 langues disponibles	- manque de clarté de certains titres, le sujet n'est pas identifiable - présentation manquant de lisibilité
Laboratoire Lilly (www.lilly.fr/fr/maladie/osteoporose/ brochures.aspx)	2 documents : - « Les bonnes habitudes pour lutter contre l'ostéoporose » - « L'ostéoporose post-ménopausique »	- rédigées en collaboration avec des professeurs de médecine - les sources sont énoncées - présentation colorée	- seule l'ostéoporose post-ménopausique est abordée - photos peu attractives
Interpharma (www.interpharma.ch/fr/3521-osteoporose-agir-vite-pour-reduire-le-risque)	1 document : « Ostéoporose : agir vite pour réduire le risque »	- tout est résumé en une seule brochure - utilisation de questions	- manque de lisibilité - les informations principales sont difficiles à identifier

Les inconvénients, de façon générale, pour toutes les brochures sont :

- L'utilisation de photos de personnes âgées. Les patients pourraient ne pas se reconnaître dans les photos. Ne se sentant pas concernés ils pourraient ne pas lire le document

- La présentation sous forme de paragraphes imposants avec manque de lisibilité et d'attractivité

- Les nombreux tableaux représentant la quantité de calcium par aliment sont trop abstraits

- L'absence de résumé sur la prévention de l'ostéoporose en une seule brochure

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Certaines brochures peuvent être utiles pour un complément d'information, après une première approche sur la prévention de l'ostéoporose.

III. L'information aux patients

Les dépliants et autres moyens d'information (site web, vidéo…) ont longtemps été considérés comme faisant partie intégrante des stratégies éducatives visant à promouvoir la santé, persuader les gens à adopter des modes de vies sains et améliorer l'acceptation du dépistage (26).

Ils ont également été développés pour éduquer les patients à prendre soin de leur maladie chronique comme l'hypertension artérielle, les lombalgies, le stress ou bien la façon de prendre correctement ses médicaments.

De nos jours, nous avons de plus en plus intérêt à fournir une information pour accompagner les patients dans le choix des traitements et des stratégies pour gérer leurs problèmes de santé (27).

Si les patients doivent être des participants actifs dans les décisions concernant leurs soins, l'information qui leur est distribuée doit s'appuyer sur les données actuelles de la science et leur être présentée sous une forme pertinente. Les documents d'information ne remplacent pas une discussion orale. Les consultations sont généralement courtes et il est prouvé que les patients ne reçoivent pas toujours l'information qu'ils veulent et dont ils ont besoin (28).

Les documents peuvent donc jouer un rôle important pour compléter et renforcer les informations fournies par le médecin. Ceux-ci doivent être conformes à la littérature scientifique et être testées pour garantir leur bonne compréhension et leur pertinence.

Un document écrit d'information vise à mettre à disposition des patients, des usagers du système de santé et de leurs proches, une information écrite accessible, reposant sur des sources d'information valides (10). Les professionnels de santé sont tenus par la loi du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé » d'informer chaque personne soignée (29).

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

En complément d'une information orale, le document écrit contribue à une participation active aux soins (26). Le développement d'un document d'information, complète l'information délivrée oralement au cours de la consultation et constitue un outil d'aide à la prise de décision (30).

Certains patients ou usagers préfèrent prendre leurs propres décisions sur la base d'informations valides transmise par le médecin. D'autres préfèrent partager la prise de décision avec le professionnel de santé sur un mode partenarial (31). Certains suivent les propositions qui leurs sont faites et ne remettent pas en cause une décision prise par le professionnel de santé.

L'information et l'éducation à la santé font partie des missions d'un médecin généraliste. Pour réaliser le document d'information, il nous fallait l'aide et l'avis des patients afin de correspondre au mieux à leurs attentes. Le recours au « groupe de travail » était la technique la plus adaptée pour libérer la parole et favoriser une dynamique de communication.

IV. Le devenir

1. La diffusion

Il faut dans un premier temps déterminer le support du document d'information :

- la version papier qui a l'avantage de pouvoir être mis à disposition du plus grand nombre de personnes dans les cabinets de médecine générale, de kinésithérapeute ou en pharmacie

- sur un site internet qui est un moyen de plus en plus répandu, permettant une actualisation facile. Cependant l'accès au site internet nécessite un équipement adapté et un minimum d'apprentissage de la technologie. Une feuille A4, plié en 3 n'est peut-être pas le meilleur format pour ce type de diffusion car la lecture est rendue pus difficile.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour qu'elle soit diffusée au plus grand nombre de patients, nous avons exploré plusieurs possibilités de diffusion :

➢ Sous format digital :

- le site www.prevenclic.fr (32) a été créé par des médecins pour des professionnels de santé. Il propose des outils validés, sélectionnés et faciles d'accès afin de mener des actions de prévention individuelles et collectives. Ce site propose notamment des brochures téléchargeables mais aucune information sur l'ostéoporose. En proposant sur le site notre document d'information sur la prévention de l'ostéoporose, le médecin généraliste pourrait le remettre directement lors d'une consultation.

- le site Ameli (33), l'assurance maladie en ligne, met à disposition des dossiers concernant différents actes de prévention (cancer du col de l'utérus, la vaccination…). Il propose notamment une information sur l'ostéodensitométrie. La diffusion du document d'information sur ce site permettrait de toucher un public plus large.

- le site du département de médecine générale de Lyon pourrait mettre en ligne la brochure permettant alors d'être accessibles aux étudiants et aux enseignants de médecine générale.

➢ Sous format papier :

- brochure à proposer à différentes mutuelles (APICIL, MGEN, APRIL…) afin qu'ils l'envoient aux assurés concernés.

- brochure à proposer via l'INPES (17) qui est un acteur de santé publique chargé des politiques de prévention et d'éducation à la santé. Il a été créé suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Sa mission entre parfaitement dans les objectifs de la brochure. Leur aide pour la diffusion du document d'information serait un moyen idéal.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. L'évaluation de la fiche d'information

Une des étapes nécessaires à la validation des documents selon la méthodologie HAS est l'évaluation de l'impact du document, autrement dit l'évaluation de son efficacité « en situation » concernant l'amélioration de la prévention de l'ostéoporose en médecine générale.

Rédiger un document d'information selon des critères méthodologiques optimaux ne suffit pas à créer un processus d'amélioration continue des pratiques. Il faut non seulement les porter à la connaissance des patients grâce à une diffusion large, mais surtout induire leur utilisation effective par des méthodes de mise en œuvre performantes.

Lorsqu'on veut faire appliquer des recommandations médicales ou des références médicales, il est systématiquement nécessaire d'envisager des méthodes appropriées de diffusion et de mise en œuvre de ces recommandations.

L'évaluation d'une fiche d'information se fait sur :

- l'audience de la brochure : a-t-elle intéressé le public ? A-t-elle répondu à ses attentes?
- la connaissance par le public du document : les moyens de diffusion ont-ils été efficaces ?
- l'atteinte de l'objectif initial
- l'aspect pratique et utile du document
- la satisfaction des utilisateurs

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation (ANAES) a publié en 2000 un protocole « Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales » (34) qui pourrait être utilisé pour tester notre brochure. Après une revue de la littérature, il semblerait que la distribution de documents imprimés (par mailing, contacts personnels ou internet) soit susceptible d'influencer la pratique médicale. Cependant, la diffusion simple de recommandations ou de matériels éducatifs n'a pas à elle seule d'impact jugé cliniquement

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

important. Les auteurs soulignent que la diffusion simple pourrait être d'un bon rapport coût/efficacité, bien qu'il n'existe pas d'étude précise sur ce sujet.

Sur le site du groupe EPOC (Effective Practice and Organisation of Care)(35), les méthodes d'évaluation à privilégier dans les mesures d'impact sont les suivantes :

- essais randomisés
- essais contrôlés
- études avant/après
- séries chronologiques

Ces méthodes nous paraissent peu adaptées à l'évaluation de notre brochure, ils sont plus adaptés aux études quantitatives, alors qu'un document écrit d'information répond à une logique qualitative.

Pour exemple, une étude a été publiée en 2004 sur l'évaluation de l'intérêt de la distribution, à la sortie de maternité, d'une brochure d'information sur la bronchiolite (36).
La brochure, rédigée par deux professeurs, a été distribuée à 1500 parents. 800 questionnaires ont été envoyés avec diverses questions sur la brochure, les autres sources d'information ou les consultations. Cette étude montre que les parents sont demandeurs d'une information sur la bronchiolite puisque 90% des répondants ont lu la brochure. En revanche, cette étude n'a pas permis d'étudier un changement de comportement des parents ou une efficacité en terme de consultation ou d'hospitalisation.

Idéalement, pour étudier l'impact de la brochure il faudrait pouvoir la comparer avec une autre brochure. Faire appel à des professionnels spécialisés dans la réalisation d'enquêtes peut-être utile afin d'explorer plutôt la dimension sciences humaines.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

Nom, prénom du candidat : Jarry Audrey

CONCLUSIONS

Améliorer la santé des populations passe par le renforcement de l'information, qu'elle soit orale ou écrite. Les patients sont demandeurs d'une information sur l'ostéoporose qui pourrait ouvrir le dialogue avec le professionnel de santé et ainsi favoriser la communication.

La prévention des fractures dues à l'ostéoporose a été déclarée « cause prioritaire » par l'OMS en 2000 en raison des lourdes conséquences de ces fractures en terme de morbidité/mortalité. La population vieillissant, le problème va grandissant avec un impact de plus en plus important sur notre système de santé.

Pour ces raisons, nous avons souhaité réaliser un document d'information destiné à ces patients en médecine générale, sous la forme d'une brochure simple et claire. Nous avons utilisé la méthode décrite par l'HAS en 2008 pour l'élaboration d'un document écrit d'informations destiné aux patients et aux usagers du système de santé. Afin de répondre aux attentes des patients, nous avons travaillé en collaboration avec eux, mais aussi des professionnels du système de santé (infirmières du réseau ASALEE).

La recherche bibliographique nous a permis de sélectionner les informations validées utilisées pour le contenu initial de notre brochure. Le document initial a été soumis, pour discussion, à des groupes de travail afin d'apporter les modifications nécessaires pour qu'il soit validé.

Trois groupes de travail et un envoi groupé de mails ont été réalisés. Plusieurs items ont été abordés :

- le contenu du document : définition de l'ostéoporose et de ses facteurs de risques, l'activité physique, l'alimentation et la prévention des chutes
- la présentation de la brochure
- le mode de diffusion

Ce mode de développement, concerté et par étapes, a permis de formuler et présenter au mieux les différents éléments de la brochure. Tous les participants souhaitaient une brochure simple, facile et agréable à lire, tout en gardant un esprit ludique avec des illustrations. Cette brochure permettrait de créer une « alerte » sur l'ostéoporose en étant diffusée dans les cabinets de médecine générale ou bien via des mutuelles. L'amélioration globale du document a été réalisée avec l'aide d'un graphiste et d'une dessinatrice.

(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine
Lyon Est

La grande force du document est qu'il a été rédigé en association avec les patients. Il apporte un message pertinent et synthétique sur la prévention de l'ostéoporose. Le format utilisé, lié à une véritable stratégie cohérente de communication, vise à faciliter la participation des personnes à la prise de décision les concernant.

La prochaine étape sera de diffuser le document auprès des professionnels et des usagers par le biais des mutuelles, de l'assurance maladie ou bien de l'INPES.

Pour aller au bout de cette démarche, il faudra envisager d'évaluer l'impact de la brochure. Cette dernière étape pourrait être l'objet d'un sujet de thèse ultérieur.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

Pr J.P. DUBOIS

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon-Est

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I

Professeur Jérôme ETIENNE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 30 MAI 2016

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS séries de rapports 1994. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39667/1/WHO_TRS_843_fre.pdf?ua=1

2. HAS: Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/osteoporose_synthese.pdf

3. Actualisation 2012 des recommandations françaises du traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Rhuatisme. 2012 mai;

4. Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, Nguyen TV, Eisman JA, Center JR. Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. JAMA. 2009 Feb 4;301(5):513–21.

5. Kitching JB. Patient information leaflets--the state of the art. J R Soc Med. 1990 May;83(5):298–300.

6. BEDOUET A. Représentations et connaissances des médecins généralistes concernant l'ostéoporose et sa prise en charge. Etude qualitative à partir de 16 entretiens individuels. Lyon Est; 2015.

7. SIMON V, MOTTEAU C. Représentations et connaissances de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées. Etude qualitative à patir de 9 focus groups. Lyon Est; 2015.

8. Rizzoli R, Brandi ML, Dreinhöfer K, Thomas T, Wahl D, Cooper C. The gaps between patient and physician understanding of the emotional and physical impact of osteoporosis. Archives of Osteoporosis. 2010 Sep;

9. Entwistle VA, Sheldon TA, Sowden A, Watt IS. Evidence-informed patient choice. Practical issues of involving patients in decisions about health care technologies. Int J Technol Assess Health Care. 1998;14(2):212–25.

10. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du sytème de santé. [Internet]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf

11. Hernlund E, Svedbom A, Ivergard M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. 2013;

12. Briot K, Cortet B, Trémollières F, Sutter B, Thomas T, Roux C, et al. Ostéoporose masculine : démarche diagnostique. Identification des hommes à risque de fracture et identification des patients nécessitant un traitement. Rev Rhum. 2009 Mar;76(3):216–21.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

13. Dargent-Molina P. Épidémiologie et facteurs de risque d' ostéoporose. Rev Médecine Interne. 2004 Dec;25:S517–25.

14. Fontana A, Delmas PD. L'ostéoporose : épidémiologie, clinique et approches thérapeutiques. médecine/sciences. 2001;17(12):9.

15. INSERM ostéoporose. 2015 Jan 17; Available from: http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/osteoporose

16. Kanis JA, Johansson H, Johnell O, Oden A, De Laet C, Eisman J, et al. Alcohol intake as a risk factor for facture. Osteoporos Int. 2005;

17. Site INPES. [cited 2016 Jun 3]; Available from: http://www.inpes.sante.fr

18. OMS | Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé [Internet]. WHO. [cited 2016 Apr 29]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/

19. Site IOF [Internet]. [cited 2016 Feb 13]. Available from: http://www.iofbonehealth.org/data-publications/bone-health-brochures

20. GILBERT R. APOROSE: conception d'un site internet d'aide à la prise en charge de l'ostéoporose en soins primaires. 2013.

21. Best Practice: Patient information from the BMJ Group [Internet]. [cited 2016 Mar 4]. Available from: http://bestpractice.bmj.com/best-practice/pdf/patient-summaries/532615.pdf

22. Henry G. Comment mesurer la lisibilité. Rev Fr Pédagogie. 1976;36(1):71–4.

23. Meade CD, Smith CF. Readability formulas: Cautions and criteria. Patient Educ Couns. 1991 Apr 1;17(2):153–8.

24. Entwistle VA, Watt IS, Davis H, Dickson R, Pickard D, Rosser J. Developing information materials to present the findings of technology assessments to consumers. The experience of the NHS Centre for Reviews and Dissemination. Int J Technol Assess Health Care. 1998;14(1):47–70.

25. Council NH and MR. How to Prepare and Present Evidence-based Information for Consumers of Health Services: A Literature Review [Internet]. 2009 [cited 2016 Apr 27]. Available from: https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp72

26. Coulter A. Evidence based patient information. BMJ. 1998 Jul 25;317(7153):225–6.

27. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res Policy. 1997 Apr;2(2):112–21.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

28. Sbaih LC. What seems to be the matter: communication between hospital and patients. Accid Emerg Nurs. 1995 Jan 1;3(1):51.

29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

30. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Serv Res Policy. 1997 Apr;2(2):112–21.

31. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007 Dec 15;19(5):413–25.

32. Site preventclic. [cited 2016 Apr 20]; Available from: http://www.prevenclic.fr/page-0-0-0.html

33. site Améli. [cited 2016 Apr 20]; Available from: http://www.ameli.fr

34. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales [Internet]. ANES; 2000 [cited 2016 Apr 26]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/effimeth.pdf

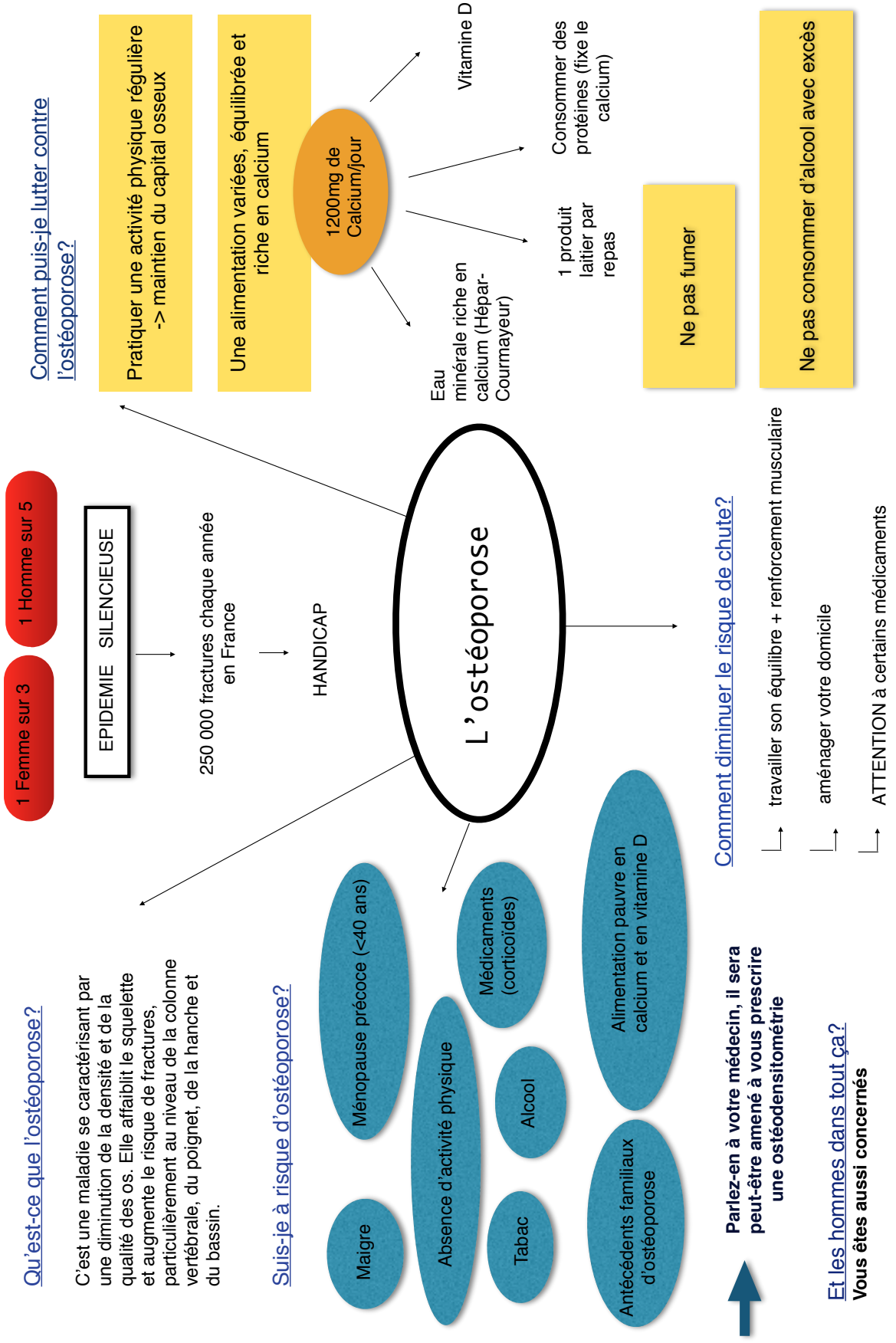
35. Our reviews | Cochrane Effective Practice and Organisation of Care [Internet]. [cited 2016 Apr 28]. Available from: http://epoc.cochrane.org/our-reviews

36. Levaillant B, Guillois B, Bonte J-B, Brouard J, Herlicoviez M. Enquête d'opinion auprès de parents sur l'intérêt de la distribution, à la sortie de maternité, d'une brochure d'informations sur la bronchiolite. Arch Pédiatrie. 2008 Mar;15(3):324–5.

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXES

Annexe 1 : Première version de la brochure



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 2 : Deuxième version de la brochure

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qu'est-ce que l'ostéoporose?

C'est une maladie se caractérisant par une diminution de a densité et de la qualité des os. Affaiblissant le squelette, elle augmente le risque de fractures (colonne vertébrale, poignet, hanche et bassin).

Suis-je à risque d'ostéoporose?

- Maigreur
- Sédentarité
- Ménopause précoce (avant 40 ans)
- Trop de tabac
- Médicaments (prise de corticoïdes plus de 3 mois)
- Antécédents familiaux d'ostéoporose
- Alimentation pauvre en calcium et en vitamine D
- Trop d'alcool

→ **Parlez-en à votre médecin.**

Comment puis-je lutter contre l'ostéoporose?

Pratiquer une activité physique régulière -> maintien du capital osseux

Une alimentation variée, équilibrée et riche en calcium

1200mg de Calcium/jour

- Eau minérale riche en calcium
- Vitamine D
- 1 produit laitier par repas
- Consommer des protéines (fixe le calcium)

Mieux vaut ne pas fumer

Mieux vaut ne pas consommer d'alcool avec excès

Comment diminuer le risque de chute?

- travailler son équilibre
- faire du renforcement musculaire
- **ATTENTION: certains médicaments** (anti-dépresseurs, somnifères, anxiolytiques, anti-hypertenseurs) **peuvent augmenter le risque de chute.**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 3 : Troisième version de la brochure

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qu'est-ce que l'ostéoporose?

C'est une maladie qui se caractérise par une diminution de la densité et de la qualité des os. Affaiblissant le squelette, elle **augmente le risque de fractures** (colonne vertébrale, poignet, hanche et bassin).

Suis-je à risque d'ostéoporose?

- Maigreur
- Sédentarité
- Ménopause précoce (avant 40 ans)
- Trop de tabac
- Médicaments (prise de corticoïdes plus de 3 mois)
- Antécédents familiaux d'ostéoporose
- Excès d'alcool
- Alimentation pauvre en calcium et en vitamine D

→ **Parlez-en à votre médecin.**

Comment puis-je me protéger contre l'ostéoporose?

Pratiquer une activité physique régulière -> maintien du capital osseux

Une alimentation variée, équilibrée et riche en calcium

1200mg de Calcium/jour

- Eau minérale riche en calcium
- 1 produit laitier par repas
- Vitamine D
- Consommation de protéines (fixant le calcium)

Mieux vaut ne pas fumer

Mieux vaut ne pas consommer d'alcool avec excès

Comment diminuer le risque de chute?

- travailler son **équilibre**
- faire du **renforcement musculaire**
- **ATTENTION: certains médicaments** (anti-dépresseurs, somnifères, anxiolytiques, anti-hypertenseurs) **peuvent augmenter le risque de chute.**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 4 : Propositions de présentation

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche — Gymnastique — Tennis



Entretien de l'équilibre

Qi Gong — Thai-Chi — Danse



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo — Natation — Ski de fond



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour



portion d'emmental (30g) = 300mg



1 yaourt = 190mg



1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg
(1L d'eau du robinet = 80mg)



1 verre de lait = 110 mg



100g de sole = 100mg



1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos bras **15 min par jour à la lumière extérieure.**
- Mangez des **poissons gras**, du **jaune d'oeuf**, du **beurre.**

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES
chaque année en France
Risque de **HANDICAP**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche — Gymnastique — Tennis



Entretien de l'équilibre

Qi Gong — Thai-Chi — Danse



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo — Natation — Ski de fond



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour


portion d'emmental (30g) = 300mg


1 yaourt = 190mg


1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg
(1L d'eau du robinet = 80mg)


1 verre de lait = 110 mg


100g de sole = 100mg


1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos bras **15 min par jour à la lumière extérieure.**
- Mangez des **poissons gras**, du **jaune d'oeuf**, du **beurre.**

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES
chaque année en France
Risque de **HANDICAP**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche *Gymnastique* *Tennis*



Entretien de l'équilibre

QI Gong *Thai-Chi* *Danse*



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo *Natation* *Ski de fond*



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour



portion d'emmental (30g) = 300mg



1 yaourt = 190mg



1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg (1L d'eau du robinet = 80mg)



1 verre de lait = 110 mg



100g de sole = 100mg



1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- *Exposez votre visage et vos bras 15 min par jour à la lumière extérieure.*
- *Mangez des poissons gras, du jaune d'oeuf, du beurre.*

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES chaque année en France

Risque de **HANDICAP**



JARRY (CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche *Gymnastique* *Tennis*



Entretien de l'équilibre

QI Gong *Thaï-Chi* *Danse*



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo *Natation* *Ski de fond*



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour


portion d'emmental (30g) = 300mg


1 yaourt = 190mg


1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg
(1L d'eau du robinet = 80mg)


1 verre de lait = 110 mg


100g de sole = 100mg


1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- *Exposez votre visage et vos bras 15 min par jour à la lumière extérieure.*
- *Mangez des poissons gras, du jaune d'oeuf, du beurre.*

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES
chaque année en France

Risque de **HANDICAP**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche *Gymnastique* *Tennis*

Entretien de l'équilibre

QI Gong *Thaï-Chi* *Danse*

Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo *Natation* *Ski de fond*

L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour

portion d'emmental (30g) = 300mg

1 yaourt = 190mg

1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg (1L d'eau du robinet = 80mg)

1 verre de lait = 110 mg

100g de sole = 100mg

1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos bras **15 min par jour à la lumière extérieure**.
- Mangez des **poissons gras**, du **jaune d'oeuf**, du **beurre**.

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES chaque année en France

Risque de **HANDICAP**



JARRY (CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche *Gymnastique* *Tennis*



Entretien de l'équilibre

QI Gong *Thaï-Chi* *Danse*



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo *Natation* *Ski de fond*



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour

portion d'emmental (30g) = 300mg


1 yaourt = 190mg


1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg (1L d'eau du robinet = 80mg)


1 verre de lait = 110 mg


100g de sole = 100mg


1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos bras **15 min par jour à la lumière extérieure**.
- Mangez des **poissons gras**, du **jaune d'oeuf**, du **beurre**.

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES
chaque année en France

Risque de **HANDICAP**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche — Gymnastique — Tennis



Entretien de l'équilibre

QI Gong — Thaï-Chi — Danse



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo — Natation — Ski de fond



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour

portion d'emmental (30g) = 300mg


1 yaourt = 190mg


1L d'Hépar ou de Contrex = 500mg
(1L d'eau du robinet = 80mg)


1 verre de lait = 110 mg


100g de sole = 100mg


1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos bras **15 min par jour à la lumière extérieure**.
- Mangez des **poissons gras**, du **jaune d'oeuf**, du **beurre**.

L'ostéoporose

Qui est concerné?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

250 000 FRACTURES
chaque année en France
Risque de **HANDICAP**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 5 : Quatrième version de la brochure

L'ostéoporose

Qui est concerné ?

1 femme sur 3 à partir de **50 ans**

1 homme sur 5 à partir de **70 ans**

Maladie silencieuse

↓

250 000 FRACTURES chaque année en France

↓

Risque de **HANDICAP**

L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour

portion d'emmental (30g) = 300mg

1 yaourt = 190mg

1 litre d'Hépar ou de Contrex = 500mg (1 litre d'eau du robinet = 80mg)

1 verre de lait = 110 mg

100g de sole = 100mg

1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos avant bras 15 min par jour à la lumière extérieure.
- Mangez des poissons gras, du jaune d'oeuf, du beurre.

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche *Gymnastique* *Tennis*

Entretien de l'équilibre

Qi Gong *Tai-Chi* *Danse*

Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo *Natation* *Ski de fond*

Thèse de médecine générale de **Audrey Jarry** CUMG

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qu'est-ce que l'ostéoporose?

C'est une maladie qui se caractérise par une diminution de la densité et de la solidité des os. Affaiblissant le squelette, elle **augmente le risque de fractures** (colonne vertébrale, poignet, hanche et bassin).

Quels sont les facteurs de risques?

- Excès d'alcool
- Antécédents familiaux d'ostéoporose
- Ménopause précoce (avant 40 ans)
- Sédentarite
- Trop de tabac
- Médicaments (prisede cortisone plus de 3 mois)
- Alimentation pauvre en calcium et en vitamine D
- Maigreur

➡ **Parlez-en à votre médecin**

Comment puis-je me protéger contre l'ostéoporose?

Pratiquer une activité physique régulière
→ maintien du capital osseux

Une alimentation variée, équilibrée et riche en calcium

1200mg de Calcium/jour

- Eau minérale riche en calcium
- Vitamine D
- 1 produit laitier par repas
- Consommation de protéines (fixant le calcium)

⚠ Eviter de fumer

⚠ Eviter de consommer de l'alcool avec excès

Comment diminuer le risque de chute?

- Travailler son **équilibre**
- Faire du **renforcement musculaire**



ATTENTION: **certains médicaments** (anti-dépresseurs, somnifères, anxiolytiques, anti-hypertenseurs) **peuvent augmenter le risque de chute.**

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'activité physique

Adaptée à votre état de santé général

Bénéfice osseux direct

Marche — Gymnastique — Tennis



Entretien de l'équilibre

Yoga — Tai-Chi — Danse



Maintien du capital musculaire et cardio-vasculaire

Vélo — Natation — Ski de fond



L'alimentation

Calcium

Exemple pour un apport de 1200mg de calcium par jour

portion d'emmental (30g) = 300mg



1 yaourt = 190mg



1 litre d'Hépar ou de Contrex = 500mg
(1 litre d'eau du robinet = 80mg)



1 verre de lait = 110 mg



100g de sole = 100mg



1 portion de légumes verts = 120mg

Vitamine D

- Exposez votre visage et vos avant bras 15 min par jour à la lumière extérieure.
- Mangez des poissons gras, du jaune d'oeuf, du beurre.

Thèse de médecine générale de
Audrey Jarry

CUMG Lyon — Collège Universitaire de Médecine générale

L'ostéoporose

Qui est concerné?

A partir de **50 ans**

1 femme sur 3 — **1 homme sur 5**

Maladie silencieuse

↓

250 000 FRACTURES
chaque année en France

↓

Risque de **HANDICAP**



JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Qu'est-ce que l'ostéoporose?

C'est une maladie qui se caractérise par une diminution de la densité et de la solidité des os. Affaiblissant le squelette, elle **augmente le risque de fractures** (colonne vertébrale, poignet, hanche et bassin).

Quels sont les facteurs de risques?

- Excès d'alcool
- Antécédents familiaux d'ostéoporose
- Ménopause précoce (avant 40 ans)
- Sédentarité
- Trop de tabac
- Médicaments (prise de cortisone plus de 3 mois)
- Alimentation pauvre en calcium et en vitamine D
- Maigreur

➡ **Parlez-en à votre médecin**

Comment puis-je me protéger contre l'ostéoporose?

Pratiquer une activité physique régulière
→ maintien du capital osseux

Privilégier une alimentation variée, équilibrée et riche en calcium

1200mg de Calcium/jour

- Eau minérale riche en calcium
- Vitamine D
- 1 produit laitier par repas
- Consommation de protéines (fixant le calcium)



Eviter de fumer

Eviter de consommer de l'alcool avec excès

Comment diminuer le risque de chute?

- Travailler son **équilibre**
- Faire du **renforcement musculaire**



ATTENTION: **certains médicaments** (anti-dépresseurs, somnifères, anxiolytiques, anti-hypertenseurs) **peuvent augmenter le risque de chute.**

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

JARRY Audrey

La prévention de l'ostéoporose en médecin générale : élaboration d'un document d'information à l'attention des patients

85 pages
Thèse de médecine: Lyon 2016 ; N°124

RÉSUMÉ :

Améliorer la santé des populations passe par le renforcement de l'information, qu'elle soit orale ou écrite. Les patients sont demandeurs d'une information sur l'ostéoporose qui pourrait ouvrir le dialogue avec le professionnel de santé et ainsi favoriser la communication. Nous avons souhaité réaliser un document d'information destiné à ces patients en médecine générale. Pour cela, nous avons suivi la méthode décrite par l'HAS en 2008 pour l'élaboration d'un document écrit d'informations destiné aux patients et aux usagers du système de santé.

La recherche bibliographique a permis de sélectionner les informations validées (définition de l'ostéoporose, facteurs de risques, alimentation et activité physique) utilisées pour le contenu initial de notre brochure. Le document initial a été soumis, pour discussion, à des groupes de travail (patients et professionnels de santé) afin d'apporter les modifications nécessaires pour qu'il soit validé. Trois groupes de travail et un envoi de mails ont été réalisés. Plusieurs items ont été abordés : le contenu du document, la présentation de la brochure, le mode de diffusion.

Ce mode de développement, concerté et par étapes, a permis de formuler et présenter au mieux les différents éléments de la brochure. Tous les participants souhaitaient une brochure simple, facile et agréable à lire, tout en gardant un esprit ludique avec des illustrations. Cette brochure permettrait de créer une « alerte » sur l'ostéoporose en étant diffusée dans les cabinets de médecine générale ou bien via des mutuelles. L'amélioration globale du document a été réalisée avec un graphiste et une dessinatrice.

La grande force du document est qu'il a été rédigé en association avec les patients. Il apporte un message pertinent et synthétique sur la prévention de l'ostéoporose. Le format utilisé, lié à une véritable stratégie cohérente de communication, vise à faciliter la participation des personnes à la prise de décision les concernant.

MOTS CLES : Ostéoporose, prévention, information patient, brochure

JURY :
Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS
Membres : Madame le Professeur Anne-Marie SCHOTT- PETHELAZ
Madame le Professeur Marie FLORI
Madame le Docteur Blandine MERLE

DATE DE SOUTENANCE : 23 juin 2016

Adresse de l'auteur : audrey7234@hotmail.fr

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)

JARRY
(CC BY-NC-ND 2.0)