

La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence

Diane Lallemand

▶ **To cite this version:**

Diane Lallemand. La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01630330

HAL Id: dumas-01630330

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630330

Submitted on 7 Nov 2017

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.



FACULTÉ DE MÉDECINE

Thèse d'exercice de médecine générale

LALLEMAND Diane

La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence

Date de soutenance

8 septembre 2017

Directeur de Thèse

Dr CARRON Mathieu

Président du jury

Pr LEVRAUT Jacques

Assesseurs

Pr QUATREHOMME Gérald

Dr PAPA Michel

Dr LEPLATOIS Thibaut

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2016** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)

M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
M.	GONZALEZ Jean-François	Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)
M.	WELLS Michael	Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Jacques Levraut,

merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de m'avoir permis de réaliser mon rêve. Soyez assuré de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Gérald Quatrehomme,

merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury et d'accepter de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A monsieur le Docteur Michel Papa,

je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans ce jury. Merci de m'avoir accompagné durant ma formation au cours du DES de Médecine générale. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

A monsieur le Docteur Thibaut Leplatois,

merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury. Merci de m'avoir encouragé tout au long de ma formation aux urgences et lors du concours de DESC de Médecine d'urgence.

A monsieur le Docteur Mathieu Carron,

je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apporté au cours de ce travail, pour ton exigence, ta patience et ton soutien.

A mon père,

Merci pour tous tes conseils et pour toute l'aide que tu m'as apporté depuis toujours. Merci de m'avoir poussé à aller si loin.

A ma mère,

merci de ton soutien sans faille et de ta douceur.

A mes sœurs, Isabelle et Marie

merci de m'avoir soutenu depuis le début.

A Patrick, qui m'a soutenu jusqu'au bout, merci pour tout ce que tu as fait pour moi au cours des derniers mois…

A mes grands-parents, Nanie Yamina, Papi Gaston, Nanie Jeanine et Papi Pierrot,

A mes beaux frères,

A ma filleule Madeleine, à ma nièce Margaux et à ma petite nièce qui arrive bientôt,

A mon parrain Bertrand, qui m'a accompagné lors de mon inscription en première année de faculté de Médecine

A ma marraine Dominique, merci d'être là aujourd'hui,

A toute ma famille des Vosges et à toute ma famille de Montpellier,

A Clarinette, France, Omar, Agnès, Yanou, Jess, Audrey, Marion et Damien, vous me manquez…

A Margaux, ma suissesse préférée, à Agathe, à Guigui et à tous les autres monos du Chatelard,

A Lison, Toto, Willou, Sam, Axel, Jen et à toute l'équipe du DESC de médecine d'urgence,

A toute la Team des Urgences,

A Pierre, Mus et Imen,

A la famille Treacy, Maryline, Ray, Molly, Prissy, Ryan et Camille,

A mes praticiens, Docteur Touboul et Docteur Moznino,

A mes anciens collocs, Albéric, Sacha et Margaux,

A tous ceux qui sont présents aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 11
2. METHODE 15
   - 2.1. Recueils de données 15
   - 2.2. Brief Mental Status Examination 17
   - 2.3. Saisie des données 18
     - 2.3.1. Le questionnaire 18
     - 2.3.2. Base de données informatique 20
   - 2.4. Consentement 20
   - 2.5. Analyse statistique 21
3. RESULTATS 22
   - 3.1. L'information médicale 25
     - 3.1.1. Contexte et confidentialité 25
     - 3.1.2. Caractéristiques de l'information délivrée 25
     - 3.1.3. Evaluation objective de l'information médicale 29
     - 3.1.4. Evaluation subjective de l'information médicale 29
     - 3.1.5. Relation entre évaluation objective et subjective de l'information médicale 30
   - 3.2. Facteurs pouvant impacter sur l'évaluation objective et subjective de l'information médicale 31
     - 3.2.1. Facteurs épidémiologiques 31
     - 3.2.2. Facteurs relatifs au fonctionnement des urgences 36
   - 3.3. Compréhension du patient relative à l'information médicale 40
   - 3.4. Consultation chez le médecin traitant à la sortie des urgences 41
4. DISCUSSION 42
   - 4.1. Contexte et confidentialité 42
   - 4.2. Caractéristiques de l'information médicale 44
   - 4.3. Compréhension de l'information et satisfaction des patients 48
   - 4.4. Suggestions 52
5. CONCLUSION 55
6. BIBLIOGRAPHIE 57
7. ANNEXE 60

1. INTRODUCTION

Les Etats Généraux de la Santé, tenus en France de Septembre 1998 à Juin 1999, ont permis un débat démocratique avec l'ensemble des Français[1]. L'objectif était d'associer ces derniers aux débats sur la santé afin de connaitre leurs préoccupations et leurs attentes vis-à-vis du système de soins et des différents acteurs de santé. « L'information en matière de santé » a été l'un des thèmes forts et répétés de ces débats. La demande des Français portait sur une information « claire, fiable et facilement accessible » ainsi que sur un « fort besoin de transparence jugé indispensable pour établir une relation de confiance avec le système de soins »[2]. C'est dans ce contexte qu'est apparu le concept de « démocratie sanitaire » qui se définit par « la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur (de soin), d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de codécision, de participation active du malade à son traitement »[3].

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 aussi nommée loi Kouchner[4], relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, traduit en termes concrets les souhaits exprimés par les citoyens français au cours des Etats Généraux Français. Les dispositions de cette loi relative à l'information du patient font apparaitre deux séries de dispositions :

- Les premières consacrent un droit général du patient à être informé sur son état de santé
- Les deuxièmes définissent les conditions d'accès à l'information médicale.

Cette loi apporte de nombreuses précisions quant aux conditions d'information[5]. Elle énonce que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé », et que « cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. ». L'information médicale du patient constituait déjà une obligation déontologique pour tous les médecins. L'article 35 du code de Déontologie[6] est d'ailleurs très clair sur ce point. Il précise que le « médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. (…) Il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Mais cette information

médicale restait trop souvent peu claire et incomplète. Le manque d'information est actuellement l'un des principaux défauts des professionnels de santé qui engagent leur responsabilité[7–9].

L'information doit être délivrée par le médecin responsable, avant, pendant et après la prise en charge du patient, au cours d'un entretien individuel spécifiquement consacré au malade, à l'exception des mineurs et des majeurs sous tutelles pour lesquels l'information médicale est délivrée, selon les cas, aux titulaires de l'autorité parentale ou au tuteur[5]. Pour ce faire, elle est donnée oralement et l'utilisation de documents écrits, comme des schémas explicatifs et commentés, mais aussi des ardoises destinées aux patients sourds, peuvent s'avérer nécessaires pour améliorer la compréhension des patients. L'objectif étant de lui permettre d'évoluer en acteur de sa prise en charge, en ayant les informations nécessaires à la compréhension de sa pathologie et de son état de santé. Il doit pouvoir être éclairé pour consentir à sa prise en charge. Le projet thérapeutique doit être décidé avec le patient. En cas de refus de celui-ci d'adhérer au projet de soins, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix. Il a cependant le devoir de tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins recommandés. Être informé est un droit individuel, mais refuser de l'être aussi. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance est un droit qui doit être respecté sauf dans quelques cas particuliers comme l'exposition des tiers à un risque de transmission d'agents infectieux, par exemple. Seule l'urgence de la situation et l'impossibilité d'informer le malade peuvent dispenser le médecin de l'informer[5]. La loi précise que le patient a le droit au secret des informations le concernant[10]. L'échange d'informations est possible entre professionnels de santé afin d'assurer la continuité des soins. Cependant, le partage d'informations doit être limité au strict nécessaire. A la fin de l'hospitalisation, la totalité des informations médicales incluant la continuité des soins entre les différents professionnels de santé doit être remise au patient lui-même sous la forme d'un compte-rendu médical écrit et détaillé.

L'information médicale, qui est un principe incontournable de la relation médecin-patient, semble plus difficile dans le contexte des urgences médicales[11,12]. Dans les services dédiés à la médecine d'urgence, la pratique médicale se caractérise par un contact épisodique entre les médecins et les patients ainsi que par une absence de continuité des soins[13]. La communication y est souvent peu fréquente, trop superficielle et précipitée, brève et interrompue, voir même par moment orientée. Le langage utilisé par le corps médical est parfois bien trop technique avec l'utilisation de mots décrits

comme étant d'un « jargon médical » et ne permettant pas au patient de comprendre facilement le discours médical de son médecin[14]. La difficulté d'informer le patient est la conséquence de plusieurs contraintes plutôt spécifiques à ces services de médecine d'urgence. Le manque de temps, l'affluence importante, le manque de confidentialité, l'environnement anxiogène, à la fois pour le personnel et les patients, l'environnement sonore et la prise en charge de pathologies aigues en sont les principales[15–18]. Par ailleurs, les facteurs psycho-sociaux y sont souvent négligés, comme la présence d'un syndrome dépressif, par exemple, souvent ignoré du médecin et qui pourtant est liée à un défaut de compréhension[13].

Deux études ont montré que l'information médicale est indissociable de soins complets, car elle permet la participation ainsi qu'une meilleure adhésion du patient à la décision médicale[18,19]. La communication améliore la compliance aux instructions médicales et aux instructions de suivi [9,12,17,20,21]. Elle instaure un lien de confiance entre le praticien et le patient en améliorant la satisfaction de ces derniers et permet d'éviter de nombreux recours juridiques ultérieurs[19]. La satisfaction des patients est un indicateur de qualité de la bonne pratique médicale et paramédicale pour les établissements de soins en général et le service des urgences en particulier. La totalité des soignants (c'est-à-dire l'ensemble du personnel médical et paramédical) estimaient dans une étude réalisée par Zemmouche et al, que cette information était fondamentale[11]. Malgré cela, une grande majorité des membres du personnel paramédical estimait qu'elle était difficile à délivrer correctement en raison du manque de disponibilité des médecins. De ce fait, ils rapportaient que cela les obligeait à dépasser leur champ de compétence en allant eux-mêmes délivrer une partie de l'information médicale au patient.

Dans les services de médecine d'urgences, afin que la relation médecin-malade soit satisfaisante, un lien informatif efficace doit se tisser entre eux. Les patients qui ont le sentiment d'avoir reçu plus d'informations ont de meilleurs taux de satisfaction. A contrario, une mauvaise communication va avoir pour conséquence d'altérer la relation médecin-malade et d'entrainer une mauvaise observance aux thérapeutiques ainsi qu'au suivi médical[22]. Cela va laisser persister des doutes à cause d'une mauvaise compréhension des informations, alors que ces dernières sont essentielles à la qualité des soins[8,18]. De plus, une augmentation de la morbi-mortalité des patients et une utilisation accrue du

système de soins sont d'autres conséquences qui peuvent engendrer une augmentation du nombre de visites dans les services d'urgences, du taux d'hospitalisations et du nomadisme médical[12,23].

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les différentes caractéristiques de l'information médicale délivrée au patient au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence. Nous avons également identifié les objectifs secondaires suivants :

- Etudier l'influence des facteurs socio-démographiques des patients sur la délivrance de l'information médicale.
- Etudier l'influence de facteurs relatifs au fonctionnement d'un service d'urgence sur la délivrance de l'information médicale.
- Evaluer le taux de compréhension des patients à la sortie de leur hospitalisation aux urgences quant à l'information médicale qu'ils ont reçue.
- Connaître la proportion de malades ressentant le besoin de consulter leur médecin traitant pour éclaircir les informations délivrées par l'urgentiste.

2. METHODE

Une étude prospective et transversale, d'épidémiologie descriptive, a été conduite dans deux services de médecine d'urgences de la région Provence Alpes Côte-d'Azur. Les deux centres étaient d'une part le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Nice (Pasteur 2) et d'autre part, le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Régional de Draguignan.

2.1. Recueils des données

Le recueil des données s'est déroulé du 27 janvier au 21 juin 2017. Un investigateur principal a participé au recueil des données dans les deux centres hospitaliers et un second investigateur a participé occasionnellement au recueil des données au sein du centre hospitalier universitaire de Nice. Pour ce faire, ils se rendaient au sein des services d'accueil des urgences de façon aléatoire, n'importe quel jour de la semaine d'une part, et quel que soit l'horaire du jour ou de la nuit d'autre part. Cela dans le but d'obtenir la population la plus représentative de l'activité quotidienne, en prenant en compte les variations du flux de patients tout au long d'un jour et d'une semaine. Les médecins et les internes responsables de la prise en charge des patients présents dans les urgences n'étaient pas informés du thème de l'étude afin de ne pas provoquer une modification de leurs pratiques au moment du recueil des données dans le service. Les entretiens, d'une quinzaine de minutes, prenaient place dans le service des urgences pour les patients qui étaient orientés vers un service d'hospitalisation ainsi que pour ceux rentrant au domicile au moyen d'un transport ambulancier. Pour les patients autonomes et autorisés à quitter le service par leurs propres moyens (nommés ci-après « Patients externes »), le recueil avait lieu à la sortie du service des urgences, au niveau du secrétariat, une fois qu'ils avaient récupéré leurs documents de sortie. Avant d'intervenir auprès du patient hospitalisé ou attendant une ambulance, l'investigateur demandait simplement au médecin responsable si la prise en charge médicale était totalement terminée. En cas de réponse négative du médecin responsable du patient, l'investigateur ne devait pas recueillir les données immédiatement. Il avait pour consigne de réaliser le recueil des données uniquement après avoir à nouveau posé la question au médecin responsable et

obtenu une réponse positive de celui-ci. De plus, avant la réalisation du questionnaire, l'investigateur soumettait le patient à un test cognitif rapide (Brief Mental Status Examination, BMSE) afin d'évaluer ses fonctions cognitives supérieures. Dans la mesure du possible, l'investigateur s'efforçait de recueillir les données juste avant le départ du patient afin de prendre en compte le temps d'attente au sein du service des urgences.

Tous les patients admis au sein d'un des deux services d'accueil des urgences pouvaient être inclus dans notre étude à l'exception des patients :

- orientés vers le Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV ou Unité de déchoquage) ;
- présentant une pathologie psychiatrique prédominante ou admis pour une décompensation de pathologies psychiatriques ;
- admis en état d'ébriété ;
- dont le score de Glasgow était inférieur à 15 ;
- dont l'état clinique se dégradait pendant leur prise en charge aux urgences ;
- qui refusaient la participation au questionnaire.

L'âge ne constituait pas un critère de non-inclusion. Les patients mineurs étaient inclus dans l'étude. Dans ce cas, le questionnaire était destiné aux parents. La barrière linguistique devenait un critère de non-inclusion si le patient ne parlait ni français, ni anglais, et que nous ne constations aucun interprète parmi ses accompagnants. Dans le cas où un interprète était présent, le questionnaire était oralement traduit par ce dernier afin que le patient puisse répondre dans sa langue maternelle.

Les patients exclus de l'étude correspondaient à ceux :

- dont le test cognitif Brief Mental Status Examination (BMSE) était strictement supérieur à huit (>8) ;
- dont l'état clinique se dégradaient pendant l'entretien ;
- qui refusaient de poursuivre l'entretien ;
- pour qui des données nous étaient manquantes. (Niveau d'étude du patient, sexe, acteur responsable de la prise en charge (médecin ou interne) …).

2.2. Brief Mental Status Examination

Afin d'évaluer l'état des fonctions cognitives supérieures de nos patients inclus dans l'étude, tous devaient être soumis à un test cognitif rapide, le Brief Mental Status Examination, d'une durée de 2 minutes. Ce test se décompose en six questions :

- En quelle année sommes-nous ?
- En quel mois sommes-nous ?
- Mémorisez la phrase et répétez après moi : « Hôpital Pasteur, 30 voie Romaine, Nice »

(Il s'agit d'une phrase que nous avons écrite en respectant le rythme et la syntaxe de la phrase d'origine qui est en anglais dans le test : « John Brown, 42 Market Street, New York. »).

- Quelle heure est-il environ ? (A une heure près)
- Comptez de 20 à 1 ?
- Dites les mois de l'année à l'envers ?
- Répétez la phrase mémoire ci-dessus.

Chaque item a été pondéré en fonction du nombre et du poids de l'erreur afin d'obtenir un premier score. Les scores des 6 items ont ensuite été additionnés pour obtenir un score total entre 0 et 28.
Au final, l'état cognitif du patient était évalué en fonction du score total obtenu à la suite des six questions, comme indiqué ci-dessous :

- 20 – 28 : troubles cognitifs sévères ;
- 9 – 19 : troubles cognitifs légers ;
- 0 – 8 : pas de troubles cognitifs.

2.3. Saisie des données

2.3.1 : Le questionnaire

Nous avons établi un questionnaire afin de recueillir les données, en nous basant sur les recommandations de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner. Ce questionnaire comprenait 5 grands axes.

Le premier axe nous a permis d'obtenir dans un premier temps des informations sur les données épidémiologiques suivantes :

- Âge ;
- Sexe ;
- Conditions socio-professionnelles (sans emploi, avec emploi, retraité ou étudiants) ;
- Niveau d'études (études supérieures (universités et classes préparatoires), secondaire avec baccalauréat, secondaire sans baccalauréat, autres (Brevet de Technicien Supérieur (BTS) ; Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) ; Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP)), sans (niveau collège, certificat d'études) ;
- Langues parlées (français, anglais ou autres avec traducteur) ;

Puis dans un second temps, de recueillir des informations au sujet du passage aux urgences de chaque patient, à savoir :

- Date et horaire de l'interrogatoire ;
- Durée du passage dans le service des urgences (heure recueillie au moment de la réalisation du questionnaire et arrondie à l'heure) ;
- Nombre de patients présents dans les urgences, de l'hôpital périphérique de Draguignan, ou nombre de patients présents dans une zone médico-chirurgicale, du service des urgences du CHU Pasteur 2, au moment de la réalisation du questionnaire ;
- Prise en charge du patient par un médecin docteur en médecine ou un interne du service ;
- Orientation finale : hospitalisation ou retour au domicile.

Le second axe contenait les informations relatives aux conditions de la prise en charge ainsi que sur la confidentialité des entretiens au sein des urgences, à savoir :

- La localisation au moment de l'examen médical (box ou couloir) ;

- L'examen médical effectué par le médecin uniquement ou en présence de plusieurs acteurs de soins ;
- La capacité à distinguer les différents acteurs de la prise en charge ;
- Le nombre de fois où le patient fut informé par une personne du personnel médical ou paramédical quant à son état de santé ;
- L'évaluation subjective de la disponibilité du médecin lors de la délivrance de l'information médicale au patient.

Le troisième axe s'intéressait aux différentes caractéristiques de l'information médicale délivrée par le médecin et régies par la loi Kouchner. Ces caractéristiques concernaient le diagnostic médical, les investigations réalisées ainsi que les soins médicaux délivrés au patient. Pour chacune de ces caractéristiques, le patient évaluait la qualité de l'information reçue. A savoir, était-elle : mauvaise, insuffisante, bonne ou excellente. De plus, suivant les recommandations de la loi du 4 mars 2002, concernant les investigations médicales, le patient devait renseigner si une information avait été délivrée quant à leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles, leurs alternatives possibles et leurs résultats. Il en était de même pour les soins médicaux, en retirant l'item relatif aux résultats. Concernant les patients orientés vers un service d'hospitalisation, nous demandions au patient s'il avait connaissance du service dans lequel il était adressé. Pour les patients externes, le patient devait nous dire si son ordonnance de sortie lui avait été expliquée par le médecin, si un compte-rendu écrit d'hospitalisation dans le service des urgences lui avait été délivré et s'il ressentait le besoin de consulter son médecin traitant afin d'obtenir des informations complémentaires relatifs aux trois caractéristiques précédemment citées.

Le quatrième axe évaluait la compréhension de l'information. Nous nous sommes efforcés de recueillir des données concernant la compréhension du patient face à l'information délivrée, l'utilisation d'un langage médical ou commun par le médecin (ou interne) pour délivrer l'information. De plus, nous avons étudié l'utilisation du feed-back par le médecin, autrement dit, le médecin s'est-il assuré de la bonne compréhension de son patient, ou a-t-il simplement délivré une information sans se préoccuper de la bonne compréhension de son patient.

Le cinquième axe étudiait l'évaluation subjective de l'information médicale. Le patient accordait une note de 0 à 10 (0 étant équivalent à « très mauvais » et 10 à « excellent ») pour évaluer l'information

médicale reçue lors de son passage aux urgences. Ces notes subjectives ont par la suite été pondérées sur 100 points.

Les questions relatives au troisième et au quatrième axe participaient à une note dont le total était de 32 points pour les patients externes et de 27 points pour les patients hospitalisés. Ces notes qui étaient ensuite pondérées sur 100 points, nous ont permis d'avoir une évaluation objective de l'information. Une comparaison de la subjectivité et de l'objectivité de l'information fût réalisée au cours de notre travail.

Avant le démarrage du recueil de données le questionnaire a été testé sur 9 patients (5 au CHU de Nice et 4 au CHR de Draguignan). A la suite de ces tests, nous l'avons modifié sur certains items avant d'obtenir la validation du questionnaire final. Les données relatives au nombre de patients présents sur le terminal des urgences et relatives au type de médecin responsable de l'information du patient ont été intégrées.

2.3.2 : Base de données informatique

Toutes les données qui ont été préalablement saisies sur le questionnaire papier ont secondairement été enregistrées dans une base de données « Excel » informatisée. Cette base de données se décomposait en trois feuilles aux variables identiques (à l'exception des informations de sorties, différentes entre les patients hospitalisés et ceux qui ne l'étaient pas) : une feuille pour les patients hospitalisés, une feuille pour les patients non hospitalisés et une feuille regroupant l'ensemble de la population de l'étude.

2.4 : Consentement

Les chefs de service ont été informés de l'étude par un mail expliquant le déroulement de l'étude. Leur consentement a été obtenu oralement avant le début des inclusions.

Le consentement oral des patients, après les avoir informés du sujet de l'étude et de l'anonymat de l'étude, était nécessaire avant de démarrer l'entretien.

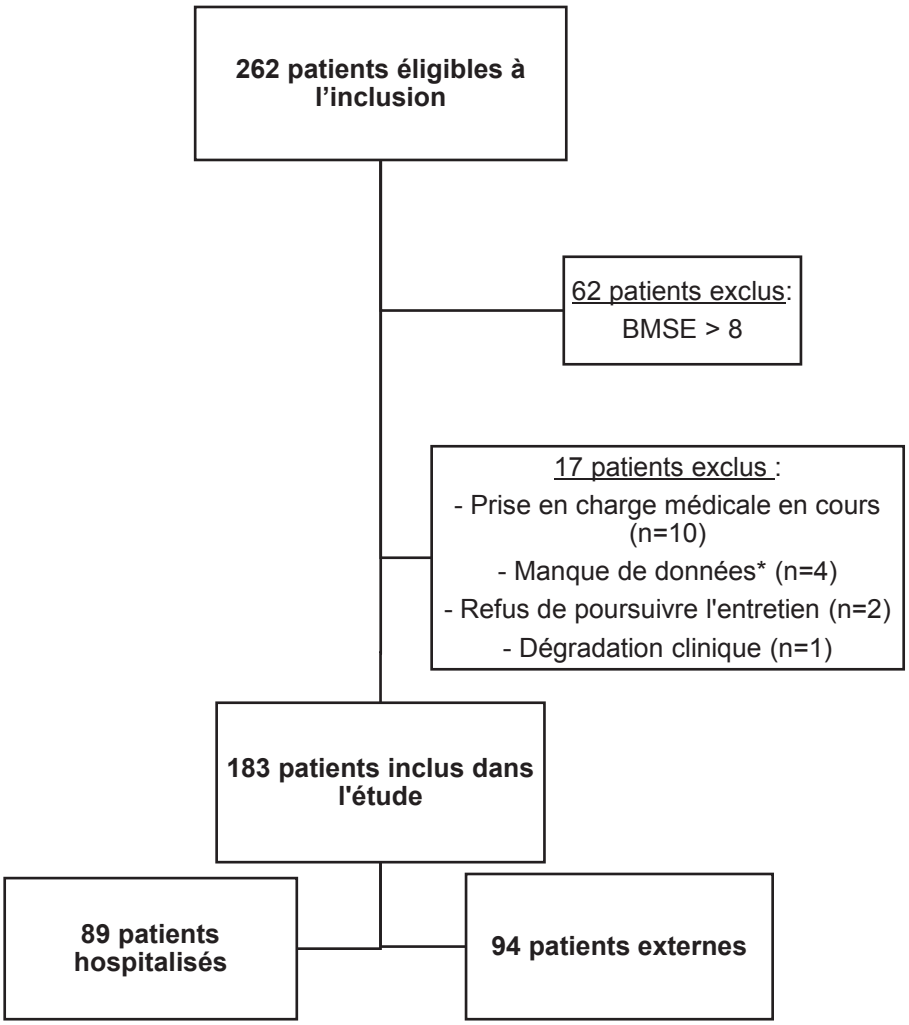
2.5 : Analyse statistique

Pour la réalisation de l'analyse statistique, les données qualitatives ont été exprimées en pourcentages. Ces pourcentages ont été comparés entre eux en utilisant le test du Chi-2 corrigé selon la méthode de Yates ou par un test de Fisher les cas échéants. Un *p-value* inférieur à 0.05 a été considéré comme statistiquement significatif. Une analyse de variance, ou test ANOVA, a été réalisée pour étudier la relation qu'il existe entre les différents facteurs qui agissent sur la qualité de l'information.

3. RESULTATS

Le recueil des données au sein des deux services d'urgences s'est déroulé sur une période de 4 mois et 26 jours, du 27 janvier 2017 au 21 juin 2017. Pendant cette période, 262 patients ont été initialement inclus dans l'étude afin de réaliser le test cognitif BMSE. A la suite de ce test, 62 patients ont été exclus du travail car leur score était strictement supérieur à 8. Un des patients a dû être exclu car son état clinique s'était dégradé au cours de sa prise charge. Au total, nous avons pu inclure 183 patients dont les données ont été analysées. Le diagramme de flux, représenté par la figure 1, résume les inclusions de patients dans notre travail.

Figure 1. Diagramme de flux résumant la sélection des patients de notre étude



*Niveau d'études, sexe, type de médecins

Le tableau 1 met en évidence les caractéristiques de la population étudiée. Nous pouvons constater qu'un plus grand nombre de patients a été inclus au sein du service des urgences du CHU de Nice. Dans les deux centres, le nombre de patients hospitalisés était similaire à celui des patients externes. L'âge médian était plus élevé de 16 années pour les patients hospitalisés. L'âge médian de la population totale correspondait approximativement à celui du milieu de vie. Il était de 49 ans avec des âges limites comprenant 11 ans (âge d'un des patients externes) et 93 ans. Au sein de notre population, les médecins et les internes ont chacun pris en charge un nombre de patients similaire. La plupart de nos patients inclus, soit 43,2%, possédait un emploi. Les retraités étaient la deuxième classe la plus nombreuse avec une fréquence à 35%. On constate un nombre plus élevé de personnes avec emploi chez les patients externes et une fréquence plus élevée de patients retraités parmi les patients hospitalisés. Nous n'avons pas réussi à inclure de patients sans domicile fixe au cours de ce travail. Les patients dont le niveau d'études était « Autres » (Brevet de Technicien Supérieur (BTS) ; Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) ; Brevet d'Etude Spécialisée (BEP)) avait la plus forte prévalence au sein de notre population.

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée

		Patients externes Effectif (%)	Patients hospitalisés Effectif (%)	Population Totale Effectif (%)
Sex ratio H/F		1	1,3	1,2
Age médian (min-max)		43 (11-93)	59 (16-93)	49 (11-93)
Prise en charge médicale	Médecin	42 (44,7%)	52 (58,4%)	94 (51,4%)
	Interne	52 (55,3%)	37 (41,6%)	89 (48,6%)
Services des urgences	Nice	66 (70,2%)	65 (73%)	131 (71,6%)
	Draguignan	28 (29,8%)	24 (27%)	52 (28,4%)
Profession	Avec emploi	43 (45,8%)	36 (40,5%)	79 (43,2%)
	Retraités	24 (25,5%)	40 (44,9%)	64 (35%)
	Sans emploi	18 (19,1%)	9 (10,1%)	27 (14,7%)
	Etudiants	9 (9,6%)	4 (4,5%)	13 (7,1%)
Niveau d'études	Autres***	29 (30,9%)	26 (29,2%)	55 (30%)
	Etudes supérieures	22 (23,4%)	21 (23,6%)	43 (23,5%)
	Secondaire avec BAC**	20 (21,3%)	21 (23,6%)	41 (22,4%)
	Sans	14 (14,8%)	9 (10,1%)	23 (12,6%)
	Secondaire sans BAC*	9 (9,6%)	12 (13,5%)	21 (11,5%)

* Classe de seconde, première ou terminale sans obtention du baccalauréat
** Obtention du baccalauréat
*** Brevet de Technicien Supérieur (BTS), Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), Brevet d'Etudes Professionnelles (BEP)

3.1. L'information médicale

3.1.1. Contexte et confidentialité

Sur les 183 patients inclus dans l'étude, la grande majorité des patients, soit 90,7% ont déclaré avoir reçu une information médicale en box alors que seulement 9,3% ont déclaré avoir été informés dans le couloir. Pour 127 patients (69,4%), le médecin était seul au moment de l'information contre 56 (30,6%) pour qui le médecin était accompagné d'autres personnels soignants (infirmiers, externes, aides-soignants). Nous constatons que seulement 106 de nos patients, soit 57,9%, étaient capables de distinguer le personnel soignant. En ce qui concerne la disponibilité du médecin, il était considéré comme disponible dans 67,2% des cas, peu disponible dans 12,6% des cas, très disponible dans 12% des cas et pas du tout disponible dans 8,2% des cas.

3.1.2. Caractéristiques de l'information délivrée

Le questionnaire évaluait l'information concernant le diagnostic, les investigations et les soins médicaux. Sur l'ensemble de la population, les trois-quarts des patients (73,2%) déclaraient avoir été informés sur le diagnostic et la majorité de ces patients (81,4%) considéraient que l'information avait été bonne. Les patients déclaraient avoir été moins informés sur les investigations (57,4%) et sur les soins médicaux (39,9%), ce qui est montré dans le tableau 2. Les patients externes semblaient avoir été moins bien informés que les patients hospitalisés en ce qui concerne les investigations dans respectivement 51,1% et 64% des cas et les soins médicaux dans respectivement 47,2% et 33% des cas. Quel que soit le type de population étudié, il semblait y avoir une meilleure information sur le diagnostic que sur les investigations et les soins médicaux. Seuls 66,3% des patients hospitalisés connaissaient le service où ils allaient être admis. Les trois quarts des patients sortants déclaraient que le médecin ne leur avait pas expliqué leur ordonnance de sortie. Près de 30% des patients sortaient des urgences sans compte-rendu de leur passage.

Tableau 2. Caractéristiques de l'information médicale délivrée aux patients

Caractéristiques de l'information	Oui / Non*	Patients hospitalisés Effectif = 89 (100%)	Patients externes Effectif = 94 (100%)	Population totale Effectif = 183 (100%)
Diagnostic	Non	24 (27%)	25 (26,6%)	49 (26,8%)
	Oui	65 (73%)	69 (73,4%)	**134 (73,2%)**
	Mauvaise	2 (3,1%)	1 (1,4%)	3 (2,2%)
	Insuffisante	7 (10,8%)	8 (11,6%)	15 (11,2%)
	Bonne	52 (80%)	57 (82,6%)	**109 (81,4%)**
	Excellente	4 (6,1%)	3 (4,4%)	7 (5,2%)
Investigations	Non	32 (36%)	46 (48,9%)	78 (42,6%)
	Oui	**57 (64%)**	**48 (51,1%)**	**105 (57,4%)**
	Mauvaise	3 (5,3%)	0 (0%)	3 (2,9%)
	Insuffisante	11 (19,3%)	5 (10,4%)	16 (15,2%)
	Bonne	39 (68,4%)	40 (83,3%)	79 (75,2%)
	Excellente	4 (7%)	3 (6,3%)	7 (6,7%)
Soins médicaux	Non	47 (52,8%)	63 (67%)	110 (60,1%)
	Oui	**42 (47,2%)**	**31 (33%)**	**73 (39,9%)**
	Mauvaise	3 (7,1%)	3 (9,7%)	6 (8,2%)
	Insuffisante	10 (23,8%)	7 (22,6%)	17 (23,3%)
	Bonne	27 (64,3%)	20 (64,5%)	47 (64,4%)
	Excellente	2 (4,8 %)	1 (3,2%)	3 (4,1%)
Explications de l'ordonnance	Non		70 (74,4%)	
	Oui		**24 (25,6%)**	
	Mauvaise		0 (0%)	
	Insuffisante		1 (4,2%)	
	Bonne		**59** (95,8%)	
	Excellente		0 (0%)	
Compte rendu délivré	Non		28 (29,8%)	
	Oui		**66 (70,2%)**	
Connaissance du service d'hospitalisation	Non	30 (33,7%)		
	Oui	**59 (66,3%)**		

*Les patients ont-ils reçu une information médicale ?

Concernant les investigations et quel que soit le type de population, les patients étaient mieux informés sur l'utilité des examens et leurs résultats que sur l'urgence à les réaliser, leurs conséquences, leurs risques et leurs alternatives possibles. Parmi les 105 patients ayant reçu une information, 69 d'entre eux déclaraient qu'elle portait sur l'utilité et 70 d'entre eux sur les résultats. Seulement 3 ont déclaré avoir été informés sur les effets secondaires des examens réalisés. Les tableaux 3 a, b et c montrent les caractéristiques de l'information au sein des patients ayant reçu une information relative aux investigations.

Tableau 3a. Caractéristiques de l'information relative aux investigations chez les patients hospitalisés ayant eu une information

Caractéristiques	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total Effectif (%)
Utilité	38 (66,7%)	19 (33,3%)	
Urgence	9 (15,8%)	48 (84,2%)	
Conséquences	6 (10,5%)	51 (89,5%)	57 (100%)
Risques	2 (3,5%)	55 (96,5%)	
Alternatives	1 (1,8%)	56 (98,2%)	
Résultats	**33 (57,9%)**	24 (42,1%)	

Tableau 3b. Caractéristiques de l'information relative aux investigations chez les patients externes ayant eu une information

Caractéristiques	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total Effectif (%)
Utilité	31 (64,6%)	17 (35,4%)	
Urgence	6 (12,5%)	42 (87,5%)	
Conséquences	3 (6,3%)	45 (93,7%)	48 (100%)
Risques	1 (2,1%)	47 (97,9%)	
Alternatives	1 (2,1%)	47 (97,9%)	
Résultats	**37 (77,1%)**	11 (22,9%)	

Tableau 3c. Caractéristiques de l'information relative aux investigations au sein de la population totale ayant eu une information

Caractéristiques	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total Effectif (%)
Utilité	69 (65,7%)	36 (34,3%)	
Urgence	15 (14,3%)	90 (85,7%)	
Conséquences	9 (8,6%)	96 (91,4%)	105 (100%)
Risques	3 (2,9%)	102 (97,1%)	
Alternatives	2 (1,9%)	103 (98,1%)	
Résultats	**70 (66,7%)**	35 (33,3%)	

Concernant les soins médicaux, la majorité des patients a déclaré avoir reçu une information sur l'utilité des thérapeutiques. Peu de patients ont considéré avoir été prévenus des effets secondaires et des alternatives possibles au traitement mis en place.

Les patients hospitalisés semblaient avoir été mieux informés sur l'urgence des soins médicaux que les patients externes dans respectivement 19% et 3,2% et sur leur utilité dans respectivement 85,7% et 67,7%. Les tableaux 4 a, b et c montrent les caractéristiques de l'information au sein des patients ayant reçu une information relative aux soins médicaux.

Tableau 4a. Caractéristiques de l'information relative aux soins médicaux chez les patients hospitalisés ayant eu une information

Caractéristiques	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total Effectif (%)
Utilité	36 (85,7%)	6 (14,3%)	
Urgence	8 (19%)	34 (81%)	
Conséquences	3 (7,1%)	39 (92,9%)	42 (100%)
Risques	1 (2,4%)	41 (97,6%)	
Alternatives	1 (2,4%)	41 (97,6%)	

Tableau 4b. Caractéristiques de l'information relative aux soins médicaux chez les patients externes ayant eu une information

Caractéristiques	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total Effectif (%)
Utilité	21 (67,7%)	10 (32,3%)	
Urgence	1 (3,2%)	30 (96,8%)	
Conséquences	1 (3,2%)	30 (96,8%)	31 (100%)
Risques	2 (6,5%)	29 (93,5%)	
Alternatives	0 (0%)	31 (100%)	

Tableau 4c. Caractéristiques de l'information relative aux soins médicaux au sein de la population totale ayant reçue une information

Caractéristiques	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total Effectif (%)
Utilité	57 (78,1%)	16 (21,9%)	
Urgence	9 (12,3%)	64 (87,7%)	
Conséquences	4 (5,5%)	69 (94,5%)	73 (100%)
Risques	3 (4,1%)	70 (95,9%)	
Alternatives	1 (1,4%)	72 (98,6%)	

3.1.3. Evaluation objective de l'information médicale

Au sein de la population totale, la moyenne était de 30,9 sur 100 avec un écart-type à 19,3. La moyenne était sensiblement plus élevée pour les patients hospitalisés (34,1 ; écart-type à 20,3) que pour les patients externes (27,8 ; écart-type à 17,7). Cependant, nous n'avons pas constaté de différences significatives entre ces deux notes en termes de type de sortie. Egalement, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les notes en fonction du type de médecins (docteurs en médecine ou internes) qui les avaient informés (tableau 5).

3.1.4. Evaluation subjective de l'information médicale

Les notes attribuées par les patients permettaient d'évaluer subjectivement l'information médicale que leurs délivrait le médecin lors de leur passage aux urgences. La moyenne des notes attribuées par l'ensemble de la population a été calculée à 76,1 avec un écart-type à 17,7. La moyenne des notes des patients hospitalisés et externes était respectivement de 75,8 (écart-type à 15,8) et de 76,4 (écart-type à 19,3). Il n'y avait pas de différence significative entre les notations en fonction du type de médecins (tableau 5).

3.1.5. Relation entre évaluation objective et subjective de l'information médicale

Pour la population totale, la moyenne de la note objective était de 30,9 (écart-type à 19,3) et la moyenne de la note subjective était de 76,1 (écart-type 17,7).

Quel que soit le type de sortie et le type de médecin, il existait une différence très significative entre le résultat de la note objective et de la note subjective (p<0.0001). L'écart moyen entre les deux notes était de 40 points (tableau 5).

Une analyse de variance a mis en évidence une relation entre l'évaluation objective et l'évaluation subjective de l'information médicale. La force de la relation entre les deux est de 25% (p < 0,0001), c'est-à-dire qu'il y a un lien très significatif entre les deux notes (figure 2).

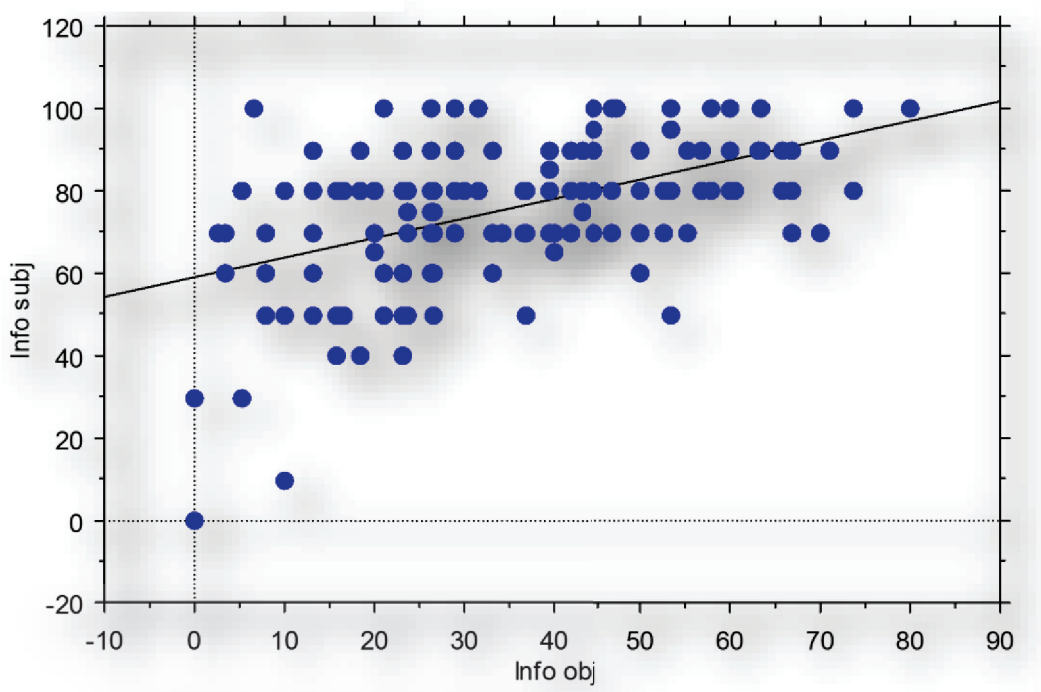
Tableau 5. Moyenne des notes objectives et subjectives en fonction du type de sortie et du type de médecin

Caractéristiques de la population	Médecins/Internes* Effectif (%)	Note Obj Moy** (Ecart-type)	Note Subj Moy** (Ecart-type)	p value
Population totale	Méd + Int 183 (100%)	30,9 (19,3)	76,1 (17,7)	<0,0001
	Médecins 94 (51,4%)	31,8 (19,1)	74,4 (18,3)	<0,0001
	Internes 89 (48,6%)	29,8 (19,5)	77,9 (16,9)	<0,0001
	p value	NS	NS	
Patients hospitalisés	Méd + Int 89 (100%)	34,1 (20,3)	75,8 (15,8)	<0,0001
	Médecins 52 (58,4%)	32,7 (19,5)	74,5 (16,3)	<0,0001
	Internes 37 (41,6%)	36,1 (21,6)	77,7 (15,2)	<0,0001
	p value	NS	NS	
Patients Externes	Méd + Int 94 (100%)	27,8 (17,7)	76,4 (19,3)	<0,0001
	Médecins 42 (44,7%)	30,8 (18,8)	74,3 (20,7)	<0,0001
	Internes 52 (55,3%)	25,3 (16,6)	78,1 (18,2)	<0,0001
	p value	NS	NS	

*Pris en charge par Médecins (méd) et/ou Internes (int)

**Note objective moyenne/Note Subjective Moyenne exprimées sur 100 points

Figure 2. Analyse de variance montrant la relation entre évaluation objective et subjective



3.2. Facteurs pouvant impacter sur l'évaluation objective et subjective de l'information médicale

3.2.1. Facteurs épidémiologiques

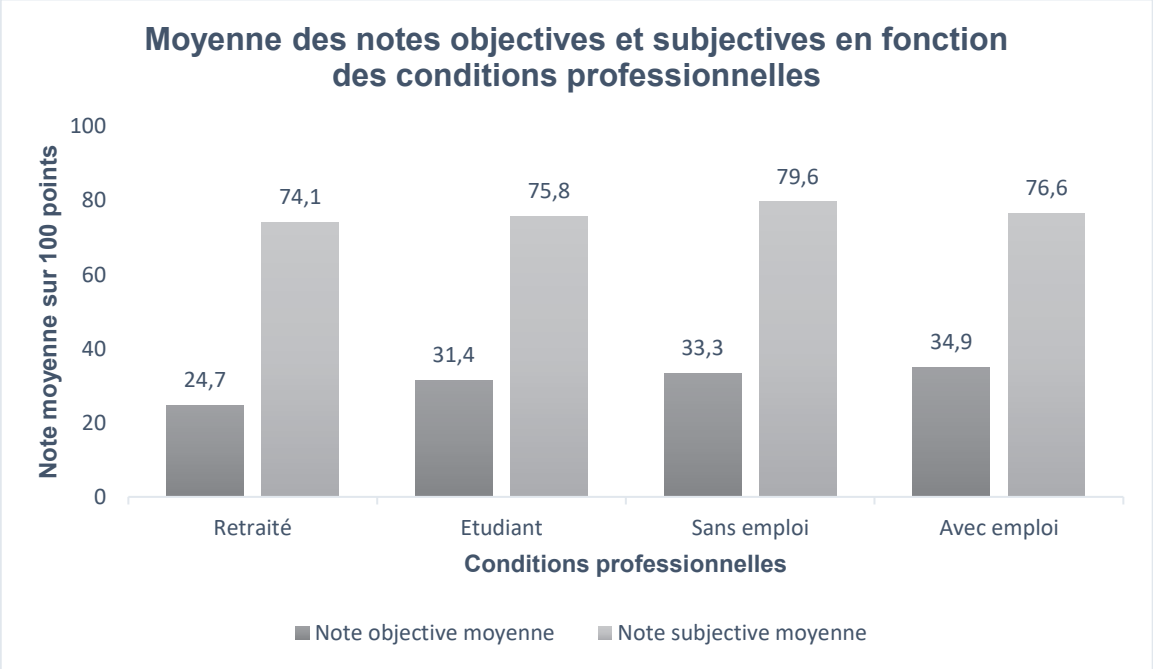
Le tableau 6 et la figure 3 nous dévoilent les différentes moyennes des notes obtenues dans la population totale en fonction des conditions professionnelles. Concernant les conditions socio-professionnelles, les retraités déclaraient être moins bien informés avec une moyenne de la note objective à 24,7 sur 100 ce qui correspond à la note la plus faible des différentes classes. La différence observée entre ces catégories socio-professionnelles est significative (p = 0,001). Concernant la note subjective, nous n'avons pas retrouvé de différences significatives en fonction des différentes

catégories. (p = 0,57). Quel que soit la condition professionnelle, il existait une différence très significative entre la note objective et la note subjective avec un p < 0,0001.

Tableau 6. Evaluation objective et subjective en fonction des conditions professionnelles

Condition professionnelle		Avec emploi	Retraité	Sans emploi	Etudiant	p value
Note/100 (Ecart-type)	**Objective**	34,9 (20,2)	24,7 (18,6)	33,3 (15,6)	31,4 (17,6)	0,001
	Subjective	76,6 (18)	74,1 (19,7)	79,6 (14,3)	75,8 (10)	0,57

Figure 3. Moyenne des notes objectives et subjectives en fonction des conditions professionnelles



Le tableau 7 et la figure 4 montrent les moyennes des notes obtenues dans la population totale en fonction du niveau d'étude mais aucune différence significative n'a été mise en évidence en ce qui concerne ce facteur. Le sexe des patients n'intervenait pas non plus dans l'évaluation objective et subjective de l'information. Le tableau 8 met en évidence l'évaluation objective et subjective en fonction de l'âge du patient. On note une nette diminution de la moyenne de la note objective chez les patients de plus de 75 ans. Les figures 5 et 6 montrent une corrélation significative entre l'âge et l'évaluation objective de l'information médicale (p = 0,003) mais avec une force faible (4%). Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre l'âge et l'évaluation subjective de l'information médicale (figures 5 et 7).

Tableau 7. Evaluation objective et subjective en fonction du niveau d'études

Niveau d'études		Secondaire sans bac	Secondaire avec bac	Etudes supérieures	Sans	Autres	p value
Note/100 (Ecart-type)	**Objective**	35,1 (19,5)	30,9 (17,7)	32,6 (19,4)	27,2 (17)	29,3 (21,2)	0,54
	Subjective	81,9 (15,6)	77 (14,9)	74,8 (13)	77,6 (24,6)	73,7 (20)	0,44

Figure 4. Moyenne des notes objectives et subjectives en fonction du niveau d'Etudes

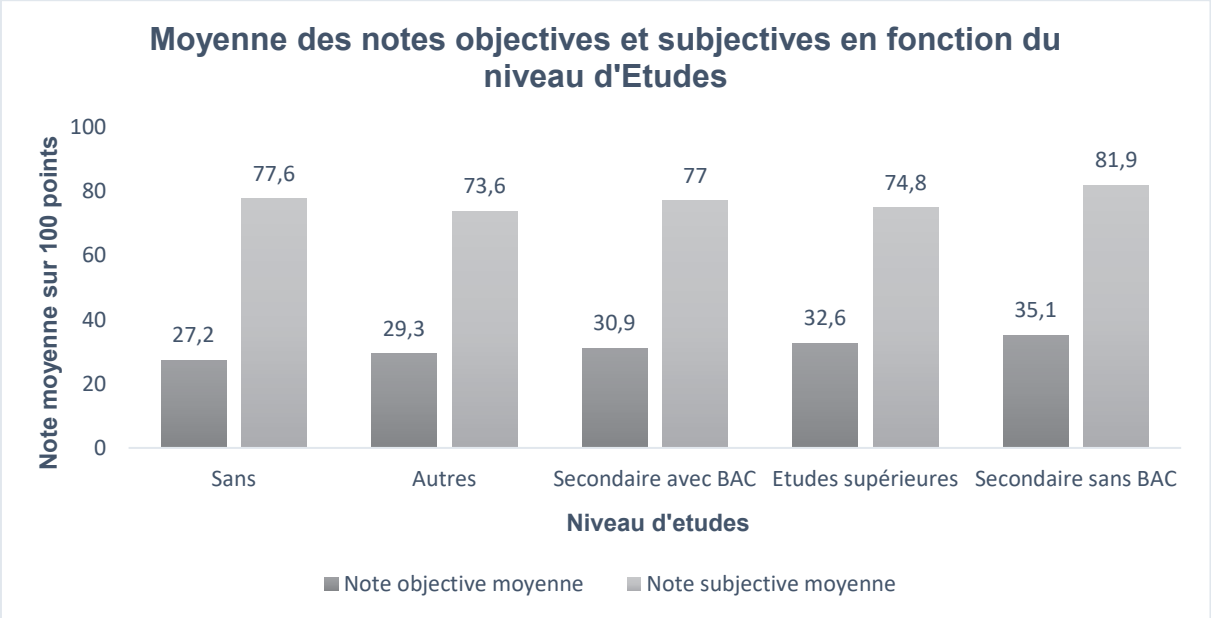


Tableau 8. Evaluation objective et subjective en fonction de l'âge des patients

Tranches d'âge Effectif (%)		5 – 14 ans 2 (1,1%)	15 – 24 ans 28 (15,3%)	25 – 44 ans 50 (27,3%)	45 – 64 ans 38 (20,8%)	65 – 74 ans 23 (12,6%)	75 ans et + 42 (22,9%)	p value
Note/100 (Ecart-type)	Objective	37,5 (13,3)	32,5 (17,8)	36 (19,3)	31,1 (19,3)	31,8 (15,1)	22,7 (20,6)	0,002
	Subjective	85 (21,2)	76,1 (10,4)	77,8 (19,8)	76,3 (16,6)	75,9 (16,8)	73,7 (20,5)	0,65

Figure 5. Moyenne des notes objectives et subjectives en fonction de de l'âge des patients

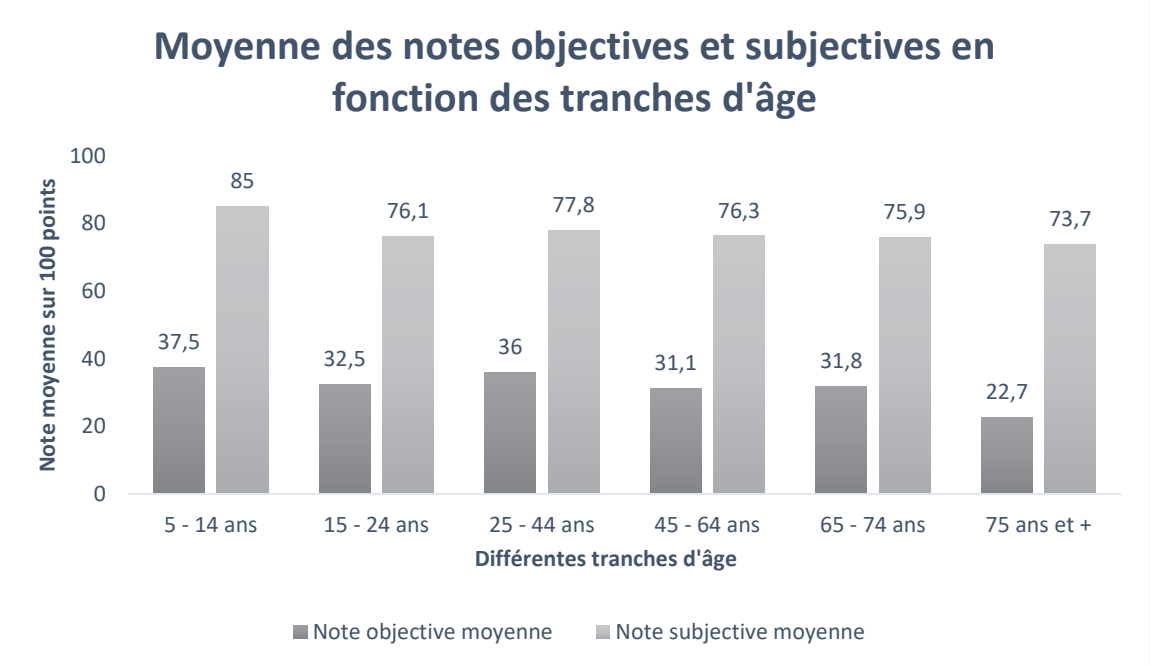


Figure 6. Analyse de variance montrant la relation entre l'âge et l'évaluation objective de l'information médicale

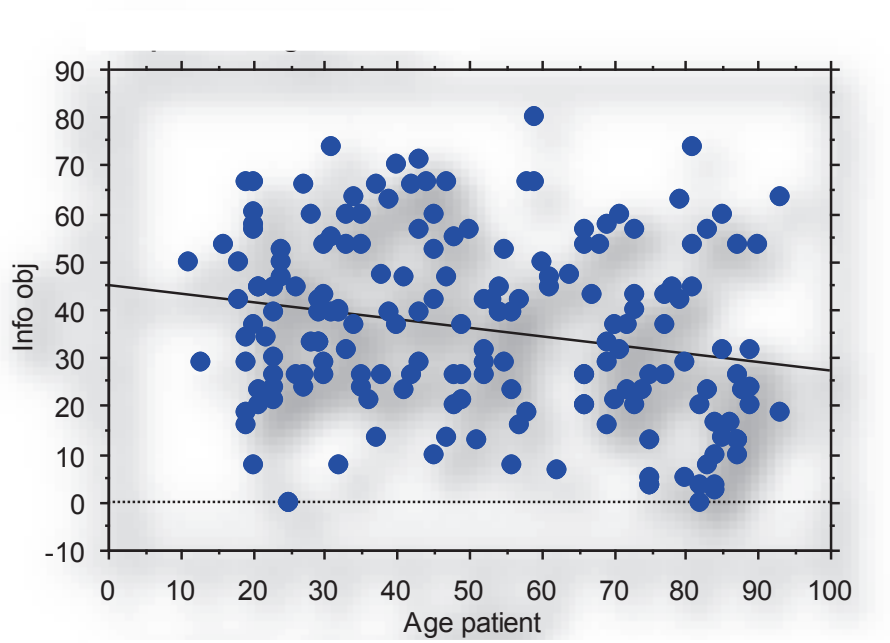
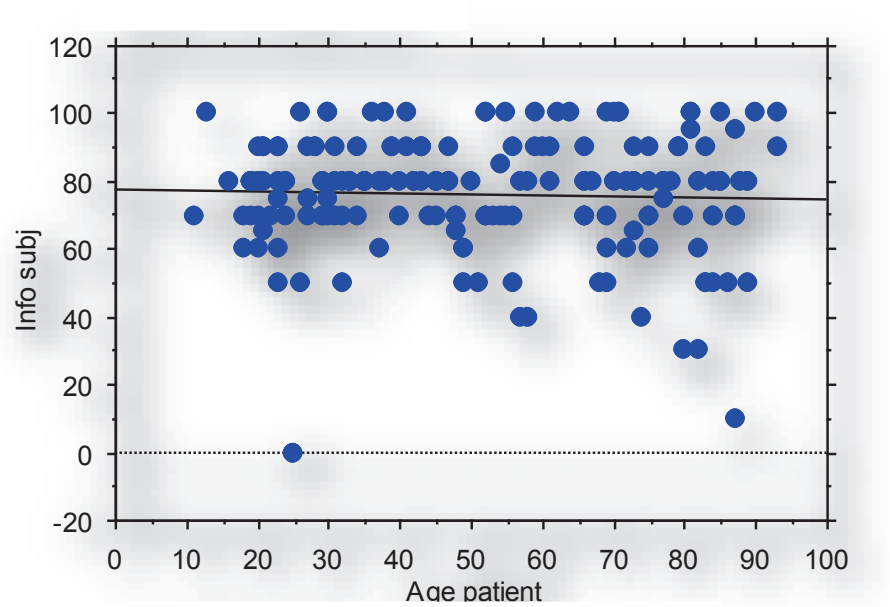


Figure 7. Analyse de variance montrant la relation entre l'âge et l'évaluation subjective de l'information médicale



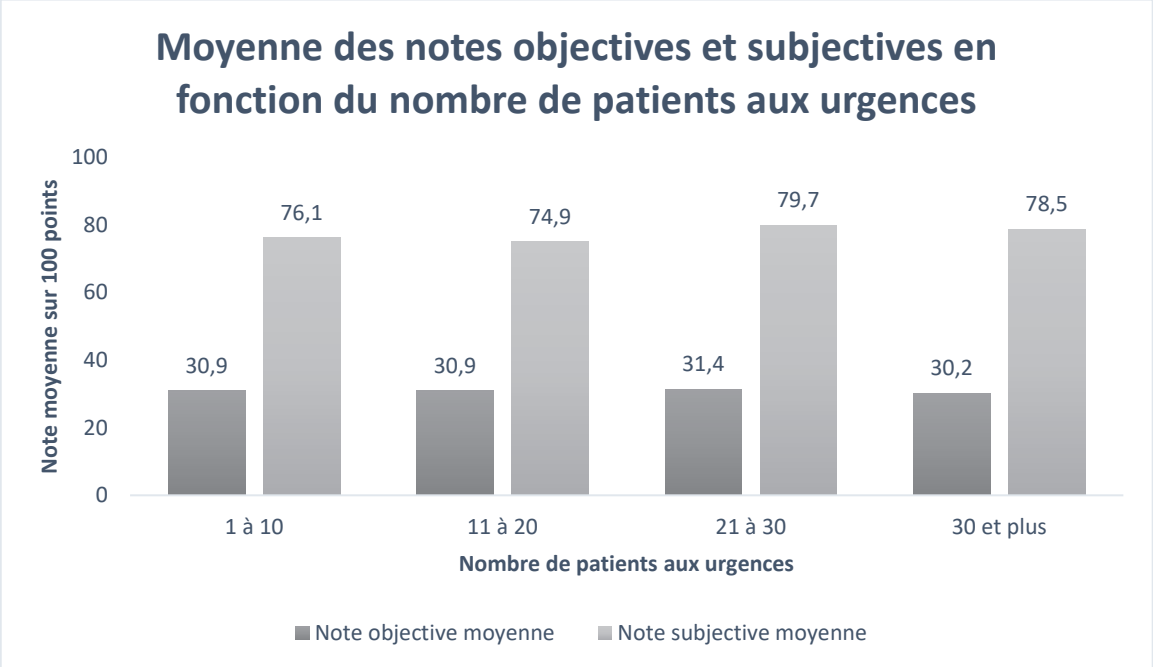
3.2.2. Données relatives au fonctionnement des urgences

Le tableau 9 montre les différentes moyennes objectives et subjectives obtenues en fonction du nombre de patients présents sur le terminal des urgences. Dans près de 45% des cas, ce nombre se situait entre 11 et 20 patients. Cependant, quel que soit l'affluence, il n'y avait pas de différence significative entre les moyennes des notes objectives (p = 0,97) et aucune différence significative entre les moyennes des notes subjectives (p = 0,78). Il existait une différence significative entre les moyennes objectives et subjectives avec un p < 0,0001.

Tableau 9. Evaluation objective et subjective en fonction du nombre de patients présents dans les urgences (ou dans une zone spécifique pour le CHU)

Nombre de patients aux urgences		1 – 10 67 (36,6%)	11 – 20 83 (45,4%)	21 – 30 16 (8,7%)	30 et plus 17 (9,3%)	p value
Notes/100 (Ecart-type)	Objective	30,9 (19,1)	30,9 (18,8)	31,4 (23,5)	30,2 (19,6)	0,97
	Subjective	76,1 (18,9)	74,9 (17,6)	79,7 (14,9)	78,5 (16,2)	0,78

Figure 8. Moyenne des notes objectives et subjectives en fonction du nombre de patient aux urgences

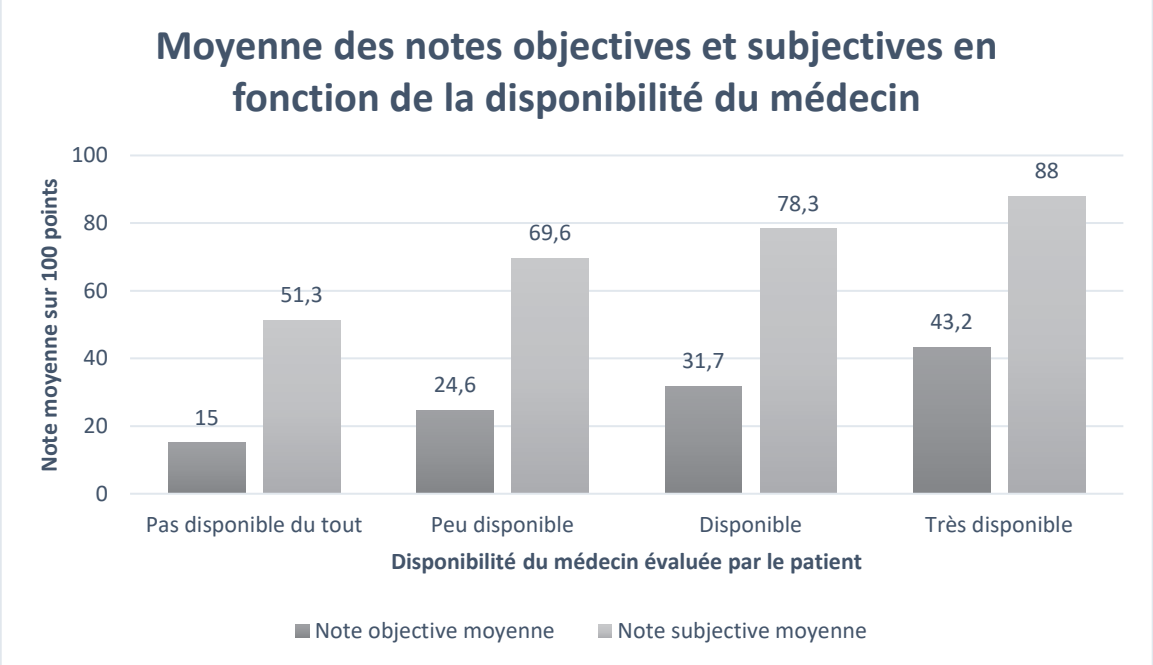


Le tableau 10 et la figure 9 mettent en évidence une corrélation significative entre la disponibilité des médecins et l'évaluation objective ($p < 0,0001$) et subjective ($p = 0,0001$) de l'information médicale. Plus les médecins étaient considérés comme disponibles par les patients, meilleures étaient les moyennes des notes objectives et subjectives sur l'information médicale reçue.

Tableau 10. Evaluation objective et subjective en fonction de la disponibilité du médecin évaluée par le patient

Disponibilité du médecin		Pas disponible du tout 15 (8,2%)	Peu disponible 23 (12,6%)	Disponible 123 (67,2%)	Très disponible 22 (12%)	p value
Notes/100 (Ecart-type)	Objective	15 (17,6)	24,6 (17,1)	31,7 (18,3)	43,2 (19)	<0,0001
	Subjective	51,3 (26,7)	69,6 (21,5)	78,3 (13)	88 (10,2)	<0,0001

Figure 9. Moyenne des notes objectives et subjectives en fonction du nombre de patient aux urgences



Le tableau 11 présente le nombre de passage du personnel médical en fonction du temps d'attente aux urgences : quel que soit la durée d'hospitalisation, plus de 75% des patients sont vus au minimum 3 fois par le médecin au cours de leur passage et plus de la moitié des patients sont vus au moins 4 fois. On remarque que la majorité des patients ont un temps de passage compris entre 1 heure et 5 heures (63,9% des patients).

Tableau 11. Nombre de visites médicales en fonction de la durée d'hospitalisation des patients

Durée d'hospitalisation (heures)		**1 à 5**	**6 à 10**	**11 à 15**	**16 à 20**	**+ de 20**
Population totale 183 (100%)		117 (63,9%)	49 (26,8%)	9 (4,9%)	7 (3,8%)	1 (0,6%)
Nombre de patients en fonction du nombre de visites	1*	4 (3,4%)	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)
	2*	27 (23,1%)	6 (12,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	3*	25 (21,4%)	12 (24,5%)	3 (33,3%)	2 (28,6%)	0 (0%)
	4 et +*	61 (52,1%)	31 (63,3%)	5 (55,6%)	5 (71,4%)	1 (100%)

*Nombre de visites du médecin au patient au cours de l'hospitalisation aux urgences

Près de 75% des patients étaient vus au moins 3 fois par le médecin quel que soit le nombre de patients présents dans le service des urgences. On note tout de même un nombre plus important de patients déclarant avoir été vu 4 fois et plus quand l'affluence était moindre (entre 1 et 10 patients présents) (tableau 12).

Tableau 12. Nombre de visites médicales en fonction du nombre de patients présents dans les urgences (ou dans une zone spécifique pour le CHU)

Nombre de patients aux urgences		**1 - 10**	**11 – 20**	**21 - 30**	**30 et plus**
Population totale 183 (100%)		67 (36,6%)	83 (45,4%)	16 (8,7%)	17 (9,3%)
Nombre de patients en fonction du nombre de visites	1*	2 (3%)	2 (2,4%)	1 (6,2%)	0 (0%)
	2*	7 (10,4%)	18 (21,7%)	3 (18,8%)	5 (29,4%)
	3*	18 (26,9%)	17 (20,5%)	3 (18,8%)	4 (23,5%)
	4 et +*	40 (59,7%)	46 (55,4%)	9 (56,2%)	8 (47,1 %)

*Nombre de visites du médecin au patient au cours de l'hospitalisation aux urgences

Nous n'avons pas constaté de différence significative sur la note objective entre les docteurs en médecine et les internes (p = 0,68). De même, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur la note objective en fonction du type de sortie (hospitalisé ou externe) (p = 0,24). La réalisation d'un test d'analyse de variance n'a pas permis de montrer de différence significative quel que soit le type de sortie et le type de médecin sur la note objective (p = 0,12). Aucune différence significative n'a été constaté sur la note subjective quel que soit le type de médecin (p = 0,18). Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux centres (p = 0,79).

En analyse multivariée, 3 facteurs influent sur l'évaluation de la note objective. La très bonne disponibilité du médecin (p = 0,02) et la durée de passage aux urgences (p = 0,03) ont eu un impact positif : plus on passe de temps aux urgences, plus la note objective augmente. En revanche, une des catégories professionnelles, les retraités, a eu impact négatif sur la note objective (p = 0 ,004).

3.3. Compréhension du patient relative à l'information médicale

A la fin de leur prise en charge médicale, 84,2% des patients, soit une majorité, déclaraient avoir compris l'information délivrée par le médecin. Un langage non médical avait été employé dans plus de 88% des cas.

Dans moins d'un cas sur deux, soit 47,5%, le médecin s'était assuré de la bonne compréhension du patient à propos de l'information médicale qu'il lui avait délivré. Les médecins semblaient s'inquiéter de cette compréhension principalement chez les patients sortants puisque 27,3% des patients externes ont déclaraient que le médecin s'était assuré que les informations aient été assimilées contre 20,2% chez les patients hospitalisés (tableau 13).

Tableau 13. Compréhension des patients quant à l'information médicale qu'ils ont reçue

	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Population totale Effectif (%)
Compréhension de l'information			
- **Population totale**	154 (84,2%)	29 (15,8%)	
- **Externes**	79 (43,2%)	15 (8,2%)	
- **Hospitalisés**	75 (41%)	14 (7,6%)	
Utilisation d'un langage non médical			183 (100%)
- **Population totale**	162 (88,5%)	21 (11,5%)	
- **Externes**	82 (44,8%)	12 (6,6%)	
- **Hospitalisés**	80 (43,7%)	9 (4,9%)	
Assurance de la bonne compréhension			
- **Population totale**	87 (47,5%)	96 (52,5%)	
- **Externes**	50 (27,3%)	44 (24%)	
- **Hospitalisés**	37 (20,2%)	52 (28,5%)	

3.4. Consultation chez le médecin traitant à la sortie des urgences

Près d'un tiers des patients externes déclaraient avoir besoin de consulter une nouvelle fois leur médecin à la sortie des urgences pour avoir des informations sur leur diagnostic, les investigations réalisées aux urgences ou les soins médicaux dont ils ont bénéficié lors de leur passage, ce qui est montré par le tableau 14.

Tableau 14. Nombre de patients externes éprouvant le besoin de consulter leur médecin traitant après leur hospitalisation aux urgences

Motif de consultation chez le médecin traitant	Consultation médecin traitant		Total
	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	
Diagnostic	31 (33%)	63 (67%)	
Investigations	30 (32%)	64 (68%)	94 (100%)
Prescriptions	30 (32%)	64 (68%)	

4. DISCUSSION

L'information médicale, formalisée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, est un élément essentiel à la prise en charge du patient[11,12,15]. Elle constitue la pierre angulaire de la communication et de la relation entre un médecin et son patient et constitue un enjeu majeur de la pratique quotidienne du médecin[9]. Notre étude s'est intéressée aux différentes caractéristiques de l'information médicale que délivraient les médecins à leurs patients au cours des prises en charge au sein de services de médecine d'urgence.

4.1. Contexte et confidentialité

Le secret médical est régi par l'article 4 du code de Déontologie (correspondant à l'article R.4127-4 du code de la santé publique) : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

L'article L.1110-4 du code de la santé publique, introduit par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, précise que « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. (…) Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* ».

De nombreuses études ont décrit le manque de confidentialité aux urgences comme étant un facteur de mauvaise communication et de mauvaise information du patient[14,17]. Dans notre étude, la confidentialité de l'information médicale semble avoir été respectée dans la grande majorité des cas puisque nous avons constaté que plus de 90% des patients ont déclaré avoir reçu les informations relatives à leur état de santé alors qu'ils étaient installés dans un box et non dans un couloir. L'information médicale a été partagée devant le patient dans environs 30% des cas avec un autre membre du personnel soignant (infirmières, aides-soignants ou étudiants en médecine). Le patient rencontre de très nombreux interlocuteurs durant son parcours de soins et il est souvent informé par plusieurs acteurs de santé. Une forte majorité de la population paramédicale estimerait l'information difficile en raison d'un manque de disponibilité des médecins, les obligeant à dépasser leur champ de compétence[11]. Une étude monocentrique, conduite sur 4 mois dans le service des Urgences de l'Hôpital Cochin à Paris a montré que 32% des patients déclaraient avoir été informés sur leur état de santé par plusieurs personnes et que 16% des patients interrogés ne savaient pas caractériser le statut de leur informateur ou n'auraient pas été informés par un médecin[24]. Dans notre étude, moins de 60% des patients étaient capables de distinguer les différents acteurs du personnel soignant qui se composait du médecin sénior, de l'interne, de l'infirmier et de l'aide-soignant avec par moment les étudiants en médecine ou autre. Nous pouvons en déduire que dans près de 40% des cas, nos patients n'identifiaient pas la personne qui leur délivrait l'information sur leur état de santé. Le manque de présentation de la part du personnel de soins était la principale cause exprimée par les patients à leurs difficultés de reconnaissance. Du coup, ils déclaraient essayer d'obtenir des informations à ce sujet en lisant les étiquettes des tenues vestimentaires du personnel. La mauvaise identification du personnel de soins par les patients est connue comme un facteur responsable d'une altération de leur satisfaction au cours de leur prise en charge [20].

Les patients de notre étude considéraient que dans 79% des cas, le médecin avait été disponible et même très disponible pour les informer sur leur état de santé. L'analyse statistique a mis en évidence une corrélation significative entre l'évaluation objective et subjective de l'information médicale en fonction de la disponibilité du médecin. Les patients ont déclaré avoir reçu une information de meilleure qualité lorsqu'ils jugeaient la disponibilité des médecins comme étant la meilleure et inversement. Ces résultats sont concordants avec une étude conduite en 2004, montrant que les patients s'estimaient mieux informés lorsque les médecins prenaient le temps nécessaire pour délivrer les explications aux

malades[9]. La durée du contact entre le médecin urgentiste et le malade a été évaluée à 7 minutes. Pendant cette période, le médecin doit se présenter, interroger et examiner le malade, mais aussi prescrire si besoin des examens complémentaires tout en lui expliquant son problème de santé et le traitement nécessaire pour le soulager au mieux dans ses maux[13]. En un temps relativement court , le médecin doit pouvoir délivrer une quantité d'information importante et construire une relation avec son patient tout en évaluant cliniquement les patients et en réalisant les procédures nécessaires[18]. Dans ce contexte, l'information est souvent mal perçue par le patient et ce d'autant plus que son problème médical nécessite des examens et des traitements complexes. Néanmoins, une étude a pu montrer qu'une communication efficace peut se réaliser en un court laps de temps et ce, malgré les contraintes qui existent dans les service de médecine d'urgences[17].

4.2. Caractéristiques de l'information médicale

Un des résultats de cette étude est la grande différence de la note moyenne entre l'évaluation objective et subjective faite par les patients. Nous avons en effet constaté pour ces deux notes un écart moyen de 40 points, quels que soient les facteurs pouvant impacter sur l'évaluation de l'information. La note objective est assez faible avec une moyenne se situant à 30,9 / 100 tandis que la note subjective est de façon générale très bonne avec une moyenne à 76,1/100. Un tel résultat a été retrouvé dans une étude réalisée par Crane et al en 1997[17]. Malgré les faibles résultats sur la compréhension objective des patients quant à l'information délivrée, plus de 90% d'entre eux avaient une opinion favorable de cette information. Plusieurs explications à cela sont possibles. Tout d'abord, il peut être difficile de répondre à un questionnaire au sein du service en critiquant la prise en charge médicale et les patients peuvent s'avérer réticents à répondre franchement et ouvertement à certaines questions. En outre, l'importante charge de travail du personnel médical et paramédical peut être comprise par les patients qui, dans une évaluation subjective, jugent moins sévèrement la qualité de l'information reçue. Une des critiques majeures de cette étude est que l'évaluation objective de l'information était déclarative : le patient déclarait avoir été informé ou non du diagnostic, des investigations ou des soins médicaux réalisés. L'évaluation de la compréhension s'est portée sur une compréhension globale et non détaillée de l'information et aucune évaluation détaillée de la compréhension réelle de l'information n'a été réalisée. Il est possible que les patients n'ayant pas compris une information lors de leur prise en charge,

aient considéré qu'ils n'avaient pas été correctement informés et qu'ils aient répondu par la négative au questionnaire. Cela a pu créer un biais qui peut expliquer la faiblesse des moyennes des évaluations objectives. Pour finir, les patients peuvent considérer que l'information reçue leur était suffisante pour comprendre leur situation médicale. En effet, dans un contexte de pathologies aigues, un patient consultant dans ce milieu anxiogène, semble être plus désireux d'obtenir des informations courtes et précises, faciles à comprendre et à retenir, relatives à son diagnostic, à la durée et à la gravité de sa pathologie ainsi qu'aux traitements nécessaires à son rétablissement. La loi Kouchner a comme consignes de délivrer une information détaillée sur le diagnostic, les investigations et les traitements réalisés. Cette information doit porter sur l'utilité, l'urgence éventuelle, les conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles, les alternatives possibles et sur les résultats. Mais dans un contexte comme celui de la médecine d'urgence, dans lequel le patient doit assimiler et comprendre dans un temps restreint une grande quantité d'informations relatives à son état de santé, il est légitime de se demander si une information trop détaillée ne devient pas délétère pour la compréhension du patient. Plusieurs études ont montré que la mémorisation des informations médicales est moins bonne quand celles-ci sont trop nombreuses, d'où la nécessité de hiérarchiser ou prioriser l'ensemble des informations en se consacrant aux plus pertinentes pour le patient[13,17]. La première information expliquée par le médecin lors de la sortie du patient et les éléments que celui-ci considère comme les plus importants, sont les informations les mieux assimilées[17]. Cette sélection des informations les plus importantes à délivrer aux patients est une des explications possibles à la faiblesse des évaluations objectives de l'information médicale. Dans notre étude, les informations relatives au diagnostic étaient données dans près de trois cas sur quatre et pour plus de 80% de ces patients, l'opinion était plutôt positive. Les médecins avaient tendance à donner moins d'informations sur les investigations et les soins médicaux réalisés. Concernant les investigations, les médecins semblaient cibler l'information sur l'utilité et les résultats. Concernant les soins médicaux réalisés, les médecins informaient les patients presque uniquement sur leurs utilités. Peu de patients ont considéré avoir été prévenus des effets secondaires et des alternatives possibles aux investigations et au traitement mis en place. Néanmoins, il est reconnu que les médecins ne sont pas tenus de fournir des informations sur les risques qui ne provoquent que des dommages mineurs, peu fréquents, ou encore sur des risques déjà connus du patient[25]. Les patients hospitalisés n'étaient que 66,3% à connaitre le service dans lequel ils seraient admis. Près de 30% des patients sortaient des urgences sans compte-rendu médical écrit de leur

passage. Or, la circulaire du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences, précise l'obligation de donner au patient « des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences »[26]. Cette notion de continuité de la prise en charge d'un patient constitue un des critères prioritaires de l'accréditation des établissements d'hospitalisation : le patient doit recevoir à sa sortie de l'hôpital, un document qui lui permettra de s'y reporter et d'en discuter avec la personne de son choix[19]. Les trois quarts des patients sortants déclaraient que le médecin ne leur avait pas expliqué leur ordonnance de sortie. Il est possible que les patients de notre étude aient été informés de leurs prescriptions de sortie par d'autres interlocuteurs que par le médecin responsable, comme le personnel paramédical par exemple. Une étude réalisée en 2014 indiquait que dans 29% des cas, le médecin responsable de la prise en charge du patient ne retournait pas le voir avant sa sortie pour l'informer[18]. Dans l'étude réalisée par Crane et al en 1997, 24% des patients ont déclaré avoir été informés des instructions de sortie par un employé de bureau[17].

Afin de délivrer aux patients les instructions relatives à sa sortie, les informations orales et écrites ont une importance similaire. L'information écrite peut ensuite être conservée par le patient mais aussi transmise au médecin traitant afin de permettre un meilleur suivi médical. Dans les deux services d'urgence où nous avons réalisé notre enquête, la totalité des comptes-rendus de sortie et des ordonnances était informatisée. Aucun problème de compréhension ne pouvait être dû à une écriture illisible du médecin. Néanmoins, des problèmes de compréhension relatifs aux informations écrites sont possibles lorsque celles-ci ne sont pas expliquées, comme par exemple pour les ordonnances, au sujet des posologies et des durées de traitement ainsi que leurs potentiels effets secondaires. Dans une étude qui évaluait la compréhension des patients à propos des recommandations de sortie, les patients ont démontré de piètres habilités de lecture[27]. En présence de difficultés à lire, les patients comprenaient moins bien l'ordonnance et par conséquent, le taux de compliance au traitement était plus faible. Cela justifie l'importance qu'a une information orale et la nécessité de bien la délivrer.

Dans notre étude, nous avons étudié les différents facteurs pouvant impacter sur l'évaluation objective et subjective de l'information médicale. Il apparait qu'être retraité et âgé de plus de 75 ans étaient des facteurs ayant un impact négatif sur l'information objective. Ces résultats sont concordants avec d'autres études précédentes[8,16]. L'étude de Perez-Carceles et al, conduite en 2010[8], incluant 300

patients sur une période de 3 mois, avait évalué dans quelle mesure le droit d'être informé était rempli dans un service des urgences. Les résultats avaient montré que l'information sur l'utilité et les effets secondaires des investigations étaient significativement moins expliqués aux personnes âgées de plus de 65 ans. Cela peut par exemple s'expliquer par le fait que le médecin peut considérer la personne âgée comme étant plus à risque de troubles cognitifs. Une autre étude incluant 1000 patients âgés de 65 ans et plus, avait évalué à 43% le nombre de patients présentant des troubles cognitifs (incluant la démence et le délirium)[16]. Une autre explication à ces résultats est que la personne âgée a évolué dans une époque où la relation médecin-malade s'établissait selon un modèle paternaliste : le médecin imposant au malade, parfois sans explication, la décision qu'il jugeait la meilleure[23]. De ce fait, les patients âgés ont peut-être moins tendance à questionner le médecin sur leur prise en charge car ils ont en général un bon niveau de confiance en la médecine. Les patients plus jeunes (moins de 30 ans) ont en revanche un fort désir d'autonomie[28].

Le niveau d'étude, quant à lui, ne semblait pas impacter sur l'évaluation de l'information médicale. Initialement, nous voulions étudier d'autres facteurs épidémiologiques comme la langue maternelle du patient ou encore l'absence de domicile fixe, mais le manque de données ne nous a pas permis de nous y intéresser. Les différences socio-culturelles ont déjà montré précédemment qu'elles avaient un effet néfaste sur la relation médecin-malade[9]. Il est nécessaire pour le médecin d'accepter et de considérer les autres cultures ou les autres modes de vie pour ne pas nuire à la prise en charge de ces patients.

Parmi les facteurs relatifs au fonctionnement des urgences et comme précédemment détaillé, seule la disponibilité du médecin était un facteur favorisant une meilleure information du patient. Dans plus de 75% des cas, le médecin venait informer le malade au moins à trois reprises, quel que soit l'affluence des patients au sein des urgences et la durée de leur passage dans le service. On notait tout de même un nombre plus important de patients déclarant avoir été vus quatre fois et plus quand l'affluence était moindre. La qualité de l'information n'était, a priori, pas liée au type de médecin (docteur en médecine ou interne) ni au type de sortie (hospitalisé ou externe).

4.3. Compréhension de l'information et satisfaction des patients

Nous avons pu constater qu'à la fin de leur prise en charge, une majorité des patients, soit 84,2% d'entre eux, déclarait avoir compris l'information médicale qu'ils avaient reçue. Ces résultats sont à interpréter avec précaution, car de nombreuses études ont montré que la compréhension réelle des patients était mauvaise à la sortie des urgences[12,15] et qu'ils n'étaient pas conscients de leur défaut de compréhension. Dans une étude réalisée en 2010, sur une population de 300 patients interrogés, 98,3% des patients disaient avoir compris leur diagnostic alors que seulement 37,7% étaient capables de le reformuler[8] . Il existait une différence significative entre les explications du médecin et la compréhension des patients. Les auteurs suggéraient même que les médecins devaient prendre conscience du manque de compréhension de leur patient quant aux explications fournies Les 89 patients de l'étude réalisée par Musso en 2014 semblaient être largement au courant des faits principaux relatifs à leur passage aux urgences. Malgré cela, un grand nombre de patients n'étaient pas capables de montrer qu'ils avaient bien compris leur diagnostic, les résultats de leur test, les traitements qu'ils avaient reçus et la conduite à tenir[18]. En 2009, Engel et al, ont effectué une évaluation directe de la compréhension dans un travail réalisé à la sortie des urgences sur 140 patients. Il s'avérait que ces derniers montraient des difficultés à se rappeler des diagnostics et des instructions de sortie[15]. Etant donné que ces déficits ont été mis en évidence juste après la sortie des urgences, ils ont de fortes chances de s'aggraver avec le temps et de mettre en échec le patient dans sa prise en charge et dans son suivi. D'ailleurs, il semblerait que les patients n'ont pas une assez bonne compréhension des instructions pour se prodiguer leurs soins au domicile[12]. De plus, il semble difficile qu'un patient qui n'est pas capable d'expliquer les informations qui lui ont été délivrées aux urgences, puisse le faire a posteriori lors des rendez-vous médicaux de suivi.

Il est nécessaire de s'attacher à savoir ce que les patients ont compris afin d'évaluer leurs lacunes et ainsi pouvoir les combler. La vérification de la bonne compréhension du patient n'a été réalisée à l'aide de la méthode du « feed back » que dans 47,5% des cas par nos médecins. Le « feed-back », qui vient de l'anglais « to feed », nourrir et « back », en arrière et définit par « le Larousse » comme étant une « action exercée sur les causes d'un phénomène par le phénomène lui-même ». Il

s'agit d'une technique largement utilisée en communication. Ainsi, le médecin évalue la compréhension du patient en lui demandant de réexpliquer les informations qui lui ont été fournies. De là, Il est aisé pour le médecin de cerner les défauts de compréhension et d'y remédier en lui fournissant de nouvelles explications, plus précises. Une étude réalisée en 2017 par Sanchez et al[29], a évalué au cours du rappel téléphonique de 97 patients laissés sur place en SMUR (Service Mobile d'Urgence et Réanimation), ce qu'ils avaient compris des informations communiquées par le médecin. Les champs explorés concernaient le diagnostic, les soins médicaux, les traitements, les éléments de surveillance et de suivi et enfin les conseils en cas de récidive ou d'aggravation. Il en ressortait que dans 81% des cas, les patients montraient un déficit dans au moins un des domaines, et plus particulièrement celui concernant le suivi préconisé et les motifs de rappel du 15. Ils en ont conclu à la nécessité, malgré les contraintes liées à l'activité du SMUR (l'urgence vitale, l'anxiété importante des patients et des familles), de prendre le temps nécessaire pour informer les patients ainsi que pour vérifier leur bonne compréhension. Prenant exemple sur le centre 15 de Strasbourg, les auteurs considèrent comme indispensable le rappel systématique, dans les heures qui suivent, des patients laissés sur place en SMUR pour assurer un feed-back des interventions. Etant donné que près d'un tiers de nos patients ressentent le besoin d'aller consulter leur médecin traitant à la sortie des urgences pour avoir des explications sur leur état de santé et la prise en charge réalisée par l'urgentiste, il serait intéressant de mettre en place une procédure similaire pour les patients quittant le service des Urgences.

Beaucoup d'auteurs justifient le défaut de compréhension par la mauvaise communication et le défaut d'information des médecins[12,21]. Il existe une trop grande variabilité dans le contenu de l'information médicale et il semble nécessaire de ne pas trop souvent interpréter le défaut d'information des médecins comme un défaut de compréhension de la part des patients[18]. L'incapacité des patients à assimiler les informations médicales peut également être secondaire à un manque de connaissance dans le domaine de la médecine[20]. Le médecin est un initié qui s'adresse à un malade qui ne partage pas son savoir ni son champ lexical. La médecine possède son propre langage et l'utilisation de termes médicaux peut aggraver les défauts de compréhension. La majorité des patients de notre étude (soit 88,5%) ont déclaré une attention particulière des médecins à ne pas utiliser de termes médicaux. Et dans le cas où des mots scientifiques avaient été utilisés, ils s'étaient attachés, dans certains cas, à les définir et à les expliquer plus simplement, notamment pour certains médecins, en utilisant des schémas explicatifs dans le but d'améliorer la compréhension.

Nous avons décidé de réaliser un test cognitif à tous les patients avant de démarrer notre questionnaire. Cela avait pour but d'interroger uniquement les malades qui étaient jugés de ce fait, capables de répondre correctement à nos différentes questions, de les comprendre mais aussi de garder une attention appropriée tout au long de l'entretien. L'évaluation cognitive initiale était réalisée à l'aide du test « Brief Mental Status Examination », déjà validé dans le contexte de la médecine d'urgences[30]. Cependant cela a pu créer un biais dans notre étude car la population n'est pas représentative de la population réelle en termes de capacité cognitive puisque 62 patients ont été exclus pour BMSE > 8. Le BMSE a mis en évidence que 23% des patients initialement inclus dans l'étude avaient des troubles cognitifs. Nous avons eu un plus grand nombre de patients jugés capables en comparaison avec un travail précédent qui avait mis en évidence 35% de patients présentant des troubles cognitifs[20].

Un malade avec un score MMSE < 24 est à risque de faire une mauvaise lecture des prescriptions et une mauvaise interprétation des instructions médicales. Les personnes atteintes de de troubles cognitifs modérés à sévères ont une plus forte probabilité de faire au moins une erreur médicamenteuse au domicile[16]. Comme nous l'avons déjà développé précédemment, dans une étude incluant 1000 patients âgé de 65 ans et plus, 43% avaient des troubles cognitifs[16]. Cette étude stipule aussi que seulement 40% des médecins prenaient conscience des déficits cognitifs de leur patient. Etant donné la forte proportion de patients âgés consultant dans les services d'urgence, il pourrait être intéressant de réaliser une évaluation cognitive rapide dès l'accueil des patients aux urgences, en transmettant les résultats aux médecins responsables par la suite. Cela peut engendrer un peu plus de travail à l'arrivée et demande une organisation à part entière. Par exemple, ce type de dépistage peut se réaliser uniquement sur certains patients jugés pouvoir présenter ce type de trouble, par le médecin d'accueil ou l'infirmier d'accueil.

Il a été montré qu'une meilleure compréhension améliorait la satisfaction des patients[12,15]. La satisfaction des malades est devenue de plus en plus importante dans le système de santé actuel. Elle peut être définie comme une mesure ou une note que donnent les patients sur un service qui les a reçus concernant l'organisation, l'hôpital ou le personnel de soins. Cet indicateur peut être utilisé à la fois pour améliorer la qualité interne d'un service hospitalier et peut être considéré comme un résultat des soins de santé[31]. La satisfaction du patient est liée à une meilleure observance médicale, une diminution de l'utilisation des services médicaux et du nomadisme médical, un meilleur lien de confiance entre le

soignant et le malade et une plus grande volonté de retour dans le service en cas de nécessité. L'expression de sa gratitude par le patient améliore la satisfaction des soignants et instaure une atmosphère de travail positive. De plus, améliorer la satisfaction d'un service d'urgence contribue à améliorer l'opinion du service et de l'établissement, le service des urgences étant la vitrine de l'hôpital[31]. La satisfaction est également liée à une diminution des litiges pour fautes professionnelles même si les plaintes demeurent relativement rares par rapport au nombre de patients soignés[32]. Une étude monocentrique réalisée dans un service d'accueil des urgences d'un hôpital de la ville de Grenoble, qui reçoit près de 58 000 passages par an, avait relevé 25 à 35 lettres dont l'objet était une ou plusieurs plaintes des patients ou de leurs familles. Après analyse, le défaut de communication avait été cité 22 fois[33].

La satisfaction aux urgences est influencée par de nombreux facteurs comme le temps d'attente, l'interaction avec le personnel de santé, le contact épisodique avec le médecin et la qualité de l'information médicale délivrée[34,35]. Fournir des informations en continu permettrait de gérer la perception du temps perdu et de l'attente, et pourrait, sans réduire le temps de passage, améliorer la satisfaction des patients. Quatre facteurs prédictifs d'insatisfaction ont été énumérés par les patients : une mauvaise explication du problème, une absence d'information sur la durée de la maladie, aucune explication sur les résultats des examens et un manque d'information sur les consignes de nouvelle consultation aux urgences[35].

L'information subjective évaluée dans cette étude pourrait être un reflet de la satisfaction des patients : il est possible que d'autres facteurs soient rentrés en compte dans l'évaluation subjective de l'information médicale comme l'évaluation de la relation entre le personnel soignant ou le patient, des compétences techniques perçues[34]. La perception d'un temps d'attente trop prolongé était souvent un des reproches faits quand les patients n'étaient pas satisfaits de l'information délivrée. Certains critères concernant l'information médicale sont liés à un taux excellent de satisfaction comme l'explication du diagnostic, de sa physiopathologie et de sa durée prévisible, de l'intérêt d'un examen et d'un traitement prescrit par exemple. La délivrance en continu de l'information durant l'attente est également associée à une bonne satisfaction[8].

4.4. Suggestions

La prise de conscience par l'ensemble des acteurs de soins de la gravité des enjeux et des lacunes de notre organisation actuelle semble urgente.

Une approche plus empathique du patient et de sa famille permettrait de placer le patient au centre du système de soins. Elle permettrait au médecin de s'intéresser à la personne qu'il soigne et de s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. Cette attitude d'attention s'apparente davantage à une alliance qu'à un contrat entre le médecin et son malade[23].

L'information du patient est essentielle. Elle se doit d'être vraie, claire, ajustée au degré de compréhension de chacun et éventuellement réitérée. Elle demande de la part du médecin une attention particulière car elle est chargée, pour le malade, de tous les espoirs et de toutes les appréhensions, qu'il s'agisse de la révélation d'un diagnostic, de la proposition d'un examen complémentaire ou du choix d'un traitement. C'est un art difficile d'écouter patiemment, humblement, de conduire un dialogue et d'informer. L'information doit être délivrée dans un langage adapté à la compréhension du patient, c'est-à-dire simplifié, intelligible et mesuré. Elle doit être délivrée en continue, tout au long de la prise en charge. Le médecin doit laisser au patient l'opportunité de poser toutes les questions que celui-ci peut se formuler et doit s'efforcer d'y répondre aussi clairement que possible[8].

Chaque médecin devrait systématiquement revoir son patient avant qu'il ne sorte des urgences dans le but de faire le point avec lui sur son état de santé ainsi que sur la prise en charge médicale initiée. Le médecin devrait s'attacher à hiérarchiser l'information[17] et devrait s'efforcer à délivrer en priorité celle qu'il juge la plus importante car en effet, l'information initiale semble être celle qui sera par la suite la mieux retenue par le patient[21]. Il devrait principalement informer le patient sur son diagnostic, sur l'utilité et les résultats des tests effectués, sur les thérapeutiques mises en place et les instructions à suivre[34]. Idéalement, un médecin devrait être capable de détecter les patients à risque d'une mauvaise compréhension, notamment lorsqu'il fait son interrogatoire[12]. Néanmoins, faire une évaluation systématique, même rapide des patients les plus à risques d'avoir des troubles cognitifs (type BMSE), ne semble pas réalisable par le médecin dans un contexte comme celui des urgences (affluence trop importante, rythme intense). Ce test pourrait en revanche être réalisé à l'accueil du service par un

infirmier ou un médecin d'accueil par exemple, lors du premier contact avec le patient, si celui-ci semble présenter des troubles cognitifs.

Le médecin devrait systématiquement s'assurer que les informations fournies sont bien assimilées avant d'autoriser la sortie du malade, en utilisant la méthode du feed-back, grâce à la reformulation des informations par le patient[29]. Il doit délivrer au patient un compte-rendu détaillé de son passage aux urgences pour qu'il puisse s'y référer et en discuter avec la personne de son choix[26]. L'ordonnance de sortie doit être expliquée oralement. Des fiches de conseils ou de soins informatisées peuvent être utilisées de façon systématique pour éclaircir les explications sur les instructions de sortie. Le rappel des patients à 24-48h de leur prise en charge pourrait être intéressant à appliquer mais au vu du nombre important de passages annuels dans un service des urgences, cela semble difficile à mettre en place. Cela pourrait cependant se limiter aux patients laissés sur place après une intervention du SMUR.

La plupart des médecins ont le souhait de passer plus de temps auprès de leurs patients mais la pression de l'affluence aux urgences et de la charge de travail, toujours plus importante dans les deux cas, les en empêche[7]. Cela suppose une meilleure adéquation entre les effectifs médicaux et paramédicaux et les besoins dans les services d'urgence pour éviter que le médecin ne délaisse le domaine de la relation au profit de tâches administratives. La recherche de places d'hospitalisation pour les malades est extrêmement chronophage pour les médecins urgentistes. Il serait intéressant de déléguer cette tâche à une tierce personne, qui suivant les recommandations du médecin, s'occuperait d'orienter les patients. Le médecin n'est pas le seul soignant à pouvoir informer : le rôle de l'infirmier est un atout qui est peu utilisé aux urgences alors que de nombreuses disciplines fondent l'information et l'éducation des malades sur les compétences paramédicales[13].

A la suite du rapport Cordier de 2003 sur le thème « Ethique et Professions de santé », initié par le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées[36], l'Académie Nationale de Médecine a pris position sur la question de la formation du personnel de santé et des patients à la communication. La communication n'est pas une compétence innée, elle s'acquiert et se perfectionne tout au long de la carrière du médecin. Un meilleur apprentissage de la communication permettrait aux soignants une meilleure délivrance de l'information médicale. Tous les acteurs de santé doivent être formés à la communication[37]. Actuellement, l'apprentissage de la communication médecin-malade

demeure le parent pauvre des cursus médicaux. La plupart du temps, cet apprentissage est effectué en dehors d'une approche pédagogique basée sur les résultats de recherche dans les champs de l'éducation et de la communication et en s'affranchissant d'une obligation de résultats[38]. L'importance de la formation médicale n'est pas remise en question mais il devrait y avoir une harmonisation entre les acquisitions scientifiques d'une part et la communication et le relationnel d'autre part. La formation à cette compétence et à l'information doit débuter précocement dans les études médicales et se poursuivre tout au long de l'externat puis de l'internat. Elle doit être théorique mais aussi pratique avec des mises en situations. La communication avec le patient s'apprend bien sûr au lit du malade lors des stages hospitaliers ou extrahospitaliers mais l'entrainement se fait au moyen de jeux de rôle entre les étudiants eux-mêmes, supervisés par un formateur. L'épreuve de la « clinique » en fin de stage d'externat est un bon moyen d'évaluation des acquis en matière de communication. La formation à la communication et l'utilisation de ses outils va être intégrée dans la maquette du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. Elle pourra faire appel à la simulation, aux jeux de rôle et à des séances d'apprentissage[39]. L'apprentissage de la communication doit être adaptée aux spécificités de la médecine d'urgence, au contexte de l'urgence, en pré-hospitaliser et en intra-hospitalier. La difficulté dans cette spécialité est d'établir une communication qui se doit d'être efficace en un temps restreint.

5. CONCLUSION

L'information médicale est un élément incontournable de la prise en charge médicale du patient et de la relation médecin-malade. C'est une obligation déontologique et légale de la part du médecin qui doit s'attacher à la délivrer avec le plus grand soin. La qualité de l'information donnée a un impact important sur la relation médecin-malade et sur l'adhésion du patient aux soins nécessaires à sa guérison. Une grande part des recours juridiques mais aussi du nomadisme médical sont la cause d'une information de mauvaise qualité ou surtout d'un défaut de compréhension de la part des patients. De ce fait, l'impact sur l'économie du système de santé est important.

Dans les services de médecine d'urgence, délivrer une information complète et détaillée sur l'ensemble de la prise en charge est utopique notamment car les patients ne retiennent que certains éléments de leur prise en charge. Plusieurs facteurs relatifs au fonctionnement d'un service d'urgences sont très chronophages pour le médecin et il faut se rendre à l'évidence que l'activité de ses services ne fera qu'augmenter dans les années à venir, diminuant de ce fait le temps dont le médecin disposera au lit du malade. La satisfaction du patient n'est pas corrélée à une information extrêmement détaillée mais plutôt au ressenti subjectif d'avoir reçu une information complète, c'est-à-dire d'avoir reçu une information sur les éléments qui lui paraissent suffisants à sa compréhension. Il n'est pas donc pas utile de noyer nos patients dans une multitude de propos médicaux et cela apparaît même délétère à la prise en charge. Cette bonne communication entre le médecin et son patient passe donc par une information précise, courte et dans un langage simple, mais aussi par la compréhension de celui-ci et à ce sujet, le médecin doit tout faire pour vérifier la bonne compréhension de son patient. La technique du feed-back, c'est-à-dire la reformulation directe, semble être la plus adaptée.

A l'avenir, une modification des comportements semble intéressante. Elle passe tout d'abord par la prise en conscience de ces soucis de communication mais aussi par le fait que le patient est un être humain soucieux de sa prise en charge et devenant au fil du temps un acteur, voire même l'acteur principal de sa prise en charge, comme cela en était sa demande. Au sein de nos services, l'information peut être déléguée - dans certains cas, en faisant par exemple abstraction des annonces de maladies graves nécessitant un environnement à part entière - à d'autres professionnels de la santé comme les

paramédicaux. Les comptes-rendus écrits s'avèrent être une nécessité afin de permettre au médecin traitant, le cas échéant, d'expliquer une nouvelle fois au patient les soins qu'il a reçu au cours de son passage en médecine d'urgence. La sensibilisation de nos étudiants dès leur entrée dans les études médicales, mais aussi la sensibilisation des étudiants paramédicaux, par le biais de jeux de rôle, de mises en situation, d'observation au lit du malade, doit leur permettre de prendre conscience de ce problème.

L'impact d'une mauvaise communication sur le système de soin est majeur. Les plaintes des patients sont plus fréquentes en cas de mauvaise compréhension alors qu'une évolution défavorable sera bien mieux acceptée si les risques potentiels ont été au préalable bien expliqués. Le recours à d'autres professionnels de la santé par le biais du nomadisme médical mais aussi la discréditation des médecins au sein de la population générale en raison simplement d'une mauvaise compréhension est chose courante. L'augmentation des coûts de santé par un nombre de consultations et d'investigations important en est la conséquence immédiate, tout comme l'encombrement des salles de consultation et des services de médecine d'urgence, noyant les malades présumés graves, dans une masse hétérogène nécessitant un tri des malades de plus en plus compliqué à l'entrée de nos services. L'information médicale a bien une place centrale dans l'exercice de la médecine. Elle conditionne la bonne entente entre le patient et son médecin.

..

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Caniard E. Bilan provisoire des Etats généraux de la santé. Acteurs magazine: le magazine interne de l'administration Sanitaire et Sociale de l'Etat 1999; 36 : 1-4.
2. Brücker PG, Caniard E. États généraux de la santé : une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire. adsp 1999; 27 : 6-9.
3. Fédération Hospitalière de France. Guide méthodologique: les droits du patients dans la loi du 4 mars 2002. http://www.fhf.fr (éditeur), 2002, 31 p.
4. République française (2002) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118. [21/08/2017]. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte
5. République française (2004) Article L1111-2 du code de la santé publique relative à l'information des usagers du système de santé et à l'expression de leur volonté, modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 11 JORF 5 mars 2002. [15/08/2017]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FE68D339AB9347B47FD04F6A82770F3C.tpdila17v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685759&dateTexte=20170827&categorieLien=id#LEGIARTI000006685759
6. République française (2012) Article R4127-35 modifié par décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2 portant modification du code de déontologie médicale. [15/08/2017]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=19C9941CB512BF385E01B2918D8BF716.tpdila17v_2?idArticle=LEGIARTI000025843586&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte
7. Levinson W, Pizzo PA. Patient-Physican Communication. JAMA 2015; 305 : 1802-3.
8. Perez-Carceles MD, Gironda JL, Osuna E, Falcon M, Luna A. Is the right to information fulfilled in an emergency department? Patients' perceptions of the care provided. J Eval Clin Pract 2010; 16 : 456-63.
9. Penet C, Raphaël M, Valéri ML, Chinardet B, Ouadfel F, Hocine A. Que reste-t-il de l'information délivrée au patient aux urgences ? J Eur des Urgences 2004; 17 : 54.
10. République française (2017) Article L1110-4 modifié par Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 - art. 5. [15/08/2017]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665
11. Zemmouche P, Delmas G, Pierrard O, Zaioua S, Weissenbach A, Gillet P, Streiff R, Rothmann C. L'information aux urgences. J Eur des Urgences 2007; 20 : 136-7.
12. Engel KG, Buckley BA, Forth VE, Mccarthy DM, Ellison EP, Schmidt MJ, Adams JG. Patient Understanding of Emergency Department Discharge Instructions: Where Are Knowledge Deficits Greatest? Acad Emerg Med 2012; 19 : 1035-44.

13. Yann-Erick Claessens. Thèmes de recherche; Evaluation et éthique 2011. [17/08/2017]. http://yann-erick.claessens.over-blog.com/article-themes-de-recherche-evaluation-et-ethique-84994815.html.
14. Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department. J Emerg Nurs 2009; 35 : 406-11.
15. Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient Comprehension of Emergency Department Care and Instructions : Are Patients Aware of When They Do Not Understand ? Ann Emerg Med 2009; 53 : 454-61.
16. Chugh A, Williams M, Grigsby J, Coleman E. Better Transitions : Improving Comprehension of Discharge Instructions. Front Health Serv Manage. 2009; 25 : 11-32.
17. Crane JA. Patient comprehension of Doctor-Patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med 1997; 15 : 1-7.
18. Musso MW, Perret JN, Sanders T, Daray R, Anderson K, Lancaster M, Lim D, Jones GN. Patients' Comprehension of Their Emergency Department Encounter : A Pilot Study Using Physician Observers. Ann Emerg Med 2014; 65 : 151-5.
19. Picault L, Jenvrin J, Appére P, Bourrigan P, Crom P, Mehu G. Information du patient: fiches de conseils, de soins et de prévention (fiches CSP). J Eur des Urgences 2004; 17 : 147.
20. Downey LVA, Zun LS. The Correlation Between Patient Comprehension of Their Reason for Hospital Admission and Overall Patient Satisfaction in the Emergency Department. J Natl Med Assoc 2010; 102 : 637-43.
21. Spandorfer john M, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of Discharge Instructions by Patients in an Urban Emergency Department. Ann Emerg Med 1995; 25 : 71-4.
22. Arendts G, Mackenzie J, Lee JK. Discharge planning and patient satisfaction in an emergency short-stay unit. Emerg Med Australas. 2006; 18 : 7-14.
23. Mantz JM, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Bull Acad Natl Med 2006, 190 ,no°9, 1993-7, séance du 28 mars 2006.
24. Desme A, Mendes N, Moulinet F, Cudon E, Sanson F, Nackab C, Pourriat JL, Perruche F. Evaluation de la compréhension et des moyens de communication entre patients, infirmières et médecins au sein d'un service des urgences. JEUR. 2009; 22 : 167-8.
25. Moskop JC. Information Disclosure and Consent : Patient Preferences and Provider Responsibilities Information Disclosure and Consent : Patient Preferences and Provider Responsibilities. AJOB. 2007; 7 : 10-3.
26. République française (2003) Circulaire N°195/DHOS/O1/2003 relative à la prise en charge des urgences. [20/08/2017]. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=15832
27. Clarke C, Friedman SM, Shi K, Arenovich T, Monzon J, Culligan C. Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study. CJEM 2017; 7 : 5-11.
28. Roupie E, Santin A, Boulme R, Wartel JS, Lepage E, Lemaire F, Lejonc JC, Montagne O. Patients' preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in a French emergency department. Intensive Care Med 2000; 26 : 52-6.

29. Sanchez A, Bejinariu L, Schaeffer M, Pelaccia T. Que comprennent les patients laissés sur place par le Smur quant aux informations communiquées par le médecin ? Ann. Fr. Méd. Urgence 2017; 7 : 159-65.
30. Kaufman, D; Zun L. A quantifiable, Brief Mental Status Examination for Emergency Patients. J Emerg Med. 1995; 13 : 449-56.
31. Pitrou I, Lecourt A, Bailly L, Brousse B,Dauchet L, Ladner J. Waiting time and assessment of patient satisfaction in a large reference emergency department : a prospective cohort study , France. Eur J Emerg Med 2004; 16 : 177-82.
32. Decoulx M, Scherpereel P. Pour un hôpital encore plus humain : l'expérience de médecins médiateurs. Presse Med 2013; 42 : 389-94.
33. Vidy C, Boeuf B, Arasomohano C, Melloulil M, Angello F, Ferley D, Carpentier F. le traitement des plaintes: un moyen de rebondir pour améliorer la prise en charge. JEUR 2009; 22 : 165-66.
34. Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfacion in the Emergency Department : a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med 2004; 26 : 13-26.
35. Perruche F, Pourriat JL, Claessens YE, Cle M. Satisfaction des patients consultant aux urgences.Mise au point. JEUR 2008; 21 : 14-21.
36. Cordier A. Commission Ethique et Professions de santé. 2003. [25/06/2017]. http://xn--sant-gouv-e4a.fr/htm/actu/cordier
37. Pellerin D. A propos du rapport Cordier: Ethique et Professions de santé. Bull Acad Natl Med 2004; 188 : 539-46.
38. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d 'une mission académique prioritaire. Pedagogie médicale 2004; 5 : 110-26.
39. Desmettre T. De l 'information à la compréhension : une affaire de spécialistes. Ann Fr Med Urgence. 2017; 7 : 151-52.

7. ANNEXE

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

Version consolidée au 18 août 2017

- Titre Ier : Solidarité envers les personnes handicapées (abrogé)
- Titre II : Démocratie sanitaire
  - Chapitre Ier : Droits de la personne.

Article 3

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1110-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-2 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-3 (V)
- **Crée Code de la santé publique - art. L1110-4 (M)**

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne, venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 EUR d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »

- Crée Code de la santé publique - art. L1110-5 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-6 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-7 (V)

Article 4

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code civil - art. 16-13 (M)
- Modifie Code du travail - art. L122-45 (M)
- Modifie Code pénal - art. 225-1 (M)
- Modifie Code pénal - art. 225-3 (V)

Article 5

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L6111-1 (V)

Article 6

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L315-1 (M)

Article 7

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1414-4 (M)

Article 8

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°96-452 du 28 mai 1996 - art. 42 (V)

Article 9

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1110-10 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-11 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-8 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1110-9 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1111-1 (T)
- Abroge Code de la santé publique - art. L1111-2 (Ab)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1111-3 (T)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1111-4 (T)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1111-5 (T)

Article 10

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée CODE DE PROCEDURE PENALE - art. 720-1-1 (M)

- Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers.

Article 11

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1111-1 (M)
- **Modifie Code de la santé publique - art. L1111-2 (M)**

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

- Modifie Code de la santé publique - art. L1111-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1111-4 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1111-5 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1111-6 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1111-7 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1111-8 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L1111-9 (M)

Article 12

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la santé publique - art. L1115-1 (V)
- Crée Code de la santé publique - art. L1115-2 (V)

Article 13

Article 14

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 - art. 40 (T)
- Modifie Loi n°78-753 du 17 juillet 1978 - art. 5-1 (Ab)
- Modifie Loi n°78-753 du 17 juillet 1978 - art. 6 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1112-1 (V)
- Transfère Code de la santé publique - art. L1112-5 (T)
- Crée Code de la santé publique - art. L1112-6 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1414-2 (Ab)

Article 15

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1122-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L1124-6 (Ab)

Article 16

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1112-3 (M)

Article 17

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L1112-5 (V)

Article 18

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la santé publique - art. L4122-1 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4122-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4122-3 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4122-4 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L4123-2 (M)
- Modifie Code de la santé publique - art. L460 (Ab)

Article 19

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code civil - art. 375-9 (M)
- Crée Code de la santé publique - art. L3211-11-1 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3212-9 (V)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3213-1 (VT)
- Modifie Code de la santé publique - art. L3213-6 (V)

        - Modifie Code de la santé publique - art. L3213-7 (M)
        - Modifie Code de la santé publique - art. L3222-3 (V)
        - Modifie Code de la santé publique - art. L3223-1 (V)
        - Modifie Code de la santé publique - art. L3223-2 (V)
        - Modifie Code de la santé publique - art. L6143-4 (M)
    - Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé.
    - Chapitre IV : Responsabilités des professionnels de santé.
    - Chapitre V : Orientations de la politique de santé.
    - Chapitre VI : Organisation régionale de la santé.

- Titre III : Qualité du système de santé
    - Chapitre Ier : Compétence professionnelle.
    - Chapitre II : Formation médicale continue et formation pharmaceutique continue.
    - Chapitre III : Déontologie des professions et information des usagers du système de santé.
    - Chapitre IV : Politique de prévention.
    - Chapitre V : Réseaux.
    - Chapitre VI : Dispositions diverses.

- Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

- Titre V : Dispositions relative à l'outre-mer
    - Chapitre Ier : Départements d'outre-mer.
    - Chapitre II : Collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon
    - Chapitre III : Mayotte, territoires d'outre-mer et Nouvelle-Calédonie

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence.

L'information médicale est indissociable de la prise en charge du patient et de la relation médecin-malade. Elle représente une obligation déontologique et légale pour le médecin.

Objectif : Evaluer les différentes caractéristiques de l'information médicale délivrée au patient par le médecin au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence.

Méthode : Une étude prospective et transversale, d'épidémiologie descriptive, fut conduite pendant 4 mois et 26 jours dans deux services de médecine d'urgences. Tous les patients admis pouvaient être inclus dans notre étude sauf ceux : en situation d'urgence vitale ; présentant une pathologie psychiatrique prédominante ; en état d'ébriété ; dont le score de Glasgow était < 15 ; dont l'état clinique se dégradait pendant leur prise en charge ; qui refusaient de participer. Les patients étaient soumis à un questionnaire basé sur les recommandations de la loi du 4 mars 2002, qui a abouti à des notes objectives et subjectives de l'information. Les patients réalisaient au préalable un test cognitif (Brief Mental Status Examination). Un test du Chi2 fut utilisé et un seuil de significativité inférieur à 0,05 retenu. Une analyse de variance a permis d'étudier les relations entre des facteurs et les notes objectives et subjectives de l'information.

Résultats : 183 patients furent inclus dans l'étude dont 89 secondairement hospitalisés et 94 sortants Les moyennes respectives des notes objectives et subjectives étaient 30,9/100 et 76/100. Entre les deux, une différence de 40 points étaient retrouvés (p<0,0001). 73,2% des patients déclarèrent être informés sur leur diagnostic, 57,4%, sur leurs investigations, 39,9% sur les soins médicaux. Une corrélation significative existait entre la disponibilité des médecins et l'évaluation objective (p < 0,0001) et subjective (p = 0,0001). 84,2% des patients déclarèrent avoir compris l'information reçue. Les médecins s'assurèrent de la bonne compréhension de leur patient dans 47,5% des cas.

Conclusion : Délivrer une information complète et détaillée semble utopique voire même délétère. La satisfaction du patient semble corrélée à sa perception d'avoir reçu les informations nécessaires. Les formations à la communication doivent prendre en compte les perceptions des patients pour améliorer leur compréhension.

Mots clés : information médicale ; communication ; urgences ; satisfaction ; relation médecin-malade ; compréhension