



HAL
open science

Évaluation de la gravité ressentie par les familles des patients pris en charge en intervention SMUR après information médicale

Laetitia Minguet

► **To cite this version:**

Laetitia Minguet. Évaluation de la gravité ressentie par les familles des patients pris en charge en intervention SMUR après information médicale. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00767866

HAL Id: dumas-00767866

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00767866>

Submitted on 20 Dec 2012

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année : 2012

N° d'ordre

Évaluation de la gravité ressentie par les familles des patients pris en charge en intervention SMUR après information médicale

**THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE**

DIPLÔME D'ETAT

**Laetitia MINGUET (née LAZARE)
Née le 25 Mars 1981 à Clamart (92)**

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble

Le 19 décembre 2012

Devant le jury composé de :

Madame le Professeur F. CARPENTIER

Présidente du jury

Monsieur le Professeur V. DANIEL

Monsieur le Professeur J. LABARERE

Monsieur le Docteur F.X. AGERON

Monsieur le Docteur G. DEBATY

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A **Madame le Professeur Carpentier**, qui me fait l'honneur de présider ce travail et pour son enseignement de la médecine d'urgence.

A **Monsieur le Professeur Danel**, qui me fait l'honneur de juger ce travail et pour son accueil au sein de son service.

A **Monsieur le Professeur Labarère**, dont la présence dans ce jury est un honneur et pour ses encouragements.

A **Monsieur le Docteur Ageron** : FX, pour ta disponibilité, tes encouragements et ta virtuosité déconcertante avec les stat. Un immense merci!

A mon directeur de thèse, le **Docteur Debaty** : Guillaume, pour m'avoir confié ce travail, pour n'avoir jamais douté que j'arriverai au bout, pour ton aide précieuse et ta gentillesse.

Au **Professeur Azoulay**, à **Marine Chaize** et à **Cécile Nurra**, pour m'avoir aiguillée et incitée à mener cette étude.

A **Valérie Descombe** pour m'avoir toujours rendu service et encouragée avec le sourire!

A **toute l'équipe du SAMU 74** : pour votre efficacité légendaire à inclure, joli travail, sans vous, je n'aurai pas pu présenter grand chose...Merci Guillaume particulièrement!

A **toute l'équipe du SAMU 38** de la régule aux médecins en passant par les secrétaires, les IDE et les ambulanciers: pour votre accueil toujours chaleureux à toutes heures de la nuit et du jour et pour votre collaboration.

A **mes chefs de services** durant mon internat : Gilles, Christian, Philippe, Jean-Marc, Jean-François et Vincent.

A **mes maîtres de stage** du Grand bo: Pierre et Jean. Pierre, j'aurai encore la joie de faire une saison à tes côtés.

A **mon très cher mari**, pour toute la joie que l'on partage! Je suis si fière de toi même si je ne comprends rien aux conflits d'Orient! Ma thèse à côté, c'est une mince affaire... Tu sais à quel point tu me manqueras en ce jour mais tu es présent dans mon cœur à chaque instant.

A **notre petit trésor de Pernelle**, pour m'avoir encouragée nuit et jour depuis ta naissance à devenir Docteur. Voilà, c'est presque fait! Désormais, tu n'entendras plus le mot thèse. Pas la peine de l'apprendre! On en fait une belle de base arrière toutes les deux!

A **mes parents** : pour votre amour, votre patience et pour m'avoir permis de faire ces études qui me mènent aujourd'hui devant vous.

A **mes beaux-parents** : pour votre soutien permanent bienveillant.

A **mon frère, mes belles sœurs et beaux frères**: pour vos encouragements et Kate pour ton talent linguistique.

A **mes amis** : Perrine, Ade, Céciloche, Marie, Lisa, Manue (super maman), Carine, Chonchon.

Aux **bornandins** : Annie, Maryline, Mae, Ced, Sev et Manu.

Aux **bordelais** : Bouchon, Alex, le Dad, Guigui, Baptiste, Alice, Camille, Sophie et Pollux.

A **mes co-internes** : Anne, Marie, Benoîte, Bebu, les 2 Juju, la Blondine, Meera, Etienne et Caro.

A **la dream team des Gets** : Chantal, Thierry, Gilles et bien sûr ma Christoché.

Au **soutien logistique du 27** : Les Le Merrer, Bègue, Charlet, Lazerges, Clément et autres Le Flem.

A **tous ceux qui ont contribué à rendre ces derniers mois agréables** afin que je puisse devenir Docteur : ma famille, mes amis, mes amis « suisses », l'armée française, mes voisins et tout ceux que j'aurais pu oublier...sans vous, on aurait faim, froid et 2 mètres de neige devant notre porte!

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
ARTICLE	5
RESUME.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCTION	8
METHODES ET POPULATION	10
<i>Type d'étude.....</i>	<i>10</i>
<i>Population</i>	<i>10</i>
<i>Recueil des données.....</i>	<i>11</i>
<i>Critères de jugement.....</i>	<i>12</i>
<i>Analyse statistique</i>	<i>13</i>
RESULTATS	15
DISCUSSION	22
<i>Faible compréhension de l'information médicale en situation d'urgence.....</i>	<i>22</i>
<i>Notion de gravité / pronostic</i>	<i>23</i>
<i>Informar la famille : pourquoi ?</i>	<i>23</i>
<i>Etude des facteurs pouvant influencer la compréhension.....</i>	<i>25</i>
<i>Ressenti de compréhension</i>	<i>27</i>
<i>Limites de l'étude.....</i>	<i>27</i>
<i>Perspectives</i>	<i>29</i>
CONCLUSION	30
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	31
ENCADRE POUR SOUMISSION.....	35
ANNEXES	36
<i>Annexe 1 : Questionnaire famille</i>	<i>37</i>
<i>Annexe 2 : Questionnaire médecin</i>	<i>39</i>
<i>Annexe 3 : Traduction CCMS en langage famille.....</i>	<i>41</i>
ABREVIATIONS	42
LISTE DES MCU-PH ET PU-PH.....	43
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	48

ARTICLE

Évaluation de la gravité ressentie par les familles des patients pris en charge en intervention SMUR après information médicale

ETUDE INTELLIGIB

RESUME

Objectif: L'évaluation de la compréhension de l'information médicale par la famille en situations d'urgences est un domaine dans lequel les soignants peuvent largement progresser. Le but de notre travail est d'évaluer pour des patients pris en charge en préhospitalier par un SMUR la compréhension de l'information médicale par la famille en ce qui concerne la gravité de leur proche et de déterminer les facteurs qui l'altèrent.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective multicentrique réalisée dans 4 SMUR de Rhône-Alpes de juin à octobre 2012. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires immédiatement après l'intervention. La Classification Clinique des Malades du SMUR (CCMS) et sa traduction validée compréhensible pour les proches ont été utilisées comme critère de jugement principal et des échelles numériques d'anxiété et de gravité ainsi que des échelles de Likert pour les critères de jugement secondaires.

Résultats : 184 proches et médecins ont complété le questionnaire. Les proches sont majoritairement des femmes 111 (60%) et le lien de parenté le plus représenté est le conjoint 97 (52%). Leur anxiété (6 [Intervalle de Confiance (IC) 95% 5,6-6,5] en moyenne sur une échelle de 0 à 10) est sous-estimée par le médecin (4,2 [IC95% 3,8-4,5]). Les urgentistes sont pour la plupart des hommes (62,8%), jeunes (moyenne d'âge 38,1 ans [IC95% 36,7-39,4]) et exercent la médecine d'urgence préhospitalière depuis 4,5 ans [Intervalle Inter Quartile 2-12]. Les proches pensent avoir totalement compris l'information médicale à 64%. Pourtant nous retrouvons une faible corrélation entre la CCMS cotée par la famille et celle décrite par le médecin (κ pondéré=0,32) et seulement 43% des proches ont perçu la gravité avec exactitude. Une analyse multivariée a permis d'isoler trois facteurs d'altération de la compréhension : l'anxiété (odds ratio (OR) 1,35, IC95% [1,1-1,7], $p=0,014$), un faible niveau d'éducation (OR 4,6, IC95% [1,3-16,3], $p=0,018$) et une gravité élevée de l'état du patient (OR 2,35, IC95% [1,2-3,8], $p=0,009$).

Discussion: Informer les familles et améliorer leur compréhension sont essentiels pour leur participation aux décisions médicales et au projet thérapeutique. Les proches ont un faible taux de bonne appréciation de la gravité du patient. Nos données suggèrent que les médecins doivent s'efforcer de rapidement identifier les situations à risque de faible compréhension à savoir : un proche anxieux, un proche témoignant d'un faible niveau d'éducation ou un patient grave afin d'inciter le proche à poser des questions et insister sur les points non compris. L'appréciation de la gravité par le proche est d'autant plus inexacte que le patient est critique. De plus, l'anxiété des proches apparaît nettement sous-estimée par les médecins dans notre travail. Un effort pourrait également être porté sur la formation des urgentistes à l'information médicale. Par ailleurs, une invitation au dialogue avec les soignants à l'aide d'un support écrit de manière complémentaire à l'information orale pourrait être envisagée afin de faciliter l'accueil hospitalier en fonction de l'orientation et de la pathologie.

La traduction de la CCMS en langage compréhensible par les proches a été validée et pourrait désormais être un outil employé en intervention pour mieux faire apprécier la gravité aux familles.

Mots clés : information - préhospitalier - SMUR - compréhension - gravité - famille - CCMS

ABSTRACT

Objective: The assessment of comprehension of medical information by the family in emergency situations is an area in which caregivers can significantly improve. The aim of our study was to evaluate patients, supported by Mobile Intensive Care Unit (MICU), and their families' understanding of medical information regarding the severity of their loved ones state and to determine the factors that affect them most.

Methods: We conducted a prospective, multicenter observational study in four MICU of the Rhône-Alpes region from June to October 2012. Data were collected using questionnaires immediately after the intervention. Clinical Classification of Patients of SMUR (CCMS) and its translation validated understandable for relatives were used as primary endpoint judgment criteria and digital scales of severity and anxiety along with Likert scales for secondary criteria endpoints.

Results: 184 relatives and physicians completed the questionnaire. Relatives are mostly women 111 (60%) and the most represented relationship is the spouse 97 (52%). Their anxiety (6 [95% confidence interval (CI) 5.6 to 6.5] on average on a scale of 0 to 10) is underestimated by the physician (4.2 [95% CI 3.8 to 4.5]). Emergency workers are mostly men (62.8%), young (average age 38.1 years [95% CI 36.7 to 39.4]) and have been exercising emergency medicine for 4.5 years [Inter Quartile Range 2-12]. 64% of relatives thought they fully understood the medical information. Yet we found a weak correlation between CCMS listed by family and described by the doctor (weighted kappa = 0.32) and only 43% of family perceived severity accurately. Multivariate analysis was used to isolate three factors of impaired comprehension: anxiety (odds ratio (OR) 1.35, 95% CI [1.1-1.7], p = 0.014), low level of education (OR 4.6, 95% CI [1.3-16.3], p = 0.018) and a high severity of the patient's condition (OR 2.35, 95% CI [1.2-3.8], p = 0.009).

Discussion: Informing families and improving their understanding are essential for their participation in medical decisions and the ensuing treatment plan. Relatives have a low rate of correct assessment of the severity of the patient. Our data suggests that physicians should strive to quickly identify situations at risk of poor understanding namely an anxious relative, a relative indicating a low level of education or a critical patient, to encourage the relative to ask questions and insist on points not understood. The more critical the patient, the more inaccurate the assessment of gravity of the relative, in addition, the anxiety of relatives appears clearly underestimated by physicians in our work. Effort could be focused on the training of emergency workers in the sharing of medical information. In addition, an invitation to further dialogue with caregivers with the additional help of a written information sheet as a complement to oral information could be considered to facilitate the reception of hospital based orientation and pathology.

Translation of CCMS in language understandable by relatives has been validated and could now be used as a tool to enable families to better appreciate severity of a situation.

Keywords: emergency - MICU - understanding - severity - family - information - CCMS

INTRODUCTION

La communication et l'information médicale au patient et à ses proches sont des éléments clés dans la prise en charge du patient. Une bonne qualité de cette information sera déterminante pour une meilleure participation aux soins, une meilleure observance thérapeutique, une limitation des conflits et pourrait avoir un impact sur la morbidité [1-3].

La communication de l'information médicale rentre désormais dans le cadre global de l'amélioration de la qualité des soins et est formalisée par la loi du 04 mars 2002. Cette loi garantit à toute personne la possibilité d'être accompagnée dans des choix difficiles par une « personne de confiance » et d'être assurée que sa volonté sera respectée même si elle ne peut l'exprimer elle-même [4]. Il est donc primordial de s'attacher à informer le patient et ses proches de la prise en charge médicale. La famille ou la « personne de confiance » est devenue partenaire de la décision médicale [5-7].

Les situations d'urgences semblent rendre plus difficile la délivrance de cette information médicale [8] ainsi que sa compréhension. Cependant, l'information médicale est un principe incontournable de la relation médecin-patient. Un rapport de l'Académie nationale de médecine adopté en juin 2006 sur l'Importance de la Communication dans la relation soignant-soigné [3], souligne l'évolution de cette relation : « De malade confiant dans la décision médicale, le patient est devenu partenaire autonome, puis codécideur, enfin usager consommateur de soins. »

Nous voyons apparaître un climat de méfiance entre le corps médical et les patients. Ainsi, les litiges prennent souvent naissance suite à un défaut de communication. Il est

donc nécessaire que lors du premier entretien avec le patient et/ou sa famille, la relation soit établie avec confiance et ne laisse qu'une place infime aux interrogations sur la prise en charge du patient. Une famille percevant la gravité de l'état de santé de leur proche va être plus à même de l'entourer et d'adhérer par la suite au projet thérapeutique. Par ailleurs, si soignants et membres de la famille sont amenés à travailler ensemble pour déterminer ce qui est le mieux pour le patient au cours de son hospitalisation, les proches doivent avoir un niveau suffisant de compréhension du problème et être un minimum satisfait de la prise en charge. Informer les proches et améliorer leur compréhension vont également aider les familles à faire face à leur détresse et à construire des attentes raisonnables sur le devenir du patient.

L'évaluation de la compréhension de l'information médicale par la famille en situations d'urgences est un domaine dans lequel les médecins peuvent largement progresser [9-11]. L'objectif de notre travail a été d'estimer dans quelle mesure les proches comprenaient un aspect de cette information médicale à savoir, la gravité de l'état de santé du patient. Afin d'en améliorer la qualité lorsqu'elle est délivrée dans des conditions d'urgences extra-hospitalières et qu'elle constitue le premier contact de la relation soignant-soigné, nous avons souhaité déterminer les facteurs altérant sa bonne compréhension.

METHODES ET POPULATION

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective multicentrique menée sur 4 SMUR de l'arc alpin à savoir Grenoble, Voiron, Annecy/Saint-Julien-en-Genevois et Sallanches. Elle s'est déroulée de juin à octobre 2012. Le protocole a été soumis à un comité d'éthique (CECIC : Comité d'Ethique des Centres d'Investigation Clinique de l'Inter région Rhône Alpes Auvergne) qui a donné un avis favorable (n°IRB 5891).

Population

Critères d'inclusion

L'étude a été proposée dans tous les cas de patients majeurs pris en charge en SMUR primaire à domicile, lorsqu'une information a été délivrée de façon habituelle par le médecin à un ou plusieurs proches présents sur les lieux. Un seul des proches présent lors de la délivrance de l'information étant inclus dans l'étude, celui ou celle-ci a été choisi(e), sous réserve qu'il / elle soit majeur(e) et capable, selon l'ordre de priorité suivant : la personne de confiance définie par la loi, le cas échéant (preuve écrite à l'appui); à défaut, le conjoint défini par la loi (époux / épouse; partenaire d'un pacte civil de solidarité); à défaut, l'aîné des enfants; à défaut, l'aîné de la fratrie; à défaut, le concubin / concubine défini avec tact et mesure par le médecin; à défaut, l'aîné de la famille au 2^{ème} degré de parenté.

Critères de non inclusion

Les patients ou proches mineurs, les patients psychiatriques, les patients non affiliés à la sécurité sociale ou non bénéficiaires d'un tel régime, les patients ou proches exprimant un refus de participation, les proches présentant une incapacité de lecture ou d'expression en langue française, les situations de conflit familial ainsi que les interventions comportant un décès ont été exclus.

Recueil des données

Le proche a été informé de l'état de santé du patient par le médecin de l'intervention de façon usuelle. Pour ne pas induire de biais, la participation à l'étude a été proposée au proche par le personnel infirmier. Il lui a été demandé de remplir un questionnaire à l'issue de l'information médicale. Ce questionnaire a recueilli l'âge et le sexe du proche, son lien de parenté avec le patient, son niveau d'étude, sa profession, l'utilisation de mots compréhensibles par le médecin lors de l'entretien, la durée de l'entretien, s'il a jugé le temps de l'entretien suffisant, le pourcentage de temps de parole du proche lors de l'entretien, son anxiété cotée sur une échelle numérique (de 0 à 10), la gravité ressentie à travers une échelle la Classification Clinique des Malades du SMUR (CCMS) [12] traduite en langage famille et une échelle numérique gravité (de 0 à 10), l'orientation du patient ainsi que le ressenti de sa compréhension de la gravité. La CCMS est une échelle validée en préhospitalier permettant de classer les patients en 6 niveaux de gravité clinique avec une faible variabilité inter-observateurs (annexe 3). Elle permet de stratifier des groupes de malades extra-hospitaliers en classes de gravité équivalente. Dans notre étude, nous avons volontairement exclu les

patients décédés avant l'arrivée du SMUR (classe 6 de la CCMS) ou pendant l'intervention.

Un questionnaire a été rempli par le médecin en aveugle de la réponse des proches. Il a recueilli l'âge et le sexe du médecin, son nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence préhospitalière, si le temps d'information a été suffisant, la CCMS, une échelle numérique gravité, l'orientation du patient, l'hypothèse diagnostique, la durée de l'entretien, le pourcentage de temps de parole du proche ainsi qu'une évaluation de l'anxiété du proche (de 0 à 10).

Les exemplaires des questionnaires famille et médecin se trouvent en annexe 1 et 2. Les questionnaires famille et médecin ont été récupérés en main propre et immédiatement après l'intervention par le personnel infirmier.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal utilisé correspond à une échelle en 5 points correspondant à la CCMS traduite en langage compréhensible par la famille ainsi que l'évaluation de la gravité du patient cotée par le médecin de l'intervention par la CCMS.

En critère de jugement secondaire, pour évaluer le niveau de compréhension du proche, va être utilisée une échelle numérique (11 niveaux de 0 à 10) de la gravité ressentie par le proche après information médicale ainsi qu'une même échelle numérique cotée par le médecin de l'intervention.

Les autres critères de jugement secondaires sont représentés par la détermination de facteurs influençant la mauvaise compréhension. Ce sont: **les facteurs liés au médecin** : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence préhospitalière, le manque de temps d'information jugé par le proche, l'utilisation

d'un langage intelligible ; **les facteurs liés au patient** : la CCMS, une hypothèse diagnostique imprécise, le service de destination ; et **les facteurs liés au proche** : l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la filiation, un proche professionnel de santé (médecin, IDE) et l'anxiété.

Analyse statistique

Pour valider l'objectif principal, nous avons utilisé la transcription d'une échelle validée pour une utilisation par les médecins SMUR : la CCMS.

Cette échelle a été ensuite adaptée dans un langage compréhensible par les familles des patients à l'aide d'une psychologue de FAMIREA [13]. La CCMS traduite en langage famille est reportée en annexe 3. La validation finale de cette adaptation d'échelle a consisté à mesurer l'agrément par rapport à des cas cliniques types exposant les différents niveaux de gravité potentiels. 5 cas cliniques correspondant chacun à un point différent de gravité ont été exposés sous forme de questionnaires à des témoins. 79 témoins ont testé ces cas cliniques. Le taux d'agrément est de 86 % avec un Kappa à 0,83.

Nous avons effectué une description des populations : Proches, Médecins, Patients. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'intervalle de confiance à 95% en cas de distribution normale [IC 95%] ou par la médiane et l'intervalle inter quartile en cas de distribution non normale [IIQ]. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence relative avec l'intervalle de confiance à 95%.

Concernant l'objectif principal, nous mesurons l'agrément de l'échelle de gravité des malades préhospitaliers (CCMS) entre les proches (ceux qui reçoivent l'information)

et les médecins (ceux qui donnent l'information). L'analyse est réalisée à partir d'un test de kappa pondéré [14]. La valeur 1 est donnée en cas d'agrément exact, 0.5 en cas de différence d'1 point, et 0 en cas de différence d'au moins 2 points selon le tableau ci-dessous.

CCMS	1	2	3	4	5
1	1	0.5	0	0	0
2	0.5	1	0.5	0	0
3	0	0.5	1	0.5	0
4	0	0	0.5	1	0.5
5	0	0	0	0.5	1

Concernant les objectifs secondaires, pour l'évaluation du niveau de compréhension des familles, nous comparons les moyennes d'échelle numérique gravité famille et médecin par un test de Student après vérification de la normalité de la population. Le seuil de significativité est de 5%, avec un intervalle de confiance à 95%.

Enfin, les facteurs influençant la mauvaise compréhension de la gravité sont déterminés par une analyse multivariée avec un modèle de régression logistique pas à pas, le choix des variables ayant été déterminé auparavant par une analyse univariée avec un seuil de significativité à 0,2.

Calcul du nombre de sujets

Pour valider notre objectif principal, en choisissant un α à 5% et une puissance β à 80%, le nombre de sujets nécessaire pour que le coefficient kappa soit différent de zéro est : 47 pour un kappa à 0,4 et 194 pour un kappa à 0,2. Nous retenons 194 patients comme nombre de sujets nécessaire.

RESULTATS

Un total de 194 réponses aux questionnaires a été comptabilisé dont 10 qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion (8 questionnaires remplis pour des patients mineurs et 2 questionnaires remplis par des proches mineurs). L'effectif retenu est donc de 184. La répartition au sein des différents SMUR est la suivante : 40 (22%) pour le SMUR de Grenoble, 131 (71%) pour le SMUR d'Annecy et Saint Julien-en-Genevois, 7 (4%) pour le SMUR de Voiron et 6 (3%) pour le SMUR de Sallanches.

Caractéristiques des proches

Tableau 1-Caractéristiques des proches

Âge moyenne [IC 95%]	55,9 [53,6-58,2]
Sexe n (%) [IC 95%]	
Femme	111 (60,6) [53,5-67,8]
Homme	72 (39,3) [32,1-46,4]
Filiation n (%) [IC 95%]	
Epoux (se)/concubin(ne)	97 (52,7) [45,4-59,9]
Père, mère	10 (5,3) [2,1-8,7]
Fils, fille	51 (27,7) [21,1-34,2]
Autres	26 (14,6) [9,5-19,8]
Diplôme n (%) [IC 95%]	
Aucun	24 (13,0) [8,1-17,9]
CAP, BEP	61 (33,1) [26,2-40,0]
BAC	41 (22,2) [16,2-28,3]
>BAC	50 (27,1) [20,6-33,6]
Professionnel de santé n (%) [IC 95%]	11 (7,4) [3,1-11,6]
Perception compréhension n (%) [IC 95%]	
Pas du tout	0
Un peu	9 (4,8) [1,7-8,0]
Globalement	58 (31,5) [24,7-38,2]
Totalement	118 (64,1) [57,13-71,1]
Evaluation compréhension français médiane EVA [IIQ]	10 [10-10]

Les caractéristiques des 184 proches qui ont complété le questionnaire sont décrites dans le Tableau 1. Majoritairement, les proches sont des femmes 111 (60%) et le lien de parenté le plus représenté est le conjoint 97 (52%). 118 (64%) proches pensent comprendre totalement l'information délivrée par le médecin. Le niveau de compréhension du français est excellent puisque la médiane d'EVA est de 10 [IIQ10-10]. Sur une échelle de 0 à 10, ils cotent leur niveau d'anxiété en moyenne à 6 [IC 95% 5,7-6,5], elle est sous estimée par le médecin qui l'a évalué en moyenne à 4,2 [IC 95% 3,8-4,5] comme le montre le Tableau 5. Un test de Student comparant les 2 moyennes retrouve un écart de 1,8 (IC 95% [1,4-2,3] $t=8,3$ $p<0,001$).

Caractéristiques des médecins

Les caractéristiques des médecins sont reportées dans le Tableau 2. Ce sont majoritairement des hommes 110 (62,8%) d'une moyenne d'âge de 38,1 ans. Ils exercent la médecine d'urgence préhospitalière depuis 4,5 ans [IIQ 2-12] et un effort est fait pour adapter leur langage aux familles lorsqu'ils délivrent l'information.

Tableau 2- Caractéristiques des médecins

Sexe n (%) [IC 95%]	
Femme	65 (37,1) [29,9-44,3]
Homme	110 (62,8) [55,6-70,0]
Âge moyenne [IC 95%]	38,1 [36,7-39,4]
Nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence préhospitalière médiane [IIQ]	4,5 [2-12]
Utilisation d'un langage intelligible n (%) [IC 95%]	
Pas du tout	2 (1,08) [0,4-2,5]
Un peu	9 (4,8) [1,7-8,0]
Globalement	56 (30,4) [23,7-37,1]
Totalement	113 (61,4) [54,3-68,5]

Caractéristiques des patients

Tableau 3 - Caractéristiques des patients

Sexe n (%) [IC 95%]	
Femme	80 (47,3) [39,6-55,1]
Homme	89 (52,7) [45,1-60,3]
Âge moyenne [IC 95%]	
	63,8 [61,0-66,5]
CCMS n (%) [IC 95%]	
1	8 (4,3) [1,3-7,3]
2	67 (36,4) [29,3-43,4]
3	71 (38,5) [31,4-45,6]
4	29 (15,7) [10,4-21,0]
5	9 (4,8) [1,7-8,0]
Diagnostic précis n (%) [IC 95%]	
Oui	150 (81,5) [75,8-87,1]
Non	34 (18,4) [12,8-24,1]
Hypothèse diagnostique n (%) [IC 95%]	
Détresses respiratoires	13 (7,3) [3,4-11,2]
Défaillances cardiaques	63 (35,4) [28,3-42,5]
Pathologies abdominales	10 (5,6) [2,2-9,0]
Défaillances neurologiques	13 (7,3) [3,4-11,2]
Traumatismes	13 (7,3) [3,4-11,2]
Pathologies infectieuses	6 (3,4) [0,7-6,0]
Réactions allergiques	8 (4,5) [1,4-7,6]
Comas toxiques	10 (5,6) [2,2-9,0]
Autres (anxiété, hypoglycémie, douleur pariétale, ...)	42 (23,6) [17,3-29,9]
Orientation n (%) [IC 95%]	
Pas de transfert à l'hôpital	23 (12,5) [7,6-17,3]
Transfert à l'hôpital	161 (87,5) [82,6-92,3]
Service d'Urgences	121 (65,7) [58,8-72,6]
Réanimation, déchoc, bloc opératoire	13 (7,0) [3,3-10,8]
USIC/coronarographie	23 (12,5) [7,6-17,3]
Autres	4 (2,1) [0,0-4,3]

En ce qui concerne les patients, les données recueillies sont décrites dans le Tableau 3.

Il s'agit d'hommes pour le plus grand nombre dont la moyenne d'âge est de 64 ans.

161 (87%) patients ont été transférés à l'hôpital dont 121 (65%) dans un service d'urgences. On note que les interventions CCMS 2 avec 67 (36%) patients et CCMS 3

avec 71 (38%) patients sont les plus courantes. Un diagnostic a été déterminé de façon précise chez 150 (81%) patients et les hypothèses diagnostiques les plus fréquemment rencontrées sont des défaillances cardiaques 63 (35%).

Caractéristiques de l'entretien

Le Tableau 4 reporte les caractéristiques de l'entretien. Tous les proches ont reçu l'information de la part du médecin de l'intervention, cependant 5 (2,7%) d'entre eux ont jugé ne pas avoir reçu d'information. Majoritairement, les proches 171 (92%) et les médecins 176 (95%) ont estimé avoir bénéficié d'un temps d'information suffisant. La durée de l'entretien est de l'ordre de 5 minutes et le pourcentage de temps de parole du proche est de 20 %.

Tableau 4- Caractéristiques de l'entretien

Information délivrée par le médecin d'après le proche n (%) [IC 95%]

Oui	179 (97,2) [94,9-99,6]
Non	5 (2,7) [3,4-5,0]

Temps d'information suffisant n (%) [IC 95%]

	Proches	Médecins
Oui	171 (92,9) [89,1-96,6]	176 (95,6) [92,6-98,6]
Non	13 (7,0) [3,3-10,8]	8 (4,3) [1,3-7,3]

Durée de l'entretien en minutes

	Proches	Médecins
Médiane [IIQ]	5 [5-10]	5 [3-7]

Pourcentage de temps de parole du proche en minutes

	Estimé par le proche	Estimé par le médecin
Médiane [IIQ]	20 [10-40]	20 [10-30]

Compréhension de la gravité

Objectif principal

En testant la concordance entre les CCMS médecins et familles à l'aide d'un test de kappa pondéré, nous retrouvons une faible corrélation (kappa pondéré=0,32). La compréhension des familles du niveau de gravité de leur proche après explications du médecin est faible. A noter que l'agrément exact est obtenu dans seulement 43% des cas.

Tableau 5 : analyse de la comparaison entre les proches et le médecin

	Décrite par le proche	Perçue par le médecin
Moyenne EVA [IC 95%] Niveau d'anxiété	6,08 [5,7-6,50]	4,2 [3,8-4,5]
Moyenne EVA [IC 95%] EVA gravité	Famille 6,0 [5,7-6,3]	Médecin 4,8 [4,4-5,1]
Cotée par le médecin	Comprise par le proche n (%) [IC 95%]	
CCMS 1 (n=8)	7 (87,5) [64-100]	
CCMS 2 (n=67)	40 (61,5) [50-73]	
CCMS 3 (n=71)	19 (27,1) [17 - 37]	
CCMS 4 (n=29)	11 (37,9) [20-56]	
CCMS 5 (n=9)	2 (25) [0-53]	

Objectifs secondaires

Niveau de compréhension

Comme le montre le Tableau 5, les moyennes des échelles numériques de gravité médecins et famille confirment cet écart d'appréciation de la gravité. Nous retrouvons en comparant les moyennes par un test de Student une surestimation de 1,27 (IC 95% [0,9-1,5] $t=-8,14$ $p<0,001$) en ce qui concerne la perception de la gravité par le proche avec celle décrite par le médecin.

Facteurs associés à une mauvaise compréhension de la gravité

Les facteurs prédictifs de mauvaise compréhension sont présentés dans le Tableau 6. En analyse multivariée, parmi les facteurs liés au patient, il ressort de façon significative que plus la CCMS augmente moins la perception de la gravité par le proche est correcte (odds ratio (OR) 2,35, IC 95% [1,2-3,8], $p=0,009$). Parmi les variables dépendantes du proche, nous retrouvons que l'anxiété est un facteur de mauvaise compréhension (OR 1,35, IC 95% [1,1-1,7], $p=0,014$) et que l'absence de diplôme diminue la bonne appréciation de la gravité (OR 4,6, IC 95% [1,3-16,3], $p=0,018$). Nous ne retrouvons pas de meilleure appréciation de la gravité lorsque les proches sont professionnels de santé ($n=11$ 7,4%).

Tableau 6- Facteurs prédictifs de mauvaise compréhension de la gravité

Facteurs prédictifs de mauvaise compréhension		Analyse univariée			Analyse multivariée		
		or	IC 95%	p	or	IC 95%	p
Variabiles médecin							
Sexe médecin	F	1					
	H	0,77	0,41 - 1,45	0,43			
Age médecin	≤35	1					
	>35 et ≤50	0,4	0,1 - 1,4	0,14			
	>50	0,88	0,2 - 3,4	0,85			
Expérience en médecine d'urgence	≤ 5 ans	1					
	6 à 10 ans	1,12	0,3 - 3,8	0,86			
	> 10 ans	0,46	0,1 - 1,7	0,25			
Durée d'information insuffisante	Non	1					
	Oui	5,27	1,4 - 19,4	0,013			
Langage médecin intelligible	Oui	1					
	Non	2,25	0,4 - 11,4	0,33			
Variabiles patient							
CCMS	1						
	augmentation d'un point	2,0	1,2 - 3,4	0,011	2,35	1,2 - 3,8	0,009
Orientation diagnostique imprécise	Non	1					
	Oui	0,91	0,2 - 3,4	0,89			
Service d'admission	Laissé sur place	1					
	SU						
	Rea	2,3	0,3 - 18,4	0,445			
	Usic	1,7	0,1 - 29,2	0,727			
		0,9	0,1 - 15,5	0,95			
Variabiles proches							
Age	<44 ans	1					
	≥44 et <57 ans	0,38	0,1 - 1,6	0,18			
	≥57 et <68 ans	0,54	0,1 - 2,0	0,36			
	≥68 ans	0,35	0,1 - 1,5	0,15			
Sexe des proches	Homme	1					
	Femme	3,46	0,9 - 12,5	0,058			
Parenté	Epoux(se)	1					
	Parent	-					
	Enfant	1,21	0,4 - 3,9	0,752			
	Autre	1,98	0,5 - 7,2	0,3			
Niveau d'étude	Aucun diplôme	1			4,6	1,3 - 16,3	0,018
	CAP / BAC	0,27	0,1 - 0,9	0,043			
	Etude supérieure	0,4	0,1 - 1,55	0,185			
Profession de santé	Non	1					
	Oui	2,48	0,5 - 13,0	0,28			
Anxiété	Augmentation d'un point	1,32	1,1 - 1,6	0,009	1,35	1,1 - 1,7	0,014
LR chi2(3) = 19,30 (p<0,001) - R2= 0,17 - AUC = 0,80 IC 95%[0,68 - 0,92]							

DISCUSSION

Notre travail confirme les résultats des études précédentes sur la compréhension de l'information médicale dans le cadre de l'urgence. Nous retrouvons un faible niveau de compréhension avec seulement 43% de proches qui apprécient avec exactitude la gravité de l'état de santé du patient. La perception par le proche de la gravité après l'entretien est très souvent différente du message qu'a voulu transmettre le médecin urgentiste.

Une mauvaise compréhension peut refléter plusieurs choses : une incapacité à comprendre l'information, une incapacité à reformuler l'information qui a été reçue mais comprise en certains points ou un défaut de réception de l'information [10].

Faible compréhension de l'information médicale en situation d'urgence

Des données préhospitalières recueillies à distance de l'intervention SMUR ont permis de retrouver une bonne compréhension par le patient ou sa famille du diagnostic supposé dans 82% des cas, des investigations et des traitements dans 54% des cas après information éclairée [9]. Lors d'une enquête de satisfaction auprès des patients et des familles de patients sur les interventions SMUR, seulement 65% des personnes ont jugé les informations reçues très satisfaisantes et les explications sur les examens et les traitements reçus ont été jugées très satisfaisantes dans 48% des cas [15]. Dans un service d'urgences français, il a été rapporté que la compréhension du diagnostic, du traitement et du pronostic par la famille était de l'ordre de 18% [11]. L'information aux urgences est estimée difficile à 81% par les médecins et à 78,5% par les paramédicaux par manque de disponibilité des médecins (médecins 20%, paramédicaux 66%) obligeant souvent les paramédicaux à dépasser leur champ de compétences [8]. Même au cours d'une hospitalisation en UHCD, il a été noté une bonne

compréhension de l'information globale (diagnostic, organe atteint, pronostic, traitement reçu et consignes de surveillance) chez seulement 16% des patients dans l'étude SUPER 2 [16].

Les principaux travaux retrouvés, intéressant la famille, ont été réalisés dans des services de réanimation. D'après l'équipe de FAMIREA, 54% des proches de patients en USI ont une faible compréhension du diagnostic, du traitement et du pronostic [10].

Notion de gravité / pronostic

La notion de gravité est une information importante pour le patient et sa famille car elle sous-entend le pronostic. Il a été rapporté que les informations que les patients souhaitaient recevoir en priorité lorsqu'ils étaient admis en UHCD, concernaient le diagnostic médical et la gravité de la pathologie [16]. En USI, les médecins n'ont abordé que dans 1/3 des cas le pronostic du patient avec la famille et cela s'est révélé comme l'aspect de l'information qui était le moins compris [10,17]. Par ailleurs, il a été retrouvé que 19% des familles étaient incapables de se rappeler de l'information reçue sur le pronostic délivrée par le médecin [18]. Nous voyons apparaître dans notre étude que les proches ont de façon générale une impression de gravité plus importante que celle décrite par le médecin.

Informé la famille : pourquoi ?

Informé la famille relève d'une obligation légale définie par la loi du 4 Mars 2002 lorsque le patient a donné son accord écrit à une « personne de confiance ». Cette personne de confiance sera alors consultée lorsque le patient ne pourra parler pour lui-même. Cependant, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la personne de confiance reçoive les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien

direct à celle-ci, sauf opposition de sa part [4]. Même dans l'urgence, le médecin devra apporter la preuve qu'une information éclairée a été délivrée au patient ou à sa famille.

Dans une étude française, 76% des patients accompagnés ont estimé que la personne qui les accompagne devait être informée de leur état de santé, alors que, dans 36 % des cas l'accompagnant n'avait eu aucune information [19]. L'obligation légale théorique d'information des proches uniquement en situation de gravité extrême sans accord du patient est mal connue (médecin 88%, paramédicaux 96%) [8].

Par ailleurs, il a été rapporté qu'une information comprise, est associée à une meilleure satisfaction [20]. Cette donnée suggère deux interprétations importantes : premièrement que la compréhension ne génère pas d'insatisfaction et secondairement, que la compréhension est une fondation à partir de laquelle d'autres avantages, telle qu'une meilleure satisfaction, peuvent survenir. De plus, les informations comprises ne génèrent pas d'anxiété ni de dépression [20]. Ainsi, la diminution de l'anxiété en consultation préanesthésique a été notée supérieure lorsque l'information était comprise [21]. Le paramètre « absence d'information à la famille » a été décrit comme un facteur d'insatisfaction et un facteur prédictif d'anxiété chez le patient consultant aux urgences [19,22].

Plusieurs études dans les services de réanimation ont montré que la collaboration avec les familles a été un succès dans la prise en charge globale du patient [5-7]. Les proches peuvent participer à certains aspects des soins du patient au cours de son hospitalisation et sont une source d'information à propos des souhaits du patient, notamment lorsque les patients sont incapables de parler pour eux-mêmes [6,23,24]. De plus en plus de familles sont amenées à participer aux décisions médicales [5,7,25]. Si les soignants et les membres de la famille doivent travailler ensemble pour déterminer ce qui est le mieux pour le patient, ils doivent avoir un niveau raisonnable de compréhension du problème et être un minimum satisfait de la

prise en charge. Enfin, l'information aide les familles à faire face à leur détresse en construisant des attentes raisonnables sur le devenir du patient.

Etude des facteurs pouvant influencer la compréhension

Dans notre étude, nous mettons en évidence que plus le patient est grave moins le proche perçoit correctement la gravité après l'entretien avec le médecin. Ceci est sans doute imputable au stress généré par l'incapacité de ces patients à communiquer avec leurs proches. Nous avons vu précédemment que les proches ont de façon générale une impression de gravité plus importante que celle décrite par le médecin. Or lorsque le patient est critique, ils auraient alors tendance à sous-estimer la gravité.

Egalement, parmi les facteurs liés aux proches, nous retrouvons que l'anxiété est un facteur prédictif de faible compréhension. L'anxiété et la dépression sont souvent ignorées des médecins urgentistes alors qu'elles affectent 1/3 de leurs patients [26]. De plus, nous avons constaté que les médecins sous-évaluaient nettement l'anxiété des familles. Or, il est d'autant plus légitime pour ces familles d'être anxieuses que le patient est grave.

Toujours parmi les facteurs proches dépendants, c'est l'absence de diplôme qui ressort comme diminuant la compréhension de la gravité dans notre travail. Une précédente étude a noté que les familles de patients les moins éduquées recevaient moins d'information sur le pronostic [17]. Il avait été retrouvé que le niveau d'éducation n'influe pas la compréhension dans une étude américaine [27].

En interrogeant les familles de patients en USI, les premières raisons citées dans une étude américaine pour une faible compréhension ont retrouvé : une durée d'entretien insuffisante (21%), des explications trop complexes (16%) [28,29] et un état de choc émotionnel (5%) [27].

Plusieurs facteurs associés à une mauvaise compréhension ont été mis en évidence par l'équipe de FAMIREA toujours en USI: des facteurs liés au patient : âge < 50 ans, chômeur,

la provenance d'un service d'hématologie ou d'oncologie, le motif d'hospitalisation en service de réanimation : détresse respiratoire aigue ou coma et un pronostic favorable ; des facteurs liés à la famille : origine étrangère, autre personne que le conjoint, l'absence de professionnel de santé dans la famille ; des facteurs liés au médecin : entretien < 10 min, brochure d'information non fournie [10]. Egalement, il a été relevé que les représentants des patients jeunes augmentaient le risque de faible compréhension [30]. De façon évidente, il a été retrouvé que les étrangers étaient plus susceptibles de moins bien comprendre [20,27]. Enfin, la dépression est ressortie comme un facteur associé à une faible compréhension [11].

Il a été décrit un moyen simple d'améliorer la compréhension aux urgences : inviter le patient à poser des questions [16]. Une étude a noté que 93% des personnes avaient trouvé intéressante la proposition du médecin de laisser ses coordonnées suite à une intervention SMUR pour pouvoir le recontacter [15]. Il a été démontré qu'une brochure d'information délivrée en service de soins intensifs aux familles peut améliorer de façon significative la compréhension. Le défaut de compréhension est alors réduit de 40,9% à 11,5% en ce qui concerne le diagnostic et le traitement [20] mais pas le pronostic [31,32]. Cette brochure contient des informations générales telles que le plan du service, les numéros de téléphones des médecins et un glossaire des termes médicaux. Il a été constaté que la nature des liens entre le patient et le proche avait une influence sur la compréhension. Les conjoints ont démontrées une meilleure compréhension [10]. De plus, les familles avec au moins un professionnel de santé diminuaient la mauvaise compréhension de 54 à 33% [10]. Enfin, un niveau socio-culturel élevé et une bonne exhaustivité de l'information ont été mis en évidence comme améliorant la compréhension en consultation préanesthésique [21].

Malgré les conditions d'urgences, la durée de l'entretien dans notre étude ne semble pas être la cause d'une mauvaise perception de la gravité. Les proches ainsi que les médecins ont jugé

suffisant le temps d'information. La capacité d'expression en langue française ne peut également pas être incriminée. Aucun facteur lié au médecin n'a été mis en évidence comme influençant la compréhension.

L'équipe de FAMIREA a démontré que l'origine des patients (SMUR, urgences ou service d'hospitalisation) ne semble pas modifier la qualité de l'information apportée aux familles en réanimation [13]. On peut donc supposer que le fait d'être en extra-hospitalier n'est pas un facteur aggravant la mauvaise compréhension.

Ressenti de compréhension

Nous avons recueilli un ressenti de compréhension de la totalité des informations par les proches de 64%. Il existe donc un décalage entre ce que les proches pensent comprendre et ce qu'ils comprennent réellement. En USI, en dépit d'un ressenti d'une bonne compréhension, la moitié des proches seulement comprenaient correctement les éléments de bases de soins de leurs proches [27]. De plus, il avait été décrit précédemment que les médecins surestimaient le taux de compréhension des patients [16]. Il paraît alors essentiel de demander aux familles de reformuler ce qu'elles ont perçu car elles ne poseront pas spontanément des questions si elles estiment avoir compris avec justesse les explications.

Limites de l'étude

Notre travail comporte plusieurs limites qui peuvent être discutées. Tout d'abord, toutes les familles de notre étude ont reçu une information. Nous avons vu précédemment qu'il n'est pas rare que la personne accompagnante ne reçoive aucune information de la part du médecin même si tel est le souhait du patient. Les médecins connaissaient l'existence de l'étude et ont pu pour certains améliorer leur information habituelle auprès des familles. L'information

orale et son exhaustivité sont directement dépendantes du médecin et de son expérience. En consultation préanesthésique pédiatrique, on retrouve un moins bon impact de la consultation des internes sur l'anxiété des parents, probablement dû à leur plus jeune âge, à leur manque d'assurance, et aux symptômes mineurs de stress [21,33]. Autrement dit, la même information délivrée par des médecins ayant une expérience différente n'aura pas le même impact sur l'anxiété des proches. Il s'agit d'une information importante car la médiane du nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence préhospitalière des urgentistes dans notre travail est de 4,5 ans. Il y a donc une part importante de jeunes médecins qui peuvent manquer d'expérience et qui se retrouvent face à des événements de vies traumatisants.

Un biais de sélection peut également être mis en avant car nous avons choisi une population capable de répondre à un questionnaire écrit. D'après les données de l'INSEE en 2010, la proportion de proches non diplômés semble moins importante que dans la population générale. Aussi, le recueil immédiat du questionnaire complété par les familles est un point contestable. La pertinence des réponses des proches peut être mise en doute, car ils remplissent ce questionnaire en un temps limité et ils ne peuvent pas consacrer un temps de relecture à leurs réponses. On peut imaginer que malgré l'anonymat des données, les familles sont quand même soumises à une pression par rapport à l'équipe SMUR qui prend en charge leur proche.

Par ailleurs, notre échantillon de patients n'est pas complètement représentatif de la répartition habituelle de la CCMS pour ce qui est des patients graves. Nous retrouvons 4,8% d'interventions classées 5 alors que classiquement la proportion de CCMS 5 est de l'ordre de 10% [12]. Cela peut être dû au fait que nous avons inclus seulement les interventions au domicile du patient et ainsi éliminé une part des patients graves. L'étude a sans doute été moins proposée aux proches de patients graves par manque de disponibilité des équipes SMUR au cours de l'intervention.

Enfin, le caractère multicentrique peut être contesté car la répartition des inclusions au sein des centres participants est très hétérogène. Cela souligne la difficulté de mener des études prospectives en préhospitalier et l'activité variable des différents centres.

Perspectives

Informar les familles et améliorer leur compréhension ont donc une place importante dans la prise en charge des patients. C'est un domaine dans lequel nous pouvons largement progresser. Peu de soignants sont formés à l'information (19% des médecins urgentistes) pourtant l'extrême majorité en sont demandeurs (85%) [8]. Il est donc nécessaire d'insister sur ce besoin pour améliorer la qualité de la communication des médecins urgentistes avec les patients et les proches. Les médecins doivent apprendre les techniques de communication afin d'optimiser la juste appréciation de la gravité par la famille.

Il paraît essentiel de demander aux familles de reformuler ce qu'elles ont perçu de la gravité car leur ressenti de bonne compréhension est plus élevé qu'en réalité. La traduction de la CCMS en langage compréhensible par les proches a été validée et pourrait être un outil employé en intervention pour mieux faire apprécier la gravité aux familles.

Enfin, de manière complémentaire à l'information orale, un support écrit peut être envisagé en fonction de la pathologie ou de l'orientation du patient. Il peut s'agir d'une brochure avec des informations générales pour un meilleur accueil hospitalier. Cela peut être une invitation au dialogue avec les soignants qui va montrer l'importance de la place de la communication avec les familles.

CONCLUSION

Cette étude a été conçue pour évaluer dans quelle mesure lors d'une intervention SMUR, les proches comprennent l'information médicale fournie en ce qui concerne la gravité de l'état de santé du patient et pour déterminer les facteurs influençant sa compréhension. Il existe une faible corrélation entre la gravité ressentie par le proche et celle qui est décrite par le médecin lors de l'information médicale.

Nos données suggèrent que les médecins doivent s'efforcer de rapidement identifier les situations à risque de mauvaise compréhension à savoir : un proche anxieux, un proche témoignant d'un faible niveau d'éducation ou un patient grave afin d'inciter le proche à faire préciser les points non compris. L'appréciation de la gravité par le proche est d'autant plus inexacte que le patient est critique. De plus, notre travail fait apparaître que l'anxiété des familles est nettement sous-estimée par les médecins.

Une amélioration de la qualité de cette information médicale peut apporter de nombreux bénéfices dans la prise en charge globale du patient au cours de son hospitalisation. Il est donc important pour les médecins, y compris dans le contexte de l'urgence, de chercher à satisfaire les besoins en information des familles. Un effort pourrait également être porté sur la formation des urgentistes à l'information médicale et à la communication avec les familles. Par ailleurs, une invitation au dialogue avec les soignants à l'aide d'un support écrit de manière complémentaire à l'information orale pourrait être envisagée afin de faciliter l'accueil hospitalier en fonction de l'orientation et de la pathologie.

Enfin, la traduction de la CCMS en langage compréhensible par les proches a été validée et pourrait désormais être un outil employé en intervention pour mieux faire apprécier la gravité aux familles.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Devlin J. Pain assessment in the seriously ill patient: can family members play a role? *Crit Care Med.* 2000;28:1660–1661.
- [2] Garcia-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice.* 2011;28: 4-11.
- [3] Mantz JM, Wattel F. Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine adopté le 20 juin 2006.
- [4] Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. n° 54 du 05 mars 2002).
- [5] Maillet RJ, Pata I, Grossman S. A strategy for decreasing anxiety of ICU transfer patients and their families. *NursinConnections.* 1993;6:5-8.
- [6] Medland JJ, Ferrans CE. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *Am J Crit Care.* 1998;7:24-9.
- [7] Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet.* 1998;352:614-7.
- [8] Zemmouche P, Delmas G, Pierrard O, et al. L'information aux urgences. *JEUR.* 2007;20,Suppl:136-7.
- [9] Savary D, Metton P, Louis J, et al. Information éclairée des patients en SMUR. *JEUR.* 2008;21,Suppl 1:A176.
- [10] Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med.* 2002;28:3044-9.
- [11] Claessens YE, Kierzek G, Ray P, et al. Depression influences the comprehension of patients in the emergency department. *JEUR.* 2009;22:38-43.
- [12] Leveau P. La classification clinique des malades du SMUR (CCMS) : un outil d'évaluation qualitative de l'activité du SMUR. *JEUR.* 1999;12:148-52.
- [13] Reuter D, Bourmaud A, Kentish N, et al. Le mode d'admission en réanimation a-t-il un impact sur la qualité de l'information apportée aux familles des patients en réanimation ? *Réanimation.* 2012;21:Suppl:S148-9.
- [14] Cohen J. Weighted kappa : nominal scale agreement with provision for scale disagreement or partial credit. *Psychol Bull.* 1968;70:213.

- [15] Boca-Melki F, Ellena U, et al. Exemple d'une démarche d'évaluation qualitative au SMUR de Cambrai : enquête de satisfaction auprès des patients et des familles de patients. JEUR. 2008;21,Suppl 1:A62.
- [16] Jacqueminet M, Jourda de Vaux de Chabanolles F. Critères de mauvaise compréhension de l'information en UHCD. Résultats de l'enquête SUPER2. JEUR. 2009;22,Suppl 2:A37-8.
- [17] White DB, Engelberg RA, Wenriche MD, et al. Prognostication during physician-family discussions about limiting life support in intensive care units. Crit Care Med. 2007;35:442-8.
- [18] LeClaire MM, Oakes JM, Weinert CR. Communication of prognostic information for critically ill patients. Chest. 2005;128:1728-35.
- [19] Reboul L, Marty C. L'évaluation de la satisfaction des patients des services d'urgences est-elle possible? ReanimUrg. 2000;9:331.
- [20] Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. Am J RespirCrit Care Med. 2002;165:438-42.
- [21] Galeano A, Ferrandiere M, Blond MH, et al. Evaluation of the information given to parents during the planned preanesthetic consultation in a paediatric hospital. ANNFAR. 2005;24:1334-42.
- [22] Byrne G, Heyman R. Patient anxiety in the accident and emergency department. J ClinNurs. 1997;6:89-95.
- [23] Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients : a descriptive study. Heart Lung. 1979;8:332-9.
- [24] Henneman EA, McKenzie JB, Dewa CS. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. Am J Crit Care. 1992;1:85-93.
- [25] Daly K, Kleinpell RM, Lawinger S, Casey G. The effect of two nursing interventions on families of ICU patients. ClinNurs Res. 1994;3:414-22.
- [26] Meldon SW, Emerman CL, Schubert DS. Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. Ann Emerg Med. 1997;30:442-7.
- [27] Robert M Rodriguez, Navarrete E, et al. A prospective study of primary surrogate decision makers knowledge of intensive care. Crit Care Med. 2008;36:1633-6.
- [28] King Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patient in Hong-Kong. J ClinNurs. 2003;2:490-500.
- [29] Davis-Martins S. Perceived needs of families of long-term critical care patients : A brief report. Heart Lung. 1994;23:515-8.

- [30] Lynn J, Teno J, Philips RS, et al. Perception by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Ann Intern Med.* 1997;126:97-106.
- [31] Randolph AG, Guyatt GH, Calvin JE, Doig G, Richardson WS. Understanding articles describing clinical prediction tools. *Evidence Based Medicine in critical Care Group. Crit Care Med.* 1998;26:1603-12.
- [32] Randolph AG, Guyat GH, Richardson WS. Prognosis in the intensive care unit : finding accurate and useful estimates for counseling patients. *Crit Care Med.* 1998;26:767-72.
- [33] Kain ZN, Chan KM, Katz JD, et al. Anesthesiologists and acute perioperative stress : a cohorte study. *AnesthAnalg.* 2002;95:177-83.

THESE SOUTENUE PAR : Minguet Laetitia (née Lazare).

TITRE : Évaluation de la gravité ressentie par les familles des patients pris en charge en intervention SMUR après information médicale.

CONCLUSION

Cette étude a été conçue pour évaluer dans quelle mesure lors d'une intervention SMUR, les proches comprennent l'information médicale fournie en ce qui concerne la gravité de l'état de santé du patient et pour déterminer les facteurs influençant sa compréhension. Il existe une faible corrélation entre la gravité ressentie par le proche et celle qui est décrite par le médecin lors de l'information médicale.

Nos données suggèrent que les médecins doivent s'efforcer de rapidement identifier les situations à risque de mauvaise compréhension à savoir : un proche anxieux, un proche témoignant d'un faible niveau d'éducation ou un patient grave afin d'inciter le proche à faire préciser les points non compris. L'appréciation de la gravité par le proche est d'autant plus inexacte que le patient est critique. De plus, notre travail fait apparaître que l'anxiété des familles est nettement sous-estimée par les médecins.

Une amélioration de la qualité de cette information médicale peut apporter de nombreux bénéfices dans la prise en charge globale du patient au cours de son hospitalisation. Il est donc important pour les médecins, y compris dans le contexte de l'urgence, de chercher à satisfaire les besoins en information des familles. Un effort pourrait également être porté sur la formation des urgentistes à l'information médicale et à la communication avec les familles. Par ailleurs, une invitation au dialogue avec les soignants à l'aide d'un support écrit de manière complémentaire à l'information orale pourrait être envisagée afin de faciliter l'accueil hospitalier en fonction de l'orientation et de la pathologie.

Enfin, la traduction de la CCMS en langage compréhensible par les proches a été validée et pourrait désormais être un outil employé en intervention pour mieux faire apprécier la gravité aux familles.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 27/11/12

LE DOYEN



J.P. ROMANET

LA PRESIDENTE DE LA THESE


PROFESSEUR F. CARPENTIER

Encadré pour soumission

CE QUI ÉTAIT CONNU

La compréhension de l'information médicale concernant le diagnostic, les traitements et le pronostic en situation d'urgence par la famille est mauvaise.

CE QU'APPORTE L'ARTICLE

La compréhension de la gravité de l'état de santé du patient après information médicale en situation d'urgence préhospitalière par la famille est mauvaise.

Les médecins sous-estiment l'anxiété des proches.

Les situations à risques de mauvaise compréhension de la gravité par les proches en SMUR sont :

- Un patient grave
- Un proche anxieux
- Un proche sans diplôme

La traduction de la CCMS en langage compréhensible par les proches a été validée et pourrait désormais être un outil employé en intervention pour mieux faire apprécier la gravité aux familles.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire famille

Numéro du questionnaire :

Indiquer les 2 premières lettres du nom du patient : - - -

1- Données personnelles du proche :

- Âge : ... ans

- Sexe : M ou F

- Lien de parenté avec le patient :

époux, épouse, concubin, concubine

père, mère

frère, soeur

fils, fille

autre

- niveau d'étude :

- profession:

aucun diplôme

CAP/BEP

BAC

> BAC

2- Avez-vous été informé de l'état de santé de votre proche par le médecin ?

Oui

Non

3- Pensez-vous avoir compris l'information délivrée par le médecin ?

pas du tout

un peu

globalement

totalement

4- Echelle d'évaluation de la gravité: quelle est selon vous la gravité de l'état de santé de votre proche après information? Cochez la case correspondant à la gravité sur cette échelle allant de 0 à 10 avec 0 correspondant à "pas grave du tout" et 10 à "très grave".



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

pas grave
du tout

très grave

5- Quelle est selon vous la gravité de l'état de santé de votre proche après information?

Votre proche va bien, sa vie est hors de danger. Son état de santé ne nécessite pas de transfert à l'hôpital.

Votre proche va bien, sa vie est hors de danger. Son état de santé nécessite néanmoins un bilan complémentaire à l'hôpital.

L'état de santé de votre proche risque de s'aggraver. Néanmoins sa vie n'est pas en danger.

L'état de santé de votre proche est grave, sa vie est en danger.

L'état de santé de votre proche est très grave, il risque de mourir.

6- Est-ce que le médecin qui a délivré l'information a utilisé des mots que vous pouvez comprendre ?

- pas du tout un peu globalement totalement

7- Est-ce que le médecin a pris suffisamment de temps pour vous délivrer cette information ?

- Oui Non

8- Quelle a été la durée de l'entretien ? minutes

9- Combien de temps avez-vous parlé en pourcentage ?%

10- Dans quelles conditions cette information a-t-elle été délivrée ?

- dans un endroit isolé
 auprès du patient
 dans la même pièce que le patient
 assis
 debout

11- Votre proche a-t-il été transféré ?

- pas de transfert à l'hôpital
 transfert à l'hôpital
 réanimation/ déchoch / bloc opératoire
 Unité de soins intensifs cardiologiques / salle de coronarographie
 Services d'urgences
 Autres

12- Echelle d'évaluation anxiété : quelle anxiété ressentez-vous sur une échelle de 0 à 10 ?
Cocher la case correspondant à votre anxiété ressentie.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 = aucune
anxiété

10 = état le plus anxieux
que vous puissiez
imaginer

Annexe 2 : Questionnaire médecin

Numéro du questionnaire : _ _ _ _ _

Date intervention : __/__/____

Age du patient : __/__/____

Initiales (2 lettres) :

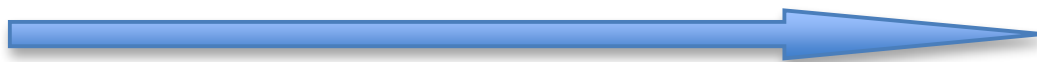
1- Données personnelles du médecin :

- âge : ... ans

- sexe : M ou F

- nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence préhospitalière : ...

2- Quelle est selon vous la gravité de l'état de santé du patient que vous prenez en charge ?
Evaluez la gravité de l'état de santé du patient sur cette échelle analogique de gravité; 0 correspondant à pas grave du tout et 10 à la gravité maximale.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pas grave du tout très grave

3- Quelle est votre cotation CCMS? La cotation à 6 est exclue (exclusion des décès).

1. état clinique jugé stable, pas de décision d'actes : consultation médicale simple - pas de transport.

2. état clinique jugé stable, décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.

3. état clinique jugé susceptible de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital.

4. pronostic vital engagé, prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation.

5. pronostic vital engagé, prise en charge comportant des gestes de réanimation.

4- Pensez-vous avoir disposé de suffisamment de temps pour informer la famille ?

Oui Non

5- Combien de temps a duré l'entretien ? minutes

6- Combien de temps le proche a-t-il parlé en pourcentage ?%

7- Dans quelles conditions avez-vous délivré cette information ?

dans un endroit isolé

auprès du patient

dans la même pièce que le patient

debout

assis

8- Avez-vous donné une orientation diagnostique précise à la famille ?

- oui non

9- Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

10- Quelle est l'orientation du patient ?

- pas de transfert à l'hôpital
 transfert à l'hôpital
 réanimation/ déchoc / bloc opératoire
 Unité de soins intensifs cardiologiques / salle de coronarographie
 Services d'urgences
 Autres

11- Coter le niveau de compréhension de la langue française du proche :



- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Mauvaise Compréhension | | | | | | | | | | Bonne Compréhension |

12- Pensez vous que l'état émotionnel du proche lui permettait de comprendre l'information ?
Coter le niveau d'anxiété du proche :



- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

0 = aucune
anxiété

10 = état le plus anxieux
que vous puissiez
imaginer

13- Avez-vous délivré l'information concernant la gravité de l'état de santé du patient à la famille de façon habituelle ?

- Oui Non

Annexe 3 : Traduction CCMS en langage famille

	CCMS	CCMS traduite en langage famille
1	Etat clinique jugé stable, pas de décision d'actes : consultation médicale simple - pas de transport.	Votre proche va bien, sa vie est hors de danger. Son état de santé ne nécessite pas de transfert à l'hôpital.
2	Etat clinique jugé stable, décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.	Votre proche va bien, sa vie est hors de danger. Son état de santé nécessite néanmoins un bilan complémentaire à l'hôpital.
3	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital.	L'état de santé de votre proche risque de s'aggraver. Néanmoins sa vie n'est pas en danger.
4	Pronostic vital engagé, prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation.	L'état de santé de votre proche est grave, sa vie est en danger.
5	Pronostic vital engagé, prise en charge comportant des gestes de réanimation.	L'état de santé de votre proche est très grave, il risque de mourir.
6	Patients décédés avant l'arrivée du Smur	

ABREVIATIONS

CCMS	Classification Clinique des Malades du SMUR
CECIC	Comité d'Éthique des Centres d'Investigation Clinique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EVA	Échelle Visuelle Analogique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MU	Médecine d'Urgence
PEC	Prise En Charge
SMUR	Structure Mobile d'Urgences et de Réanimation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USI	Unité de soins intensifs
USIC	Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

Liste des MCU-PH et PU-PH



Maitre de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier 2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTOMNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie



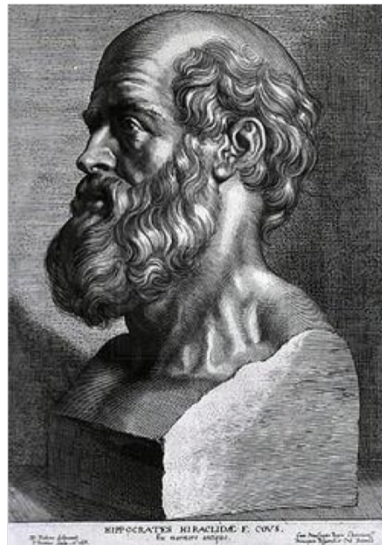
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAPPANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benolt	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carminé	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Serment d'Hippocrate



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Objectif: L'évaluation de la compréhension de l'information médicale par la famille en situations d'urgences est un domaine dans lequel les soignants peuvent largement progresser. Le but de notre travail est d'évaluer pour des patients pris en charge en préhospitalier par un SMUR la compréhension de l'information médicale par la famille en ce qui concerne la gravité de leur proche et de déterminer les facteurs qui l'altèrent.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective multicentrique réalisée dans 4 SMUR de Rhône-Alpes de juin à octobre 2012. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires immédiatement après l'intervention. La Classification Clinique des Malades du SMUR (CCMS) et sa traduction validée compréhensible pour les proches ont été utilisées comme critère de jugement principal et des échelles numériques d'anxiété et de gravité ainsi que des échelles de Likert pour les critères de jugement secondaires.

Résultats : 184 proches et médecins ont complété le questionnaire. Les proches sont majoritairement des femmes 111 (60%) et le lien de parenté le plus représenté est le conjoint 97 (52%). Leur anxiété (6 [Intervalle de Confiance (IC) 95% 5,6-6,5] en moyenne sur une échelle de 0 à 10) est sous-estimée par le médecin (4,2 [IC95% 3,8-4,5]). Les urgentistes sont pour la plupart des hommes (62,8%), jeunes (moyenne d'âge 38,1 ans [IC95% 36,7-39,4]) et exercent la médecine d'urgence préhospitalière depuis 4,5 ans [Intervalle Inter Quartile 2-12]. Les proches pensent avoir totalement compris l'information médicale à 64%. Pourtant nous retrouvons une faible corrélation entre la CCMS cotée par la famille et celle décrite par le médecin (κ pondéré=0,32) et seulement 43% des proches ont perçu la gravité avec exactitude. Une analyse multivariée a permis d'isoler trois facteurs d'altération de la compréhension : l'anxiété (odds ratio (OR) 1,35, IC95% [1,1-1,7], $p=0,014$), un faible niveau d'éducation (OR 4,6, IC95% [1,3-16,3], $p=0,018$) et une gravité élevée de l'état du patient (OR 2,35, IC95% [1,2-3,8], $p=0,009$).

Discussion: Informer les familles et améliorer leur compréhension sont essentiels pour leur participation aux décisions médicales et au projet thérapeutique. Les proches ont un faible taux de bonne appréciation de la gravité du patient. Nos données suggèrent que les médecins doivent s'efforcer de rapidement identifier les situations à risque de faible compréhension à savoir : un proche anxieux, un proche témoignant d'un faible niveau d'éducation ou un patient grave afin d'inciter le proche à poser des questions et insister sur les points non compris. L'appréciation de la gravité par le proche est d'autant plus inexacte que le patient est critique. De plus, l'anxiété des proches apparaît nettement sous-estimée par les médecins dans notre travail. Un effort pourrait également être porté sur la formation des urgentistes à l'information médicale. Par ailleurs, une invitation au dialogue avec les soignants à l'aide d'un support écrit de manière complémentaire à l'information orale pourrait être envisagée afin de faciliter l'accueil hospitalier en fonction de l'orientation et de la pathologie. La traduction de la CCMS en langage compréhensible par les proches a été validée et pourrait désormais être un outil employé en intervention pour mieux faire apprécier la gravité aux familles.

Mots clés : information - préhospitalier - SMUR - compréhension - gravité - famille - CCMS