



HAL
open science

Les attentes du patient chronique en termes de relation médicale lors d'une consultation aux urgences

Valentin Lozach

► **To cite this version:**

Valentin Lozach. Les attentes du patient chronique en termes de relation médicale lors d'une consultation aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02381106

HAL Id: dumas-02381106

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381106>

Submitted on 26 Nov 2019

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de Médecine de Nice

**Les attentes du patient chronique en termes de relation
médicale lors d'une consultation
aux urgences.**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 avril à 18 h à Nice

Par

Valentin LOZACH

Né le 08 novembre 1988 à Bastia (Corse)

Pour obtenir le titre de Docteur en médecine

Membre du Jury

Professeur Jacques LEVRAUT	Président du jury
Professeur Yann-Erick CLAESSENS	Directeur de thèse
Professeur Brigitte MONNIER	Assesseur
Professeur David DARMON	Assesseur
Docteur Charles RYCKEWAERT	Membre d'honneur
Docteur Arnaud CHOPLIN	Membre d'honneur

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de Médecine de Nice

**Les attentes du patient chronique en termes de relation
médicale lors d'une consultation
aux urgences.**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 11 avril à 18h à Nice

Par

Valentin LOZACH

Né le 08 novembre 1988 à Bastia (Corse)

Pour obtenir le titre de Docteur en médecine

Membre du Jury

Professeur Jacques LEVRAUT	Président du jury
Professeur Yann-Erick CLAESSENS	Directeur de thèse
Professeur Brigitte MONNIER	Assesseur
Professeur David DARMON	Assesseur
Docteur Charles RYCKEWAERT	Membre d'honneur
Docteur Arnaud CHOPLIN	Membre d'honneur

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr DELLAMONICA jean
Etudiants	M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
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.	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	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
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)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENZIRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
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)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MATRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS 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	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	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
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)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
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)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

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

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur Yann-Erick CLAESSENS

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail. Merci de m'avoir fait confiance pour cette belle aventure.

A Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse. Avec sincérités, veuillez accepter mon profond respect.

A Madame la Professeur Brigitte MONNIER

Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer à cette thèse. Je n'oublierais pas votre gentillesse et votre patience lors de ma première année d'internat en tant que coordinatrice de GEASP.

A Monsieur le Professeur David DARMON

Mes profonds remerciements d'avoir participé à ce jury de thèse.

A Monsieur Le Docteur Arnaud CHOPLIN

Merci de me faire l'honneur d'assister à ce jury pour donner votre avis sur ce travail qualitatif.

A Monsieur Le Docteur Charles RYCKEWEART

Je te remercie encore d'avoir pu te déplacer pour assister à ce moment si solennel. Tu m'as vu naitre et balbutier mes premiers mots. Et maintenant tu me vois prêter le serment. C'est un honneur infini.

Le Serment d'Hippocrate

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières :

1. INTRODUCTION :	17
1. La relation entre deux être	17
1.1 L'origine de la médecine antique	17
1.2 La médecine scientifique	17
2. La relation médecin-patient dans un service d'urgence	17
2.1 Un contexte de rencontre aux urgences pour le médecin	17
2.2 Un contexte de rencontre aux urgences pour le patient	18
3. Les attentes du patient chronique	19
3.1 Bénéfices attendus	19
-Bénéfices pour les médecins, le service et l'institution	19
-Bénéfices pour les patients	19
4. Pourquoi rechercher les attentes du patient chronique.	20
4.1 Ce que l'on sait.	20
4.2 Patient, la source	20
2. MATERIEL ET METHODE	21
3. RESULTATS	22
1. Population de l'étude	22
2. Attribution des catégories	23
3. Les occurrences	24
4. DISCUSSION	29
1. L'hypothèse principale	29
a. Des patients chroniques communiquant peu leur expertise	29
b. Le patient-partenaire	30
2. Ce que les patients pensent aux urgences.	31
- Information donnée au patient et présence médicale.	31
-L'attente aux urgences.	32

-Confort aux urgences	33
-Intimité	34
-Temps-patients.	35
-Politesse et présentation.	35
-Expertise médicale.	36
-Sympathie, simplicité et mise au niveau du patient et Empathie et Humanité	37
a. Des définitions propres à chacun.	37
b. Empathie et humanité	38
-Honneté	39
3. Forces et faiblesses de l'étude.	39
3.1 Force de l'étude.	39
a. Les patients	39
b. Le support des catégories	39
c. Patiente partenaire	39
3.2 Faiblesse et limite de l'étude.	40
a. Les intervenants	40
b. Les entretiens	40
c. La grille de compétences CanMEDs	40
d. La situation d'urgence.	41
e. Les patients	41
f. Le postulat	42
5. CONCLUSION	42
6. ANNEXES	43
7. REFERENCES	50

1. INTRODUCTION :

1. La relation entre deux êtres.

« *L'homme devient un inventeur des phénomènes, un véritable contremaître de la création ; et l'on ne saurait, sous ce rapport, assigner de limites à la puissance qu'il peut acquérir sur la nature, par les progrès futurs des sciences expérimentales* »(1) a dit Claude Bernard dans « L'introduction à l'étude de la médecine expérimentale »

La relation médecin-patient a connu de profondes transformations au cours du temps. L'évolution des connaissances et des techniques a fait d'une médecine traditionnelle une médecine de science.

- 1-1 L'origine de la médecine antique :

La relation médecin-patient a toujours été au centre de l'activité médicale. La médecine est un art teinté de science disait Sir Paget(2). L'art de côtoyer, de rencontrer l'autre, d'apprendre et comprendre l'individu. La médecine est aussi une science. Elle se veut technique. La médecine dite « hippocratique » privilégie la relation clinique et l'observation du patient pour combattre avec son concours une crise vitale(3). Le médecin est l'allié du patient, il apporte son soutien par son savoir médical. Le médecin est sollicité lorsque le patient n'est pas en mesure d'assurer une qualité de vie optimale par quelque affliction.

La médecine arabe a joué un rôle charnière. Elle reprend les écrits et corpus hippocratiques pour permettre un développement plus scolastique et contribue à l'avènement des universités européennes. (4) Les écrits sont concentrés et classés en œuvres, permettant de faire émerger le début d'une facette intellectuelle médicale.

La relation médecin-patient restait jusqu'alors « traditionnelle ». L'essor de la chirurgie et de la pensée critique de la Renaissance donne naissance à une nouvelle ère, affectant cette relation.

- 1-2 La médecine scientifique :

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, la vitalité de la chirurgie permet la réalisation d'un échafaudage cognitif. La pensée anatomo-clinique voit le jour. L'essor de la technologie vient alors enrichir la pratique de la médecine. Les sociologues parlent de biomédicalisation.(5)

Là où le patient se déclarait nécessiteux d'un avis médical, dorénavant la biologie parle à sa place. Alors que la médicalisation avait permis le remplacement de la dichotomie bien/mal par celle de bien portant/malade(6), la biomédicalisation permet de transformer le corps du patient selon son propre désir. *La perception du normal et du pathologique est profondément modifiée.*(7)

2. La relation médecin et patient dans un service d'urgence

- 2-1 Un contexte de rencontre aux urgences pour le médecin.

L'Evidence Base Medecine (EBM) est devenue le paradigme contemporain. Les progrès technologiques éblouissants en matière de diagnostic et de traitement des maladies sont sans appel.

En contrepartie, les médecins manquent parfois des capacités nécessaires pour reconnaître le sort de leurs patients, faire preuve d'empathie envers ceux qui souffrent et rejoindre honnêtement et courageusement dans leur épreuves les patients qui leur confient leur santé.(8)

Cependant la relation médecin-malade reste la base du travail du médecin. Cette relation est l'élément fondateur du métier. *«De ce fait, une médecine corps-objet n'aurait de médecine au final que le nom puisque n'ayant pour seul langage que celui de la science, elle n'aurait d'autre issue que de réduire le malade à sa maladie.»(8) »*

Cette rencontre entre deux personnes est capitale dans la démarche de l'urgentiste. Souvent considérée comme trop chronophage, ce temps est pourtant le moment crucial pour le médecin urgentiste. Dans une étude britannique de 2014, le temps-patient a été étudié : *“A complete admission clerking with prescription and ordering of investigations ranged from a mean of 15 minutes for a consultant in acute medicine”.*(9) Soit 15 minutes de temps médical moyen de l'admission à la prescription. Le temps-patient est bien sûr plus court encore, mesuré à 7 min dans l'étude menée par Rhodes *et al.*(10)

Dans le travail de mémoire (*La formation des médecins à la communication relationnelle comme outil d'amélioration du vécu de la maladie*),(11) les investigateurs ont interrogé différentes catégories de médecins dont une majorité d'urgentistes. Tous s'accordent sur le « temps perdu » de la rencontre avec le patient.

A titre d'exemple on peut citer un médecin urgentiste répondant, à la question « d'où vient cette envie de prendre son temps et d'essayer de parler avec son patient ? » : *« j'y trouve mon propre intérêt [...] c'est agréable de discuter avec les gens, on a tout à apprendre des gens. »*

- 2-2 Un contexte de rencontre aux urgences pour le patient.

Dans les services d'urgence, il est souvent admis que nombre de patients sont mécontents. L'attente de la consultation, un médecin attribué et non choisi, des explications parcimonieuses, un rythme peu compatible avec une interaction calme et sereine contribuent aux difficultés ressenties par le patient, qui, de surcroît, est dans l'attente et le besoin.

Dans l'étude de Rhodes *et al*, si le médecin évoque quelquefois le diagnostic au patient (55%) et les consignes de surveillance (60%), jamais il ne s'enquiert de sa compréhension ou d'éventuels questionnements.(10) Le temps patient est oublié. De fait le mécontentement peut s'en trouver majoré. *« Le bénéfice pour le patient de se sentir écouté comme rarement cela lui est arrivé est pourtant quasi constant et bénéfique. »(8)*

Ces réflexions sont d'autant justifiées qu'elles concernent le patient souffrant de maladie chronique consultant aux urgences. Ce patient est habitué des services, et notamment des services d'urgences, fréquemment la « porte d'entrée » de l'hôpital. Il est contraint de consulter pour la complication d'une maladie qu'il vit quotidiennement et a l'habitude de gérer mais qui lui échappe.

Un patient souffrant de maladie chronique et qui consulte aux urgences peut avoir une perception précise de son problème de santé. Ses attentes et besoins, s'ils ne sont pas pris en compte par le médecin, peuvent être source d'incompréhension, de frustration et d'insatisfaction.

3. Les attentes du patient chronique.

- 3-1 : Bénéfices attendus

- Bénéfices pour les médecins, le service et l'institution.

Pourquoi chercher à accomplir les attentes du patient ?

Intuitivement, la réponse à cette question semble d'autant plus aisée qu'elle répond à une exigence déontologique. Chaque médecin est *a priori* enclin à satisfaire les demandes du patient. En situation d'urgence la question est plus sensible.

Le contact avec le patient est épisodique et fugace. La nécessité d'acte technique sans délai peut supplanter tout autre type de réponse. La continuité du soin n'est souvent pas assurée au décours de la consultation, un autre intervenant devant être sollicité. De fait, l'évaluation des attentes du patient peut s'en trouver limitée.

La satisfaction du patient devient un critère de choix dans l'évaluation des structures hospitalières. Depuis 1996, une réforme invite les institutions à évaluer la satisfaction des patients. L'évaluation de la satisfaction entre dans les critères d'accréditation des hôpitaux privés comme publiques et informe sur la qualité des soins qui y sont prodigués.

L'accomplissement des attentes du patient amène à sa satisfaction. La satisfaction du patient génère une émulation des équipes des urgences. (12) Un accroissement du bien-être du personnel travaillant dans une ambiance positive est bénéfique. Ce cercle vertueux aurait vocation à diffuser pour le bien des patients et des équipes.

Pour reprendre le travail de mémoire de M. Fontaine, certains médecins sont plus enclins à chercher le contact avec le patient, à échanger avec lui. Cette approche semble motivée par le besoin d'humaniser le travail médical et n'être pas uniquement l'intervenant expert.

D'un point de vue économique, un patient satisfait est un patient qui reviendra consulter le même service d'urgences et la même institution.(13)

La proposition de loi de février 2019 suggérant une part de rémunération des médecins indexée sur la satisfaction des patients souligne de façon plus prégnant deux aspects : quels moyens pour obtenir la satisfaction ? Quelle définition et quels éléments d'évaluation de la satisfaction ?

- Bénéfices pour les patients.

Du point de vue du patient, l'importance de sa satisfaction est plus critique puisqu'il est au premier plan.

Le médecin qui répond aux attentes du patient obtient une meilleure observance et un suivi plus scrupuleux. Un patient satisfait est plus enclin à poursuivre le traitement à l'issue de la consultation aux urgences avec une bonne compliance et une meilleure guérison.(12)

Accroître la satisfaction du patient permet également, une plus grande confiance dans les soins et l'équipe et assure une fidélité au service. Le patient présente moins d'appréhension, de stress et de comportements agressifs envers le personnel.

Selon Didier Sicard, la confiance dans le système de santé a été écornée par les récentes crises sanitaires telles que celle du Médiator®, et n'a jamais été aussi faible qu'elle ne l'est actuellement.(14) Redonner la place du temps-patient, l'écoute active des besoins que le patient perçoit, pourrait restituer la confiance brisée dans cette alliance.

Aussi, la prise en compte des attentes du patient permet une meilleure compréhension de sa maladie. Cela présuppose une meilleure qualité du temps patient. Il est observé une grande variabilité de la compréhension qu'ont les patients de leur problèmes de santé à la sortie des urgences, de 80% pour les problèmes de faible complexité,(15,16) à 20% pour les maladies plus complexes(17). Une meilleure compréhension permettrait une meilleure qualité des soins, une meilleure compliance et une meilleure évolution.(18)

4. Pourquoi rechercher les attentes ?

- 4.1 Ce que l'on sait.

Louis Graff a décrit une triade de satisfaction des patients : qualité du service, efficacité et performance clinique et coût(19). Cette définition est pertinente pour le modèle anglo-saxon mais ne s'accorde pas au système de soins français. Par ailleurs elle est bien trop restrictive et ne met pas l'accent sur le patient ni son ressenti.

La plupart des études réalisées aux urgences rapportent l'importance accordée par le patient au temps d'attente avant la consultation, à la prise en charge de sa douleur. (20) Ces affirmations sont d'autant plus vraies que le patient souffre de maladie chronique. Le patient souhaite également être renseigné sur sa pathologie : sa gravité, son nom, l'organe malade, le traitement, sa durée et les possibles effets secondaires.(21)

Cependant, les attentes du patient en termes de relation avec le praticien lors de sa consultation aux urgences demeurent imprécises, aucun recueil exhaustif et structuré n'étant à ce jour disponible.

Dans une étude anglo-saxonne rétrospective parue en 2009 et recueillant des données sur 20ans, Welch *et al*, a regroupé les études où la satisfaction des patients à la sortie des urgences a été recueillie. L'étude conclut que l'empathie, la communication, la proximité du médecin avec son patient sont cruciales(22). La pertinence de ces résultats devrait être précisée par la signification que le patient donne à ces concepts. En effet, qu'évoque « l'empathie » et la « proximité avec le médecin » pour un malade ?

- 4.2 Patient, la source.

Aucune étude ne rentre dans la profonde intimité du patient lorsqu'il est aux urgences. Nous ne savons pas ce que ressent le patient, affaibli et vulnérable de par l'affliction qui l'oblige à consulter aux urgences.

La rencontre du malade avec le médecin des urgences produit une alliance unique et possiblement asymétrique dans un contexte de vulnérabilité pour l'un et de naturel ascendant pour l'autre. S'il est souvent aisé pour le médecin de résoudre le problème somatique, la réponse aux attentes du patient peut n'être que fragmentaire. L'écoute du patient chronique consultant aux urgences est primordiale.

Ecouter le patient souffrant de maladie chronique est d'autant plus important que, bien souvent, il est une aide précieuse puisque source d'information. Il connaît sa maladie, les complications, les symptômes habituels. Dans cette situation précise, il est possible de considérer le patient comme un « sachant » et le médecin comme un « savant », selon Elisabeth NOEL-HURREAUX(23). C'est à cette frontière que tout ce travail tire son intérêt. Nous, soignants, ne savons pas ce que le patient connaît et perçoit de sa maladie. En partageant l'intimité du patient à ce moment précis de vulnérabilité, la relation médecin-malade pourrait ouvrir des voies jusqu'alors peu utilisées en médecine d'urgence, un champ de possibilités et de soins plus complets, plus humains pour une meilleure qualité.

Mieux comprendre le patient nous permettrait d'améliorer le soin individuel mais plus globalement le système de soins. Cette approche est d'autant plus actuelle que la réforme du partenariat avec le patient progresse en France. Cette réflexion porte sur le travail du patient, « expert » ou « partenaire », dans la prise en charge des maladies, la décision des soins, l'assistance et l'aide aux patients atteints de maladie chronique. Intégrer cette approche tout au long d'un parcours de soins qui inclut les urgences résonne comme une évidence.

Ce travail tentera de savoir si les patients chroniques aident à la prise en charge de leur propre maladie lors d'une consultation aux urgences. Il tentera de plonger dans l'intime des patients chroniques aux urgences pour en extraire les besoins et les questionnements qu'ils souhaiteraient partager avec les médecins. Nous cherchons à comprendre les attentes des patients chroniques et les représentations des médecins.

Décrire les attentes en termes de relations avec l'équipe médicale des patients chroniques consultant aux urgences est l'objectif principal de ce travail.

2. MATERIEL ET METHODE :

Nous avons réalisé une étude qualitative avec analyse catégorielle de patients interrogés.

Le consentement oral a toujours été recherché.

Nous avons sélectionné des patients atteints de pathologie chronique consultants aux urgences pour une complication de leur pathologie chronique, autre pathologie aiguë ou l'association des deux situations. Nous avons inclus des patients adultes (18 ans révolus). Les critères d'exclusion étaient les suivants : problème santé compromettant un entretien oral (démence, confusion, coma, délires psychotiques aiguës) ; refus de participer à l'entretien.

Nous avons recueillis le motif de consultation, l'âge et les antécédents.

La définition de la maladie chronique, selon la définition de 2015 de l'Organisation Mondiale de la santé, se caractérisent « *au-delà de leur durée par l'ampleur de leurs répercussions sur la vie quotidienne non seulement pour les patients mais aussi pour leur entourage. Cette situation bouleverse tout, de l'état de santé à la qualité de vie, des amitiés à la vie familiale, des loisirs à la vie professionnelle. Leurs points communs est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade.* »

La définition de maladie aiguë est plus compliquée à trouver et n'est pas précisée par l'OMS. Le Larousse définit la maladie aiguë par : *Qui survient brusquement et évolue vite.*

Les patients étaient recrutés aux urgences de l'Hôpital Pasteur 2. L'intervenant recherchait sur le terminal des Urgences un patient dont la destination de sortie avait été choisie et validée.

Les entretiens des patients ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été menés par 2 étudiants de psychologie (E, M) et un interne en médecine (VL).

Les entretiens étaient semi-dirigés, réalisés dans le box des urgences. Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio afin de procéder *a posteriori* à la retranscription du verbatim. Cette retranscription a été réalisée sur le logiciel word.

Après création de tous les verbatim, une analyse catégorielle a été réalisée. La grille des compétences médicales validées par CanMeds a été utilisée pour trouver les catégories (Annexe 1 et 2). Certaines catégories n'ont pu être tirées du guide et ont été créées *de novo* et adjointe à la grille. Les occurrences retrouvées dans les verbatim ont été classées dans les catégories en facteur positif ou négatif avec le logiciel Nvivo manuellement.

En parallèle, une patiente partenaire a également classé les occurrences positives et négatives dans les catégories permettant une analyse binaire de deux familles d'analyses différents.

3. RESULTATS :

1. Population de l'étude :

Quatorze patients ont été interrogés ; treize entretiens sont retenus pour l'analyse ; un entretien n'était pas pertinent car centré sur un précédent séjour en service d'hospitalisation et ne concernant pas les urgences et son séjour actuel.

La durée moyenne des entretiens était de huit minutes. L'entretien le plus court était de six minutes, le plus long de douze minutes.

Les entretiens ont débuté en décembre et se sont terminés en février.

Les patients recrutés avaient un âge moyen de cinquante-deux ans ; (minimum vingt ans et un maximum quatre-vingt-dix ans.) Sept femmes et six hommes ont été interrogés.

Neuf patients sur treize ont consulté pour une complication de leur pathologie chronique, les cinq autres pour une autre maladie aiguë.

Patient/ Démographie	Âge	Sexe	Pathologie Chronique	Motif de consultation
Patient 1	23	F	Dépression	Poignardée
Patient 2	60	F	Insuffisance cardiaque	Poussée d'insuffisance cardiaque
Patient 3	20	F	Trouble du rythme cardiaque	Syncope
Patient 4	50	H	Accident ischémique transitoire	Accident ischémique transitoire
Patient 5	25	F	Asthme	Crise d'asthme + Angoisse
Patient 6	86	H	Artérite Oblitérante des membres Inférieurs, Hypertension artérielle	Poussée d'insuffisance cardiaque
Patient 7	44	F	Hypertension intracrânienne	Poussée d'hypertension intracrânienne
Patient 8	61	H	Obésité, insuffisance rénale	Grippe
Patient 9	90	H	Pontage abdominale, diabète, Hypertension artérielle	Sigmoidite
Patient 10	35	H	Diabétique de type 1	Acido-cétose
Patient 11	74	H	Diabétique de type 2	Hyperglycémie
Patient 12	75	F	Convulsions	Crise convulsive
Patient 13	37	F	Dépression	Crise de spasmodophilie

Tableau 1. Données démographiques des patients recrutés et leurs motifs de consultations.

2. Attribution des catégories :

Dix catégories ont été utilisées avec le référentiel CanMEDs.

Cinq catégories supplémentaires devaient être retrouvées pour permettre une analyse catégorielle efficace. Ces catégories n'étaient pas présentes de façon pertinente dans le référentiel CanMEDs et ont été ajoutées au vu des interviews et de leur contenu :

- La notion de présence médicale avec le patient lors de son séjour aux urgences était relevée à plusieurs reprises et a été rajouté en termes de « Temps-patient »

- La notion d'intimité a également été citée plusieurs fois, le terme « Intimité » a été attribué à cette catégorie.
- Des notions de suivi médical et d'informations médicales données ont également été relevées. Les termes « informations données et présences » ont été attribués pour cette catégorie. Cette catégorie doit être distinguée de « Temps-patient » qui équivaut au temps d'examen clinique.
- Le référentiel ne fait pas mention de l'attente dans les urgences. Le terme a été attribué « Attente aux urgences ». Cette attente concerne l'attente après le 1^{er} contact médical à l'intérieur du service des urgences et non l'attente en salle d'attente.
- Les notions de présentation et de politesse à l'égard du patient ne sont pas mentionnées clairement dans le référentiel. Aussi, cette catégorie a été attribuée à « Politesse et Présentation »

	Exemples d'occurrences négatives	Exemple d'occurrences positives
Attente aux urgences	« Rien que ça, cette question d'attente »	« J'ai été assez vite pris en charge »
Confort	« mais alors si y'a des problèmes c'est le fait de pas de rien avoir à manger. Ça c'est inadmissible »	« c'est tout le temps propre »
Empathie/Ecoute/Humanité	« non j'ai pu parler de tout »	« Oui oui il était empathique et à l'écoute »
Expertise Médicale	« Donc il s'est raté une fois il s'est raté deux fois il s'est raté trois fois »	« il m'a ausculté et il m'a envoyé faire le TDM il m'a donné les résultats. Donc je suis satisfait »
Honnêteté	« Qu'au moins il vienne voir et qu'il essaye de regarder si y'a quelque chose parce qu'au final j'avais raison »	« ...et on ne peut pas tout savoir, donc c'est bien de le dire »
Information donnée et Présence	« mais il ne prenait pas beaucoup de temps pour m'expliquer »	« Ca fait 3h que je suis dans ce boxe je sais même pas si c'était un médecin. J'attends sans information »
Intimité	« J'étais au milieu des patients quand il s'est présenté et interrogé »	« Il a fermé la porte il n'y a pas eu d'effraction de l'intimité »
Politesse et Présentation	« je ne me souviens pas de son nom »	« Oui, il s'est présenté »
Sympathie, Simplicité et Mise au niveau du patient	« C'est le médecin qui devrait venir vers le patient »	« La simplicité déjà, c'est très important »
Temps Patient	« Je peux pas dire grand-chose il est pas resté longtemps »	« il m'a bien examiné je pense »

Tableau 2. Exemples d'occurrences en fonction des catégories.

3. Les occurrences :

Voici les deux figures de classement des occurrences en fonction des catégories par notre analyse et celle de la patiente partenaire :

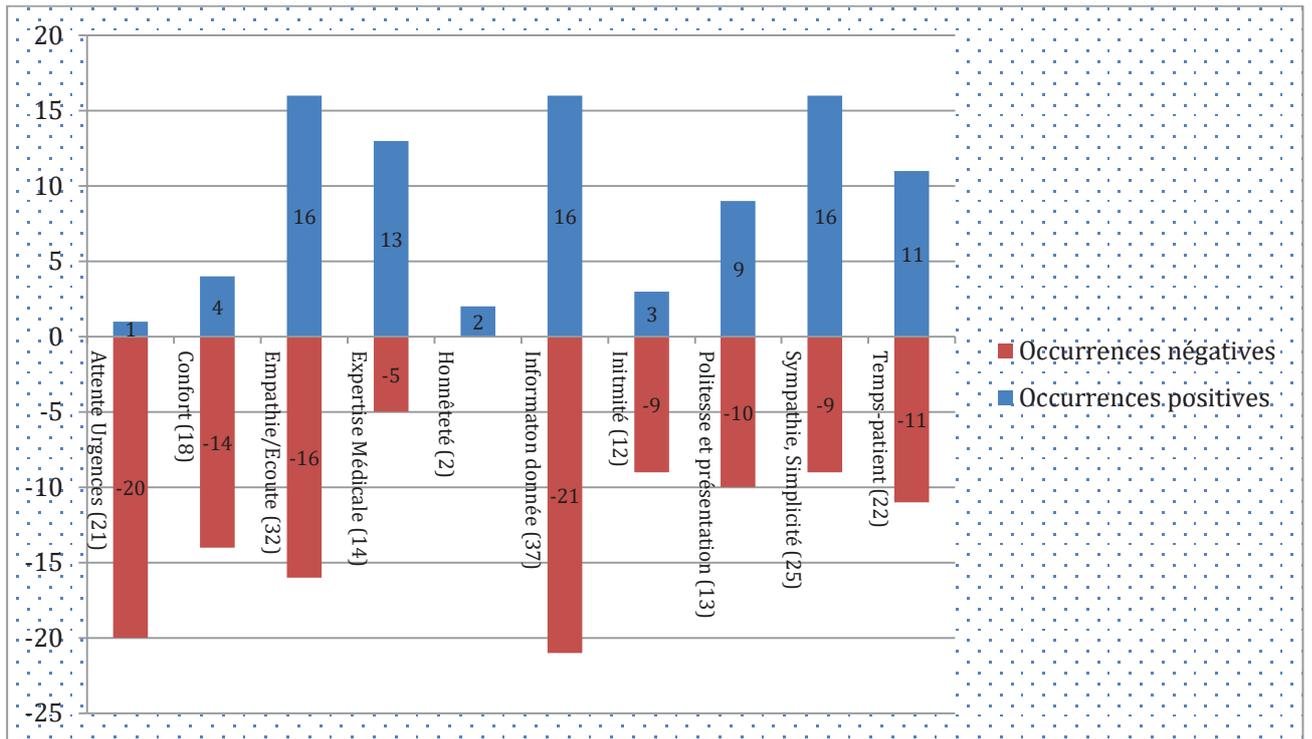


Figure 1. Occurrences par catégorie. Entre parenthèses la somme des occurrences.

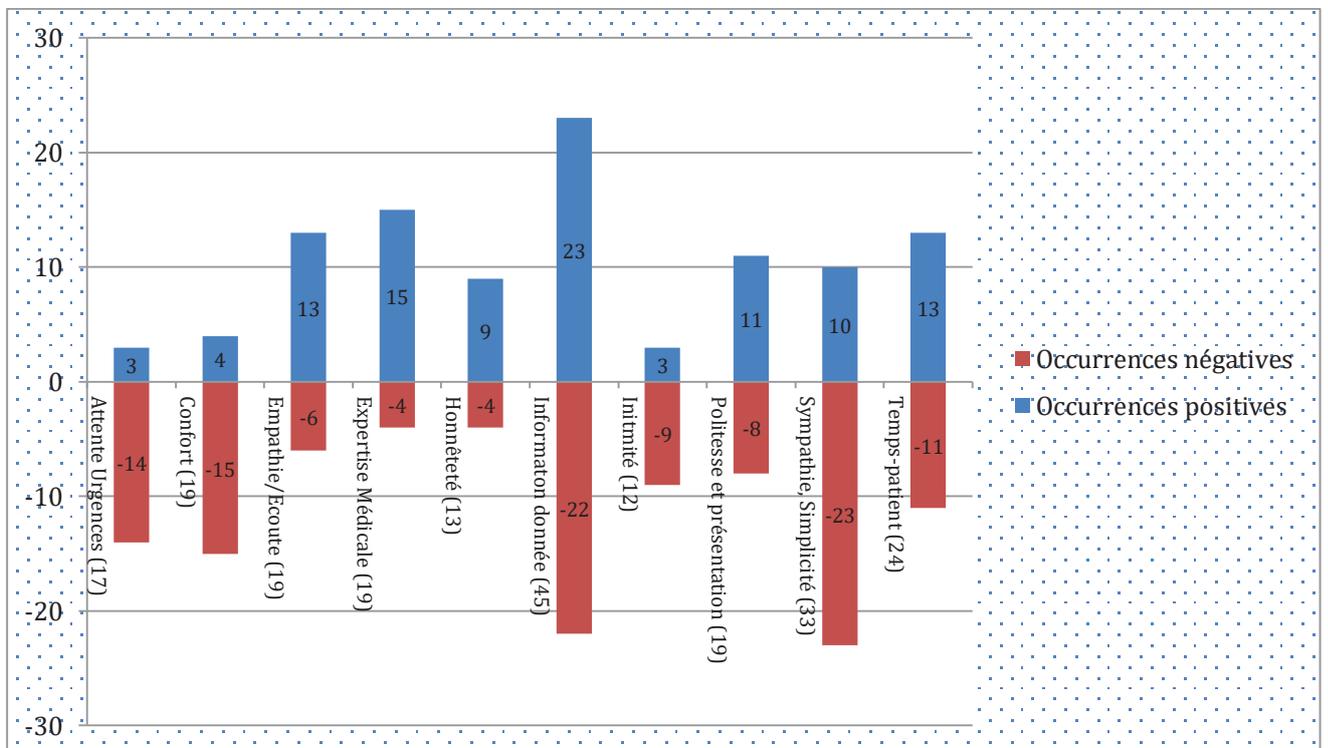


Figure 2. Occurrences par catégories réalisé par la patiente partenaire.

- L'attente aux urgences :

La différence entre les occurrences positives et négatives est flagrante. L'attente spécifique dans le service des urgences est un sujet connu. La tendance des entretiens est donc négative, les patients se plaignent d'attendre. Cette catégorie est celle la plus négativement notée par les deux analyses. 1 occurrence positive pour 20 négatives dans notre analyse et 3 positives pour 14 négatives.

- Confort :

Le confort aux urgences concerne tant le confort physique que psychique. Cette catégorie était nécessaire au regard des entretiens car les patients font régulièrement référence à cette dimension. La répartition entre notre analyse et celle de la patiente partenaire est quasi identique. Parmi les 13 entretiens il existe une majorité d'occurrences négatives.

- Empathie et humanité :

Notre analyse retrouve un nombre d'occurrence total de 32 avec des occurrences négatives égales aux positives. L'analyse de la patiente partenaire retrouve 19 occurrences au total et 13 positives et 6 négatives. Les différences de classement des occurrences sont très différentes en fonction des patients entre notre analyse et celle de la patiente partenaire. Nous verrons les raisons de ces différences dans la partie discussion.

- Expertise Médicale :

Les occurrences négatives et positives de notre analyse et celle de la patiente partenaire sont similaires.

Les occurrences positives sont majoritaires dans les deux analyses avec 13 occurrences positives contre 5 négatives dans notre analyse. 15 positives contre 4 négatives dans l'analyse de la patiente partenaire. La tendance est donc positive.

- Honnêteté :

Nous avons classé 2 occurrences positives et aucune occurrence négative. La patiente partenaire a trouvé 13 occurrences au total avec 9 positives et 4 négatives. Dans notre analyse la seule patiente faisant référence à l'honnêteté est la patiente numéro 7.

- Information donnée et présence :

Cette catégorie traduit la présence médicale et les informations données tout au long du séjour médical. Notre analyse catégorielle retrouve 37 occurrences contre 45 par la patiente partenaire. Ce qui fait de cette catégorie la plus citée quantitativement par les patients pour les deux analyses.

Il est intéressant de voir que les occurrences négatives et positives sont relativement égales. Seize occurrences positives pour 21 négatives contre 23 positives et 22 négatives pour l'analyse de la patiente partenaire. Qualitativement les avis étaient partagés parmi tous les entretiens.

- Intimité :

Notre classement d'occurrences et celui de la patiente partenaire est strictement identique. Les occurrences négatives sont nettement majoritaires. Ce qui traduit une tendance négative de cette catégorie.

- Politesse et présentation :

Nous avons classé 13 occurrences au total dans cette catégorie contre 19 pour l'analyse de la patiente partenaire. 16 occurrences positives dans notre analyse contre 11 pour celle de la patiente partenaire avec 8 occurrences négatives pour la patiente partenaire et 9 pour notre analyse. L'ensemble reste homogène.

- Sympathie, simplicité et mise au niveau du patient :

Dans cette catégorie, les résultats diffèrent entre notre analyse et celle de la patiente partenaire. Nous avons classé 25 occurrences au total pour 33 chez la patiente partenaire. Dans notre analyse 16 occurrences positives contre 9 négatives. Pour l'analyse de la patiente partenaire 10 positives et 23 négatives. La différence entre les deux analyses est marquée.

- Temps patient :

Nous avons un nombre identique d'occurrences positives et négatives avec une somme de 22 occurrences au total. La patiente partenaire un nombre de 24 occurrences pour 13 positives et 11 négatives.

Les deux tableaux suivants présentent les classements et le nombre d'occurrences par catégories en fonction des patients. Nous pouvons voir que les répartitions des occurrences en fonction des catégories sont hétérogènes. De plus, les catégories ne sont pas présentes dans tous les entretiens. Certains patients, dans leurs entretiens, ont axé leur discours sur une catégorie plus qu'une autre. Par exemple le patient numéro 5 a décrit 7 occurrences négatives dans la catégorie « Empathie et Humanité ».

Tableau 2. Evaluation médicale des occurrences en fonction des patients.

Catégories/ Patient	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	
Attente aux urgences	3		5		2		1						1		4				2							3	
Confort		1	4				1		2	1	1			1	1				2		3	1					
Empathie/Ecoute/Humanité									7			3		5		2		1	1	1	6		2	1		3	
Expertise Médicale	3			1		1		2	1			1						4			1						3
Honnêteté														2													
Information donnée et Présence	3	3	2					1	3	3		1		2	6				2	2	1		2	1	2	3	
Intimité					3				3			1		2	1								2				
Politesse et Présentation			1			2	1	2	2			1		2				1	1		1		4				1
Sympathie, Simplicité et Mise au niveau du patient		1		2		1	1	1	2			6		2				2	2	1			2		2		
Temps Patient	1	3	1	1	1		1	2	3			1		2	4												2

Tableau 3. Evaluation par la patiente partenaire des occurrences en fonction des patients.

Catégories/ Patient	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	
Attente aux urgences	3		5		2		2						1		4				2	1			1		3		
Confort		1	4		2		1		1	2	1			1	1				2		3						
Empathie/Ecoute/Humanité	3			1		1				1		3		3		2		1		1	3		2			4	
Expertise Médicale	3	1		2				3	1					1				4			1					3	
Honnêteté												3		4	4											2	
Information donnée et Présence	5	3	3	2				2	3	3			2		2					3	2	2		3	2	3	5
Intimité					3				3				2		1	1								2			
Politesse et Présentation			2				2	1	2		2		1		2				1	1		1		2		1	
Sympathie, Simplicité et Mise au niveau du patient	6	2	2				2	1	3				2		3	2				3	1	2		2		3	1
Temps Patient	2	5	1	1	1		1	2	3			1		2	3											2	

4. DISCUSSION :

Ce travail a étudié les attentes des patients chroniques en termes de relation médicale lors d'une consultation aux urgences. Nous sommes partis de l'hypothèse que les patients atteints de maladie chronique se situaient dans une position d'expert de la maladie. Notre étude infirme ce postulat. Les résultats que nous retrouvons démontrent que le patient chronique consultant aux urgences a un intérêt marqué pour des composantes plus élémentaires de sa prise en charge, comme manger ou entretenir une relation de sympathie et d'humanité avec le patient.

Selon nos résultats, les patients chroniques s'attendent à avoir un médecin urgentiste positionné comme expert, répondant avec attention, sympathie et confort à leurs attentes et leurs problèmes aigus. Nous n'avons pas retrouvé, dans nos résultats, de patients qui émettent eux-mêmes d'hypothèses ou d'avis d'experts qui pourraient aider à leur propre prise en charge. Selon la pyramide de Maslow, dans notre étude, les patients se situent au niveau 3, c'est-à-dire qu'ils ont un besoin physiologique de confort et nourriture, un besoin de sécurité aux seins des urgences tant moralement que physiquement et enfin le niveau 3 d'appartenance, se sentir écouté et ne pas sentir seul ainsi que rejeté. Les niveaux 4 et 5 ne sont pas mentionnés dans nos entretiens.(24)

Le patient, pour être en position d'expert, doit être au sommet de la pyramide de Maslow. Aussi, soignants et médecins doivent tout mettre en œuvre pour que les besoins élémentaires soient rencontrés afin de pouvoir laisser libre cours aux dimensions les plus élevées de la pyramide.

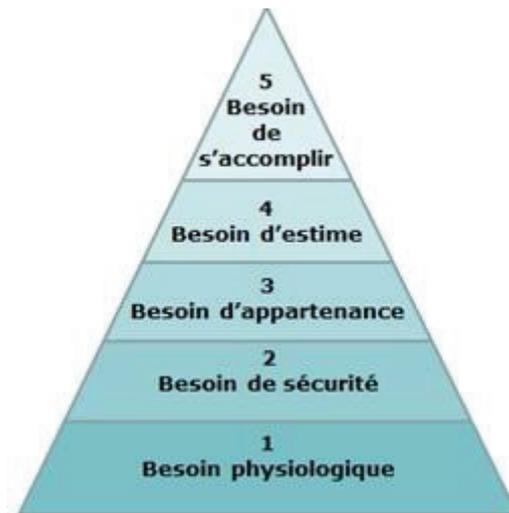


Figure 3. Pyramide de Maslow

1- L'hypothèse principale :

- a. Des patients chroniques communiquant peu leur expertise :

L'hypothèse principale de notre travail était que les patients chroniques avaient un apport personnel dans leur prise en charge médicale aux urgences. Nous sommes partis d'un postulat que le patient

chronique pouvait, de par le fait qu'il connaisse sa maladie, interagir en tant qu'expert de sa propre maladie avec le corps médical qui le prend en charge.

L'analyse des 13 entretiens de patients chroniques a démontré que ces derniers ne parlent pas de leur pathologie aux médecins urgentiste en tant qu'expert. Aucun des patients chroniques n'intervient dans sa propre prise en charge médicale.

On peut citer le patient n°5 concernant son traitement de sortie de l'asthme:

« V : Vous a-t-il énuméré les traitements qu'il allait faire ?

M : Oui il les a énumérés.

V : A-t-il demandé votre accord ?

M : Il s'est même trompé sur un médicament c'est moi qui lui ai dit que je ne prenais pas ça. »

C'est ainsi la seule situation d'expertise de sa propre prise en charge que nous pouvons retrouver dans les entretiens réalisés.

Il persiste un reliquat de l'attitude « paternaliste » au sein du système de santé Français. Les patients, fort heureusement, continuent à faire confiance aux médecins qu'ils consultent, et ce malgré leurs années de maladies chroniques et de l'attitude délibérative des médecins. Ainsi, Alexandre Jaunait écrit que le professionnalisme est un élément qui permet la qualification morale de la relation de confiance thérapeutique.(25) Le patient prend conscience de l'engagement moral dans l'exercice de sa fonction. (Nous verrons plus tard dans les entretiens que le professionnalisme et l'expertise médical est un point important retrouvé dans l'étude.) Il semblerait que ce fait joue un rôle dans la « passivité » des patients recrutés. Ils laissent leur prise en charge au médecin qu'ils estiment bon et moral pour leurs soins.

Les patients atteints de maladie chronique sont officiellement reconnus depuis maintenant plus de 10 ans.(26) La situation des patients atteints de maladie chronique a beaucoup évolué. Ils peuvent participer aux formations, par l'intégration de la notion d'éducation thérapeutique, concernant leur maladie et ont pu reprendre à leur compte l'avenir de leur maladie.

L'éducation thérapeutique est un élément indispensable. Les patients sont considérés comme des prestataires de soins et ont besoin de formation et de motivation pour mieux prendre en charge eux-mêmes leur maladie(27). Ce travail est abouti en France où les étudiants en médecine apprennent très tôt la notion d'éducation thérapeutique. Mais les initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée ou certaines approches d'éducation thérapeutique, peuvent être vécues comme un maintien du monopole du rôle de soignant.(28)

b. Le patient-partenaire :

« On pourrait voir les patients comme ayant le rôle d'illustration de connaissances générales, ou de témoignage limité aux aspects subjectifs et particuliers. »(29)

Le patient-partenaire, ou patient expert ou patient formateur, est déjà développé au Canada depuis plus de 5 ans. Mais depuis 10 ans les patients venaient déjà dans les facultés de médecine de ces pays pour donner leur expérience de la maladie. En France, la première notion de patient partenaire est née vers les années 2000, par l'Association Française de Lutte Antirhumatismale. Mais elle n'est toujours pas aussi ubiquitaire qu'elle ne le devrait. AA Nice par exemple, le Dr Jean-Michel Benattar intervient par le biais de la Maison de la Médecin et de la Culture et au Diplôme Universitaire Art Du

Soin dans le cadre de la Faculté de Médecine, à l'émergence de cette notion de patient partenaire. Un paradigme nouveau émerge concernant cette relation médecin-patient.

La notion de patient partenaire trouve une application pour sa propre personne. En effet, le patient devient acteur de sa propre santé et maîtrise les effets de sa maladie et prend les décisions en collaboration avec l'équipe de soins.(30)

Dans une étude Britannique réalisée par Rosamund Snow *et al*, les patients ont réalisés une formation concernant leur pathologie. Il a été démontré que les patients chroniques peuvent parfois être plus experts de leur propre maladie que les médecins urgentistes qu'ils consultent aux urgences. (31) Le savoir des patients partenaires sur leur propre maladie permet d'enrichir la prise en charge avec un nouvel œil. Janet Pols a écrit que les données et le savoir des patients peut être transféré au personnel médical.(32)

2- Ce que les patients pensent aux urgences :

Ce travail a étudié les attentes des patients chroniques en terme de relation médical lors d'une consultation aux urgences. Avec ces 13 entretiens nous avons placé les occurrences dans les catégories CanMEDs. Ce chapitre décrit les attentes des patients en fonction des catégories.

- Information donnée au patient et présence médicale :

Les patients décrivent précisément dans leurs entretiens leurs ressentis au sujet de cette catégorie. Certains patients comme le patient n°1 décrit ce défaut d'information comme anxiogène, un manque d'information et de présence partagé tout au long du séjour qui devient une réelle plainte :

*« Oui quand on ne sait pas ce qui se passe, on est là, on panique sur le coup donc on se dit « mais qu'est-ce qui va se passer, pourquoi ils me font ça d'un coup », enfin...
« J'ai quelque chose de grave », on peut ne pas savoir donc c'est vrai que c'est gênant. »*

L'information donnée et la présence médicale servent également à rassurer le patient quant à son avenir, son devenir et son état. Le passage du médecin de façon itérative dans le séjour du patient est indispensable. Au patient n°8 de dire :

*V : Est-ce vous avez pu parler de tout avec le médecin ?
P : Non je n'ai pas pu parler de tout, mais le médecin était assez ouvert.
V : On vous a expliqué le diagnostic ?
P : Non pas grand-chose...
V : Et pourquoi ne demandez-vous pas au médecin pour avoir plus d'informations ?
P : Il a dit que c'était normal alors je ne sais pas...
V : Donc il y a un manque de quelque chose... D'informations ?
P : Eh bien oui hein, il ne peut pas m'en dire plus. »*

L'information donnée est également importante pour le patient dans la compréhension de sa maladie et sa guérison. Certains patients sortent des urgences sans avoir été informés de leur prise en charge ou du traitement à suivre. A titre d'exemple le patient n°5 :

*« V : C'est le manque de communication ?
M : Oui je dirais ça.*

V : A-t-il (le médecin) été assez empathique ? Il y a-t-il d'autres événements qui vous viennent en tête ?

M : Oui oui, il était empathique et à l'écoute, mais il ne prenait pas beaucoup de temps pour m'expliquer

V : C'est primordial dans l'échange avec un médecin ?

M : Oui vu que tu souffres tu as besoin de temps et d'échange, mais je comprends que je ne sois pas la seule patiente, mais c'est chiant.

V : Vous étiez venue avec des attentes ? Ont-elles été remplies ?

M : Pas vraiment remplies, j'aurais aimé qu'il m'en dise d'avantage. Au final j'ai quitté les urgences sans vraiment savoir ce que j'avais, ni le pourquoi du comment. »

Au contraire, les patients éprouvent un bénéfice à la divulgation des informations tout au long du séjour des urgences. Le patient n°13 :

« Les infirmières m'ont bien expliqué que le médecin arrivait après donc ça rassure parce que, des fois, on voit que des étudiants on ne sait pas que le médecin va venir derrière pour vérifier et on se dit : attends ... Est-ce qu'ils n'ont pas loupé quelque chose ? Mais là non du tout, ils m'ont dit le médecin viendra vous voir après. »

Ces résultats sont corrélés avec l'étude de White *et al* de 2005 qui démontre que 92.3% des patients sont satisfaits d'une explication par l'urgentiste de leur affection, de leur prise en charge et de l'intérêt qu'ils portent aux patients.(33)

Ces informations sont précieuses au patient. Il est l'acteur principal de son séjour et doit être avisé de ce qu'il s'y passe.

En somme, un patient informé est un patient compliant et acteur de sa prise en charge.

- L'attente aux urgences :

Cette catégorie ne concerne que l'attente dans le service des urgences après le 1^{er} contact médical.

Il est très intéressant de noter qu'à la toute première question des entretiens la réponse la plus répandue est l'attente. A titre d'exemple, patient n° 13 :

« M : Comment ça s'est passé pour vous ces séjours aux urgences ?

P : Très bien ... généralement tout le monde est très bien ... professionnel ... à l'écoute. Après on attend un peu mais bon ça c'est les urgences hein. »

De même pour le patient n°8 :

« V : Globalement, comment a été votre séjour aux urgences avec le médecin ?

P : Ça a été dur d'attendre. Et encore ça n'est pas fini »

Cette catégorie est intimement liée à celle de « l'information donnée et présence médicale ». Cette attente est difficile pour les patients car c'est une attente expectative. Ils sont isolés dans sa chambre ou dans le couloir ne sachant pas ce qu'il s'y passe. Aux patient n°8 et n°2 de dire :

« V : Qu'est-ce que vous aurez aimé qu'il fasse plus longtemps ?

P : Bah je ne sais pas son rôle de médecin, expliquer voilà quoi. Mais il m'a expliqué mais dans combien de temps ?

V : Manque de précision ?

P : Oui voilà. »

« M'enfin la lenteur de de de faire tout ce qu'il y a à faire, c'est long quand même c'est trop long. Ça devrait être plus rapide ils sont quand même nombreux donc ça devrait être plus rapide. Ils ne nous disent pas pourquoi c'est long en plus, ils ne disent rien. »

Pour ces patients, l'ignorance de la suite de sa prise en charge et l'attente de savoir quand il allait être transféré était difficile. L'attente sans savoir est source de peur et d'angoisse. Raison pour laquelle l'information donnée atténue cette peur et affecte positivement le sentiment d'attente.

Cependant, il est très intéressant de noter que cette attente est souvent jumelée à une compréhension des patients. Certains patients, dans les entretiens, comprennent de leur propre chef le problème de l'attente et l'excuse par eux-mêmes.

Le patient n°3 et n°13 décrivent bien la situation :

« E : Et au niveau du négatif qu'est-ce que vous avez pu remarquer ?

L : Rien que ça, cette question d'attente. Et ce n'est pas leur faute vu que y'a trop de patient. »

« M : Comment ça s'est passé pour vous ces séjours aux urgences ?

P : Très bien ... généralement tout le monde est très bien ... professionnel ... à l'écoute. Après on attend un peu mais bon ça c'est les urgences hein. C'est sûr que c'est pas le médecin traitant donc euh ... Y'a plein de patients qui se plaignent parce que c'est long mais ils font ce qu'ils peuvent les pauvres. »

Lorsque le service est débordé certains patients entendent qu'il faudra patienter pour avoir les informations du médecin.

En somme, les patients excusent l'attente dans le service des urgences lorsqu'ils ont compris pourquoi ils attendent. Certains font la démarche intellectuelle spontanément en étant témoin d'un service manifestement complet. Ceci corrobore l'étude de Thompson *et al* sur l'attente et l'information aux urgences. (34)

- Confort aux urgences :

Ce confort concerne avant tout la possibilité de manger ou de boire aux urgences. Pour certains patient il est inqualifiable de ne pas avoir à manger malgré les heures d'attentes subies.

Le patient n°2 :

« ...alors si y'a des problèmes c'est le fait de pas de rien avoir à manger. Ça c'est inadmissible, j'attends pour aller au I4 cardiologie ça fait deux- trois heures que j'attends, je suis là depuis 6h du matin. Mais alors ici euh non ce n'est pas possible hein même pas une carafe d'eau, non mais c'est dingue ça j'ai jamais vu ça moi. »

(A noter que ce patient y fait mention trois fois dans son entretien.)

Mais également un exemple du patient n°10 :

« Moi depuis hier où je suis arrivé, j'ai toujours pas eu à boire j'ai toujours pas eu à manger. C'est tout ça qui est problématique parce que du coup, quand j'ai demandé est ce qu'il y a possibilité d'avoir quelque chose à manger ils m'ont dit " oui-oui on va voir ce qu'on peut faire " mais " on va voir ce qu'on peut faire " de ce qu'ils m'ont expliqué c'est « on va voir dans un autre service et on quémande de la nourriture. »

Le confort pour le patient s'inscrit aussi dans un caractère plus physique. Certains patients ont décrit un inconfort de leur brancard. Les personnes âgées supportent mal d'attendre sur un brancard trop dur. Exemple du patient n°2 et n°8 :

« J'ai mal aux dos c'est horrible parce que ces lits bon on en parle pas hein et euh j'ai mal au dos c'est pour ça que je m'assois. »

« V : L'attente ne vaut pas la consultation avec le médecin en somme ?

G : Oui, j'en ai marre,

V : De quoi donc ?

G : D'être là sur le machin dur là. »

Le confort est une composante essentielle de la satisfaction du patient aux urgences et surtout les patients chroniques, souvent âgés. Bien que semblant triviale, elle est trop souvent oubliée. L'étude d'Angioto *et al*, prouve que la satisfaction des patients aux urgences est liée au confort dans le service d'urgence. (35)

- Intimité :

L'intimité n'est pas une notion triviale. Elle est liée à la déontologie médicale par le secret professionnel mais aussi rattachée à des valeurs éthiques et morales.

Dans les entretiens il est relevé des défauts d'intimité tels que les interrogatoires dans les couloirs. Le patient n°5 s'exprime ainsi :

« M : J'étais au milieu des patients quand il s'est présenté, il y a mieux pour se présenter. Et on a parlé de ce que j'avais, toujours au même endroit, donc avec les mêmes patients.

V : Vous étiez avec tout le monde et vous parliez avec lui ?

M : Oui

V : Et les autres patients entendaient ?

M : Oui

V : Manque d'intimité donc ?

M : Oui, mais les boxes devaient être pris. Car après j'ai été transféré dans un box. »

L'étude d'Olsen et Sabin en 2003 sur l'intimité et la confidentialité aux urgences retrouve 33% de conversations entendues dans une chambre aux urgences et un tiers des consultations seraient en rupture de confidentialité. (36)

Indirectement, certains patients mentionnent le fait d'être trop rapproché d'autres patients dont ils ne savent pas leur pathologie ou même d'être proche de certains patients menottés.

L'intimité n'est pas donc le sentiment d'être isolé avec le médecin pour ne pas divulguer ses informations aux autres patients mais également le fait de se sentir en sécurité tant sur le plan sanitaire que sécuritaire. A la question « comment améliorer le service d'urgence » le patient n°3 répond :

« Peut-être les salles. L'organisation. Par exemple moi par exemple comme aujourd'hui je me sens vraiment malade. Alors que j'ai rien, genre, spécial mais je suis si jeune pour voir tous ces cas-là. Voilà c'est ça en fait ça m'embête de voir tout ce qu'il se passe. Je voudrais plus d'intimité pour tout le monde, les patients ils sont tous ensemble. »

Il est clair qu'il est difficile de jouer sur ce concept d'intimité aux urgences, la variable étant dépendante de l'afflux de patients mais également de la superficie des locaux et de la logistique du service. Comme le démontre l'étude Espagnole de Diaz *et al* "Crowding is also associated with risk for more unsatisfactory clinical outcomes. This situation leads to dissatisfaction all around-of patients, families, and staff-as aspects such as dignity, comfort, and privacy deteriorate."(17)

- Temps-patient :

Pour rappel la catégorie « temps-patient » équivaut au temps médical pur lors de l'interrogatoire, l'écoute et l'examen physique.

Sur les 13 entretiens, il n'y a donc pas eu d'avis tranché mais un équilibre entre temps-patient respecté ou non respecté.

Certains patients, comme le patient n°8 a estimé ne pas avoir vu le médecin assez pour expliquer ses problèmes :

« V : Si vous aviez pu changer quelque chose, qu'est-ce que ça aurait été ?

P : Mieux sans l'attente et voir plus le médecin, ça fait plus de deux heures que j'attends

V : Parlons du respect ?

P : non je peux pas vous dire grand-chose, ça a été tellement vite..

V : Ça vous ennuie aussi que ça a été si rapide ? Parlez m'en.

P : Ça fait 3h que je suis dans ce box, je sais même pas si c'était un médecin. J'attends sans informations !

V : Et le médecin il s'est présenté ?

P : Bah oui je pense que c'est lui, après il est vite reparti, on ne peut pas discuter. »

Le temps-patient est crucial pour comprendre les plaintes du patient et permettre un interrogatoire pertinent. Il permet également un contact avec le médecin qui est également crucial dans la bonne relation médecin-patient aux urgences.

A l'inverse, d'autres patients ne s'en sont pas plaints et estime avoir eu un premier contact médical satisfaisant, exemple du patient n°6 :

« V : Et votre relation avec le médecin, vous pouvez me la décrire ?

J : Très bien, la première relation quand il est venu me voir ça a fait « tilt ».

V : Ça a fait « tilt » d'accord, c'est important pour vous ?

J : Oui bien sûr parce que je me suis senti écouté, j'ai dit ce que je pensais, ils m'ont dit c'est bien. La Femme avec lui aussi était très bien. »

Ainsi le temps-patient peut ne pas être une donnée quantitative mais également qualitative. Un temps-patient correct peut être court mais bénéfique. Comme le souligne l'étude de Rhodes *and al*, le temps patient est de 7 minutes.(10) Comme nous l'avons vu, bien que les patients attendent cette consultation, si elle est de bonne qualité elle peut être courte la satisfaction n'en sera pas amoindrie diminuée.

- Politesse et présentation :

La catégorie « Politesse et la Présentation » fait partie du premier contact médical. Dans les 13 entretiens, un seul patient se souvient du nom du médecin. Les 12 autres se rappellent d'un médecin mais pas du nom.

Certains patients doutent même d'avoir vu un médecin. Patient n°8 :

« V : Ça vous ennuie aussi que ça a été si rapide ? Parlez m'en.

P : Ca fait 3h que je suis dans ce box je sais même pas si c'était un médecin. J'attends sans informations ! »

Le patient est noyé dans toutes les blouses blanches qu'il voit aux urgences. D'autant plus que certaines fois il voit l'interne et le médecin sénior. Ce qui accentue la confusion.

Au patient n°6 de dire :

« V : Vous vous souvenez de son nom ?

J : Non.

V : Ils ou elles se sont présentés ?

J : Oui il y a eu un médecin puis une dame qui sont venus m'interviewer aussi. »

(A noter que la « dame » était le médecin sénior.)

Il est intéressant de noter que, bien que la plupart des patients ne se rappellent pas du nom du médecin, ils gardent en tête une trace et une empreinte du premier contact médical.

Pour preuve, aucun des patients déclarent ne pas avoir vu de médecin. Aussi, il semblerait que le patient ne retienne pas une présentation formelle du médecin, avec son nom ou son statut par exemple, mais plutôt une présentation plus générale du médecin telle que sa gentillesse et son écoute.

Au patient n°7 :

« V : Le médecin s'est-il présenté, vous vous rappelez de son nom ?

L : Oui et je ne me souviens pas de son nom, car j'avais mal à la tête, mais oui il s'est présenté.

V : Le contact s'est bien passé ?

L : Oui très bien passé, j'ai senti un bon contact humain et une envie de me prendre en charge. »

L'étude de Mohammadreza Hojat *et al* parue en 2010 montre la confiance que les patients ont des médecins urgentistes qu'ils consultent.(37) La confiance est accrue lorsqu'ils sont empathiques, attentionnés et cela peu importe la présentation formelle du nom. En somme, un médecin qui se présente avec un bon contact médical est plus important que de retenir le nom de ce médecin, surtout en situation de stress aux urgences.

- Expertise médicale :

Dans les 13 entretiens, la confiance dans le professionnalisme médical est majoritaire. Les patients sont satisfaits des diagnostics et des traitements. Le patient n°4 :

« Disons que le médecin, fin oui, les médecins qui m'ont fait le premier examen ils ont été assez compétents. »

Certains patients ne viennent que pour l'expertise médicale. Le patient n°9, par exemple, n'a consulté que pour avoir un diagnostic médical. Son seul intérêt résidait dans le fait d'avoir un expert médical devant lui :

« V : Quels sont pour vous les critères importants chez un médecin ?

A : Qu'il trouve le diagnostic.

V : *Qu'il ne soit pas empathique, impoli, ça vous est égal ?*

A : *Oui totalement.*

V : *Ce qui vous intéresse c'est le fait qu'il soit compétent.*

A : *Oui, il a son boulot.*

V : *C'est positif pour vous qu'il trouve le diagnostic mais qu'il soit froid ? Cela en fait un bon médecin ?*

A : *Oui »*

Plus loin dans la conversation le patient continue :

« V : *Qu'est-ce qui vous a plu dans l'attitude du médecin ?*

A : *Bah qu'il ait trouvé le diagnostic. »*

A l'inverse, certains patients ont fait mention d'erreur médicale. Le patient n°11 au sujet de son insuline n'est pas satisfait de la prise en charge médicale car il n'a pas eu les injections qu'il réclamait :

« *Moi je suis diabétique on me pique 3 fois par jours, on me file de l'insuline. On me fait des fois 18 et le soir c'est 33 et aussi la Lantus c'était 33 et l'autre c'est 2 fois par jours, soit 12 soit 18 soit 22. Mais ils ne le font pas ici. Ils s'en foutent pas mal. »*

Il faut cependant prendre ces notions avec tact. Un patient chronique connaît sa maladie mais il n'est pas médecin. L'absence d'injection peut avoir une raison médicale bien établie et non communiquée au patient.

Ces résultats sont en corrélation avec la littérature notamment avec l'étude de Krishel S et al parue en 1993 qui prouve que la satisfaction d'un patient est augmentée lorsqu'il pense qu'ils consultent un médecin compétent et expert.(38) De plus, la représentation du statut de médecin est très forte dans l'inconscient. L'étude sociologique de John Heritage et Amanda McArthur parue en mars 2019 étudiait le moment précis de délivrance du diagnostic. Les patients n'osaient pas contester l'autorité médicale. (39) Autorité que Starr en 1982 a nommé « the sovereign profession of medicine ».(40)

- « Sympathie, simplicité et mise au niveau du patient » et « Empathie et Humanité »
 - a. Des définitions propres à chacun:

Nos deux analyses diffèrent dans cette catégorie. Il faut noter que ces deux catégories sont subjectives et leurs définitions sont propres à chacun. Ceci expliquerait la discordance des analyses.

« L'empathie et l'humanité » ainsi que la « Sympathie, Simplicité et la mise au niveau du patient » sont intimement liés sur le plan éthique et moral.

Certaines occurrences sont difficiles à classer dans une catégorie ou une autre.

Par exemple, le patient n°1 a dit :

« E : Est-ce qu'ils vous expliquent ce qu'ils font quand ils viennent (les médecins)?

L : Non. Bah hier par exemple on ne m'a pas expliqué mais on allait me faire des perfusions. Donc ils viennent et ils me font une perfusion sans me dire ce qu'ils font. »

Cette occurrence peut être classée dans la catégorie « Information donnée et présence médicale » ou dans « Sympathie, simplicité et mise à niveau du médecin. » La patiente partenaire l'a classé dans « Sympathie, simplicité et mise à niveau du médecin. »

Les deux points de vue ne sont pas opposés pour autant. La définition de « Sympathie, Simplicité et mise au niveau du patient » est différente à chacun ce qui peut expliquer cette complémentarité.

L'analyse de la patiente partenaire dans cette catégorie est très péjorative. Il y a 1 occurrence positive pour 2 négatives. Insinuant une tendance négative des médecins avec leurs patients selon la patiente partenaire. Selon cette dernière, c'est surtout la mise au niveau du patient qui a été prépondérante dans le choix des occurrences.

La classification de la patiente partenaire retrouve des occurrences négatives surtout dans la mise au niveau du patient. Un patient n'ayant pas eu toutes les informations ou se sentant seul dans son box n'a pas valeur de sympathie, de simplicité ni de mise au niveau du patient puisqu'il n'a pas fait l'effort « d'entrer dans le monde » du patient.

A titre d'exemple la patiente n°5 :

« V : Qu'est ce qui aurait été amélioré ? Qu'est-ce que vous auriez aimé avoir de plus dans cette consultation aux urgences ?

M : Et bien au-delà du soin, une explication. Prendre le temps de comprendre, pourquoi je suis comme ça, j'ai ce type de mot. Le soin on peut pas le comprendre, les médicaments je peux. S'il m'explique la maladie que j'ai, ce serait plus clair. »

La patiente partenaire à classé 6 occurrences négatives dans cette catégorie pour le patient n°1, notre analyste n'en trouve aucune. Par exemple, concernant l'amélioration de la précipitation aux urgences :

« E : Et comment vous pensez qu'on pourrait l'améliorer ?

L : Peut-être engager plus de médecins et au niveau de la précipitation qu'ils prennent plus leur temps de comprendre les douleurs des patients etc ».

Cette occurrence a été classée négativement dans la catégorie « Sympathie, Simplicité, mise au niveau du patient. » Il est possible de classer cette occurrence dans la catégorie « Empathie et Humanité » ou même « Temps-patient. » selon sa sensibilité.

Cependant, le patient n°1 est affecté par le fait de ne pas avoir été assez entendu pour sa douleur. Ainsi, quel que soit la catégorie le patient ne sent pas écouté, entendu ou pas sur le même niveau, pour reprendre le terme des catégories, que le médecin.

Il est intéressant de noter que la définition des catégories possède des valeurs morales et donc différente pour deux analystes. D'autant plus que les deux analystes ne sont pas de la même famille. Et c'est important de comprendre et de mettre le point sur ces nuances inter individuelles pour améliorer la prise en charge.

- Empathie et Humanité :

De même que pour la catégorie « Sympathie, simplicité et mise à niveau » les occurrences ont pu être classées soit dans cette dernière catégorie soit dans « Empathie et Écoute. » Il est donc difficile de tirer des informations valides sur cette catégorie.

Cependant, notre analyse semble péjorative sur l'ensemble des entretiens concernant cette catégorie.

Cette catégorie est contrebalancée par la catégorie « Sympathie et simplicité et mise au niveau » tout comme est contrebalancée la catégorie plutôt péjorative de « Sympathie, et simplicité et mis au niveau » de l'analyse de la patiente partenaire.

Il semble qu'il y ait des occurrences interchangeables entre les deux catégories ce qui ne permet pas son interprétation propre.

Concernant la « sympathie, la simplicité et la mise au niveau » et « Empathie et Humanité » ce sont des faits avérés et triviaux de dire que les patients sont plus satisfaits avec un médecin empathique et « sympathique ». Citons pour exemple de Krishel S *et al* qui prouve avec une étude quantitative sur patients contrôle que les patients sont plus satisfaits quand les médecins sont empathiques.(38)

- Honnêteté :

L'honnêteté joue un rôle important pour un patient chronique lors qu'il est aux urgences. Selon le patient n°7 :

V : Il y a d'autres critères pour vous qui sont nécessaires ?

L : De le sentir rassurant, ça nous mets en confiance, c'est vrai que hier j'ai vu un médecin, il a été très honnête et il m'a dit : « moi tout ce qui est neurologique ça me dépasse ». Voilà je trouve ça bien aussi que le médecin puisse dire « Je ne sais pas, sans honte ».

V : Une honnêteté de la part du médecin pour vous c'est positif ?

L : Ah oui clairement, parce que je pense chacun sa spécialité et on ne peut pas tout savoir, donc c'est bien de le dire. »

Pour ce patient l'honnêteté est importante car elle remplace le masque du docteur omniscient par un masque plus humain et plus proche du patient.

Il y a peu d'étude sur l'honnêteté aux urgences mais pour Barbara Hoffman décrit dans son étude de 2010 que l'honnêteté permet d'acquérir la confiance du patient et d'avoir un rapport plus humain. (41)

3- Forces et faiblesses de l'étude :

1. Force de l'étude :

a. Les patients :

La force principale de ce travail est d'être une étude qualitative centrée sur les patients chroniques aux urgences. Nous avons pu recruter 13 patients et eu des entretiens de 8 minutes en moyenne. Les patients recrutés étaient hétérogènes dans leur âge, leurs pathologies.

Nous avons interrogé les patients en situation directe aux urgences ce qui reflétait leur ressentis au moment même de l'entretien. Les entretiens étaient semi-dirigés, laissant la parole au patient. Des relances et majoritairement de questions ouvertes permettaient de ne pas interférer avec le patient.

b. Le support des catégories :

Nous avons utilisé la grille CanMEDS en tant que support pour l'analyse catégorielle. CanMEDS est un référentiel pédagogique qui décrit les compétences dont les médecins doivent faire preuve pour répondre de façon efficace aux besoins de ceux à qui ils prodiguent des soins. Cette grille à une validité internationale.

c. Patient partenaire :

L'intervention d'une patiente partenaire pour compléter et valider l'analyse catégorielle est un point non négligeable de cette étude. A notre connaissance il n'existe pas, en France, d'étude similaire faisant intervenir la notion de patient partenaire aux urgences.

La notion de patient partenaire devient de plus en plus présente dans le système de soin. Avoir pu faire collaborer une patiente partenaire dans cette étude a permis de percevoir un champ de vision différent et très novateur.

2. Faiblesse et limite de l'étude :

a. Les intervenants :

Dans notre étude, 3 intervenants ont participé au recueil des entretiens. Les différences dans le recueil peuvent affectés l'étude. Les intervenants participant au recueil étaient composés de deux étudiants en psychologie clinique et un interne de médecine générale. Cependant les étudiants en psychologie étaient en Master 2 de psychologie clinique et séjournés par Alain Percivalle, psychologue clinicien de l'Hôpital Pasteur 2. Les intervenants ont eu une formation standardisée avant de commencer l'étude par Alain Percivalle.

Les entretiens pouvaient ainsi différer en qualité de recueil en fonction de l'intervenant.

De plus, les intervenants étaient dans le milieu médical, il est possible d'avoir un effet blouse blanche et de perdre en spontanéité et véracité.

b. Les entretiens :

Les entretiens étaient libres, c'est-à-dire que les intervenants commençaient les entretiens par une question ouverte sur l'avis général du séjour aux urgences, puis s'orientaient dans la discussion en fonction des compétences de la grille de CanMEDS. Il aurait été préférable d'avoir une grille claire à suivre lors des entretiens. Mais nous aurions peut-être perdu en spontanéité dans les réponses des patients. Le raisonnement est le même pour les entretiens semi-directifs. Des entretiens ouverts auraient perdu en pertinence.

c. La grille de compétence CanMEDS :

La grille CanMEDS était imparfaite, nous avons dû rajouter des catégories.

Nous aurions pu utiliser le « Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence » publié par la Société Française de Médecine D'Urgence en 2004, mais ce référentiel est orienté clinique pure.(42)

Le Docteur Clément Boguet a rédigé une thèse sur la réalisation d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. Plusieurs critères ont été sélectionnés après 3 tours de ronde Delphi par des médecins généralistes.(43) Son résultat est présenté dans le tableau suivant.

Ce tableau met l'accent sur la relation pure avec le patient et c'est ici qu'elle a toute son importance. Cependant elle n'est pas non plus applicable dans le contexte des urgences.

ÉNONCÉ DES CRITÈRES		Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Non satisfaisant
ACCUEIL				
1	Accueil assez chaleureux, Attitude d'ouverture			
2	Se place d'emblée dans une disposition d'écoute			
HABILETÉS DE COMMUNICATION				
3	Laisse s'exprimer le patient sans l'interrompre ou le fait avec tact quand cela s'avère nécessaire			
4	Favorise l'expression du patient, de ses plaintes, de ses demandes, de ses attentes ainsi que les éventuels motifs cachés de la consultation			
5	Utilise la reformulation de façon adaptée			
6	Sait exprimer son désaccord de façon adaptée			
EMPATHIE				
7	Utilise l'empathie : reconnaît les émotions et les points de vue du patient			
8	Prend en compte la singularité du patient, tient compte de son point de vue et s'adapte avec souplesse			
9	N'émet pas de jugement			
PARTAGE DES INFORMATIONS				
10	Définit et hiérarchise, en accord avec le patient, ses souhaits, ses demandes et ses attentes			
11	Informe le patient de façon claire, précise et adaptée, en évitant le jargon médical			
12	Vérifie la compréhension du patient			
PARTAGE DES DÉCISIONS				
13	Incite le patient à participer à la prise de décision			
14	Respecte l'autonomie du patient et l'encourage à prendre ses responsabilités			

Figure 4. Grille d'évaluation de la relation médecin patient du Dr Clément Boguet.

En somme, il n'existe pas de parfaite grille d'évaluation des attentes des patients aux urgences. Il est intéressant de noter que la Haute Autorité de Santé utilise le référentiel CanMEDs pour l'évaluation des compétences des professionnels de santé. (44)

d. La situation d'urgence :

Les entretiens des patients réalisés aux urgences étaient réalisés après la fin de la prise en charge complète du patient. Cependant il est possible que le patient garde un certain stress ou un état anxieux qui peut fausser son entretien. Il est prouvé que les situations de stress, de peur ou d'angoisse voire même d'appréhension de la douleur amènent à un comportement d'évitement ou autodestructeur passif. (45)

e. Les patients :

Les patients n'ont pas été acteurs de la prise en charge. Il se pourrait qu'il y ait eu un effet volume et que notre échantillon n'ait pas été assez grand. Cependant le nombre de patients recrutés a été calculé selon le principe de saturation des données.

f. Postulat :

Le postulat initial pouvait être erroné. La question initiale de savoir si les patients chroniques aidaient le médecin dans sa prise en charge pouvait être fautive et devait peut-être s'orienter vers une question plus large telle que : « Est-ce que les patients chroniques veulent participer à leur prise en charge aux urgences ? »

Dans le futur deux choses seraient intéressantes à réaliser : Poursuivre cette étude par une deuxième analyse catégorielle réalisée par un autre patient partenaire et calculer un coefficient Cohen Kappa validant la grille des attentes du patient chronique. Mais également approfondir cette notion d'absence de prise de décision par les patients chroniques par une autre étude qualitative comportant des intervenants patients partenaires interrogeant des patients chroniques consultant aux urgences .

5. CONCLUSION :

Dans ce travail, nous avons montré que les patients chroniques ne s'impliquent pas dans leur prise en charge aux urgences. Ils laissent l'urgentiste libre de leur prise en charge avec confiance et une certaine « passivité ». Il existe sûrement plusieurs sources à ce problème. L'une d'elle est probablement le manque de culture d'éducation du patient chronique. En France, le patient chronique n'a pas la même place qu'il occupe dans les pays anglo-saxons. Dans les pays anglo-saxons la culture du patient chronique est ancrée dès le début de la maladie par l'éducation thérapeutique mais aussi l'avancée de la notion de patient partenaire.

Cette notion de patient partenaire est un changement de paradigme pour le système de soin de santé. A Luigi Flora de conclure : La relation étant un pont, il est nécessaire de sensibiliser, de préparer au paradigme du partenariat de soin, professionnels de santé et patients. Et si le mouvement citoyen continue de transformer localement l'environnement du soin, il est certain que les patients impliqués dans cette formation pourront participer au-delà de leurs propres soins à La Santé, mobilisant ainsi leur compétence d'altruisme. (46)

Annexe 1 : Partie Expertise médicale du Guide CanMEDS.

Expert médical						
1 Exercer la médecine selon leur champ d'activité et leur expertise clinique						
1.1 S'engager à prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients	En tant qu'apprenants en milieu clinique, démontrer leur sens du devoir de prodiguer des soins aux patients		Démontrer de la compassion envers les patients	Sous supervision, faire preuve d'engagement et de responsabilité envers les patients à qui ils prodiguent des soins	S'engager à prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients	Être un modèle d'engagement pour ce qui est de prodiguer des soins de grande qualité

Annexe 2 : Partie Communicateur du Guide CanMEDS.

Communicateur						
1 Établir des relations professionnelles avec le patient, sa famille et ses proches aidants						
1.1 Démontrer, lors des échanges, de l'empathie, du respect et de la compassion envers le patient afin de favoriser sa confiance et son autonomie	<p>Décrire les principaux éléments de l'approche centrée sur les besoins du patient intégrée aux soins médicaux</p> <p>Faire état des données probantes selon lesquelles une communication efficace médecin-patient permet au médecin et au patient d'obtenir de meilleurs résultats</p>	Adopter une approche centrée sur les besoins du patient en matière de communication caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion afin de favoriser sa confiance et son autonomie				Enseigner et évaluer l'approche centrée sur les besoins du patient en matière de communication
1.2 Tirer le meilleur parti de l'environnement physique afin d'assurer le confort du patient, le respect de sa dignité, sa vie privée, son engagement et sa sécurité	Décrire les éléments de l'environnement physique qui ont un effet sur le confort du patient, le respect de sa dignité, sa vie privée, son engagement et sa sécurité	Atténuer les obstacles physiques en matière de communication afin d'optimiser le confort du patient, le respect de sa dignité, sa vie privée, son engagement et sa sécurité	Tirer le meilleur parti de l'environnement physique afin d'assurer le confort du patient, le respect de sa dignité, sa vie privée, son engagement et sa sécurité			Participer à des initiatives institutionnelles ou systémiques afin d'améliorer l'environnement physique des patients

1.3 Reconnaître les circonstances dans lesquelles les valeurs, les principes, les perceptions et les préférences du patient ou des professionnels impliqués pourraient influencer la démarche clinique et la qualité des soins	Expliquer les effets possibles des valeurs, des principes, des perceptions et des préférences du patient et du médecin sur les rencontres cliniques			Reconnaître les circonstances dans lesquelles les valeurs, les principes, les perceptions et les préférences du patient ou des professionnels impliqués pourraient influencer la démarche clinique et la qualité des soins		Enseigner à reconnaître les circonstances dans lesquelles les valeurs, les principes, les perceptions, ou les préférences du patient et du médecin peuvent compromettre la qualité des soins, et à modifier la démarche adoptée pour prodiguer des soins
1.4 Répondre aux comportements non verbaux d'un patient afin d'améliorer la communication	Reconnaître les signes non verbaux du patient, sa famille et ses proches aidants, et leur effet sur la communication entre le médecin et le patient Expliquer comment recourir à la communication non verbale pour établir des relations			Répondre aux comportements non verbaux d'un patient et recourir à des comportements non verbaux appropriés pour mieux communiquer avec eux		Démontrer de grandes habiletés en matière de communication non verbale durant les situations difficiles
1.5 Gérer les désaccords et les conversations très émotives	Expliquer les facteurs relatifs au médecin, au patient et au contexte qui suscitent de vives émotions Expliquer l'effet que peuvent avoir de vives émotions sur l'interaction entre le patient et le médecin Analyser de façon critique les rencontres émotives et déterminer l'effet possible de diverses démarches sur l'interaction		Reconnaître dans quelles circonstances les sentiments personnels manifestés durant une rencontre donnent un bon indice de l'état émotionnel du patient	Reconnaître dans quelles circonstances de vives émotions (p. ex., colère, peur, anxiété ou tristesse) ont un effet sur l'interaction et réagir de manière appropriée Établir des limites, incluant les siennes, dans des situations chargées d'émotions et rechercher l'aide requise	Gérer les désaccords et les conversations très émotives	Enseigner à anticiper, à reconnaître et à gérer les émotions dans le cadre des rencontres cliniques courantes

1.6 S'adapter aux valeurs, aux principes, aux perceptions et aux préférences du patient, de même qu'à son état clinique en tenant compte du contexte général	<p>Décrire les modèles décisionnels, allant de l'attitude « paternaliste », à la prise de décision « partagée » vers le « partenariat »</p> <p>Expliquer l'importance de l'évaluation de la capacité décisionnelle du patient</p> <p>Évaluer les préférences du patient quant à sa participation aux décisions de soins qui le concernent et agir en conséquence</p>		Évaluer la capacité décisionnelle du patient	Adapter les approches décisionnelles en fonction de la capacité décisionnelle, des valeurs et des préférences du patient	S'adapter aux valeurs, aux principes, aux perceptions et aux préférences du patient, de même qu'à son état clinique en tenant compte du contexte général	Enseigner à adapter les approches décisionnelles en fonction de la capacité décisionnelle, des valeurs et des préférences du patient
--	--	--	--	--	--	--

2 Recueillir et synthétiser l'information pertinente, en tenant compte de la perspective du patient, sa famille et ses proches aidants

2.1 Utiliser des techniques d'entrevue centrées sur les besoins du patient afin d'obtenir l'information pertinente sur les plans biomédical et psychosocial	<p>Décrire les éléments fondamentaux de l'entrevue centrée sur les besoins du patient</p> <p>Mener une entrevue centrée sur les besoins du patient, sous la supervision d'un médecin clinicien enseignant, en recueillant l'information biomédicale et psychosociale pertinente rattachée à un problème de santé fréquent non-complexe</p>		<p>Mener une entrevue centrée sur les besoins du patient, en recueillant toute l'information biomédicale et psychosociale pertinente propre à une situation clinique</p> <p>Résumer les informations obtenues par rapport aux croyances, aux valeurs, aux préférences, au contexte et aux attentes du patient, de sa famille et ses proches aidants, et les intégrer à l'information biomédicale et psychosociale</p>	<p>Utiliser les techniques d'écoute active et réagir aux indices donnés par le patient</p> <p>Intégrer, résumer et présenter l'information biomédicale et psychosociale obtenue pendant une entrevue centrée sur les besoins du patient</p>	Utiliser des techniques d'entrevue centrées sur les besoins du patient afin d'obtenir l'information pertinente sur les plans biomédical et psychosocial	Durant une entrevue centrée sur les besoins du patient, intervenir lorsqu'un apprenant ou un professionnel de la santé néglige les croyances, les valeurs, les préférences, le contexte ou les attentes du patient
2.2 Structurer le déroulement de la rencontre clinique et gérer le flux d'informations	Mener une rencontre clinique selon un encadrement déterminé du déroulement		Mener une entrevue ciblée, efficace et centrée sur le patient, en gérant le déroulement de la rencontre et en étant attentif aux indices et aux réactions du patient, sa famille et ses proches aidants	Gérer le déroulement de rencontres cliniques complexes, dont celles menées en présence de personnes en colère, en détresse ou excessivement volubiles	Structurer le déroulement de la rencontre clinique et gérer le flux d'informations	
2.3 Obtenir et résumer toute information pertinente provenant d'autres sources que le patient, dont ses proches, avec le consentement de celui-ci	Décrire des sources d'information pouvant faciliter la prestation des soins					

3 Informer le patient, sa famille et ses proches aidants quant aux soins de santé qui lui sont prodigués

<p>3.1 Fournir des informations et des explications claires, exactes et en temps opportun, et s'assurer que le patient, sa famille et ses proches aidants les ont bien comprises</p>	<p>Expliquer les principes éthiques de la communication de la vérité dans le cadre de la relation médecin-patient</p>	<p>Communiquer au patient, sa famille et à ses proches aidants le diagnostic, le plan de soins et le pronostic d'une manière claire, précise, respectueuse et avec compassion</p> <p>Savoir quand obtenir de l'aide pour fournir des explications claires au patient, à sa famille et à ses proches aidants</p>	<p>Recourir à des stratégies pour vérifier et confirmer que le patient, sa famille et ses proches aidants comprennent le diagnostic, le plan de soins et le pronostic</p>	<p>Fournir des informations sur le diagnostic et le pronostic d'une manière claire, respectueuse, objective et avec compassion</p> <p>Communiquer l'information au sujet de l'état de santé, des soins et des besoins du patient en temps opportun et avec franchise et transparence</p>	<p>Communiquer clairement avec les patients et d'autres personnes lorsque des situations soulèvent des dilemmes éthiques</p>	
<p>3.2 Divulguer les événements indésirables ayant causé un préjudice, avec tact et précision, au patient, sa famille et ses proches aidants</p>	<p>Décrire les obligations éthiques, professionnelles et légales ainsi que les politiques en matière de divulgation et de signalement d'événements indésirables touchant la sécurité des patients</p>	<p>Décrire les étapes de la divulgation après un événement indésirable touchant la sécurité des patients</p>		<p>Expliquer au patient ce qui est à l'origine de résultats cliniques imprévus et divulguer les événements indésirables touchant la sécurité des patients</p> <p>Présenter des excuses à la suite d'un événement indésirable ayant causé un préjudice au patient</p>	<p>Divulguer les événements indésirables ayant causé un préjudice au patient et ses proches, avec tact et précision.</p> <p>Planifier et documenter le suivi d'un événement indésirable ayant causé un préjudice au patient</p>	<p>Diriger les équipes chargées de la divulgation</p> <p>Mettre en œuvre des examens par des pairs et des évaluations de la pratique portant sur des résultats cliniques imprévus et des événements indésirables touchant la sécurité des patients</p> <p>Contribuer à l'amélioration du système de divulgation des événements indésirables touchant la sécurité des patients</p>

4 Faire participer le patient, sa famille et ses proches aidants à l'élaboration d'un plan reflétant ses besoins et objectifs en matière de santé

<p>4.1 Entretien avec le patient, sa famille et ses proches aidants des échanges respectueux, exempts de jugements de valeur et adaptés à leur culture</p>	<p>Décrire les principes de l'entrevue transculturelle</p> <p>Démontrer des techniques d'entrevue qui suscitent l'échange, le questionnement et l'interaction</p> <p>Mener des entrevues adaptées aux diversités culturelles, sous la supervision directe du médecin clinicien enseignant</p> <p>Expliquer les étapes d'une entrevue menée en présence d'un interprète</p>	<p>Mener une entrevue en faisant preuve d'ouverture à l'égard des diversités culturelles</p>	<p>Explorer le point de vue du patient et d'autres personnes en élaborant des plans de soins</p> <p>Se montrer sensibles aux diversités culturelles dans le cadre de leurs communications</p>		<p>Entretien avec le patient, sa famille et ses proches aidants des échanges respectueux, exempts de jugements de valeur et adaptés à leur culture</p>	<p>Enseigner et évaluer la capacité d'entretenir des échanges respectueux, exempts de jugements de valeur et adaptés à la réalité culturelle du patient</p>
<p>4.2 Aider le patient, sa famille et ses proches aidants à utiliser les technologies de l'information et de la communication en appui aux soins qui lui sont prodigués et à la gestion de sa santé</p>	<p>Décrire les diverses technologies et sources d'information qui permettent au patient de mieux comprendre et de mieux gérer ses soins de santé</p>				<p>Aider le patient, sa famille et ses proches aidants à utiliser les technologies de l'information et de la communication en appui aux soins qui lui sont prodigués et à la gestion de sa santé</p>	<p>Contribuer à l'élaboration de ressources et de technologies de communication afin d'améliorer la prestation des soins et le savoir médical</p>
<p>4.3 Utiliser leurs habiletés et stratégies de communication pour aider le patient, sa famille et ses proches-aidant à faire des choix éclairés concernant sa santé</p>	<p>Décrire les éléments du consentement et congé éclairé</p>	<p>Décrire les étapes de l'obtention du consentement et congé éclairé</p>	<p>Répondre aux questions du patient et de ses proches au sujet des prochaines étapes</p>		<p>Utiliser leurs habiletés et stratégies de communication pour aider le patient, sa famille et ses proches aidants à faire des choix éclairés concernant sa santé</p>	

5 Documenter l'information, en format papier et électronique, résumant la rencontre et la partager afin d'optimiser la prise de décision clinique, la sécurité des patients et le secret professionnel						
<p>5.1 Documenter la rencontre clinique avec le patient de façon précise, complète et en temps opportun et la rendre accessible conformément aux exigences juridiques et réglementaires</p>	<p>Décrire les fonctions et les principaux éléments d'un dossier médical</p> <p>Décrire les exigences réglementaires et de la loi en matière de tenue de dossiers, y compris la législation relative au secret professionnel</p> <p>Déterminer les difficultés et erreurs possibles dans la tenue des dossiers médicaux qui peuvent nuire à la prestation des soins ou compromettre la sécurité du patient</p> <p>Documenter d'une manière structurée les éléments essentiels d'une rencontre clinique</p> <p>Le cas échéant, inclure dans le dossier médical le récit du patient au sujet de sa maladie</p>	<p>Structurer les informations dans les sections appropriées d'un dossier médical électronique ou imprimé</p> <p>Tenir à jour des listes exhaustives de problèmes et de médicaments</p>	<p>Documenter les informations au sujet du patient et de ses problèmes de santé de manière à améliorer les soins intra et interprofessionnels</p> <p>Documenter les rencontres cliniques de façon à bien faire comprendre le raisonnement clinique et le motif des décisions</p>	<p>Adapter la tenue des dossiers en fonction des lignes directrices propres à leur discipline et du contexte clinique</p> <p>Relever et corriger les imprécisions ou les ambiguïtés dans la documentation</p>	<p>Documenter la rencontre clinique avec le patient de façon précise, complète et en temps opportun et la rendre accessible conformément aux exigences juridiques et réglementaires</p>	<p>Enseigner ou effectuer l'évaluation par les pairs et l'évaluation de la pratique en ce qui a trait aux pratiques de tenues de dossiers</p> <p>Effectuer des examens de dossiers médicaux pour évaluer le raisonnement clinique des stagiaires et leur compréhension à l'égard des patients comme entités</p>
<p>5.2 Communiquer efficacement aussi bien lors de l'utilisation des dossiers médicaux écrits, que des dossiers électroniques (DSE) ou d'une autre technologie</p>			<p>Faire preuve d'une écoute active, d'empathie et d'un contact visuel efficace en utilisant un dossier médical imprimé ou électronique</p>	<p>Adapter l'utilisation du dossier médical en fonction des connaissances en santé du patient et du contexte clinique</p>	<p>Communiquer efficacement aussi bien lors de l'utilisation des dossiers médicaux écrits que des dossiers électroniques (DSE) ou d'une autre technologie</p>	<p>Enseigner à communiquer efficacement avec les patients en utilisant un dossier médical</p> <p>Intégrer des rappels et des lignes directrices pour la pratique clinique au dossier médical afin d'améliorer les soins</p>

<p>5.3 Transmettre des informations aux patients de manière sécuritaire de façon à protéger le secret professionnel et la confidentialité pour parvenir à une meilleure compréhension mutuelle</p>	<p>Décrire les principes et les exigences légales en matière du secret professionnel et de confidentialité des communications écrites et électroniques</p> <p>Décrire les différents niveaux de connaissances des patients en santé, diffusées sur des supports imprimés et électroniques, et de leur incidence sur les soins aux patients</p> <p>Expliquer les avantages, les limites et les risques du recours à la communication électronique directe avec les patients (y compris la télésanté) et les stratégies pour atténuer ces risques</p>	<p>Évaluer les besoins et les préférences des patients concernant les méthodes de communication des informations</p>		<p>Adapter les communications écrites et électroniques en fonction des particularités de la discipline et des attentes des patients</p>	<p>Transmettre des informations aux patients de manière sécuritaire de façon à protéger le secret professionnel et la confidentialité pour parvenir à une meilleure compréhension</p>	<p>Enseigner, entre autres aux patients, à utiliser les communications électroniques de façon efficace et sécuritaire afin d'assurer la confidentialité des informations</p>
--	---	--	--	---	---	--

Références Bibliographiques :

1. Bernard C. 1865. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. In.
2. Panda SC. Medicine: Science or Art? Mens Sana Monogr. 2006;4(1):127-38.
3. P, Fragu. Ethique et Santé. Masson. 2004.
4. Le Goff J. Les intellectuels au Moyen Âge. Paris : Seuil (Points, Histoire) 1985. 2004;
5. Clarke A. Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales et rhizomes mondiaux. Sciences sociales et santé 2000 ; 18: 11-42.
6. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris : PUF (Quadrige) 1991 : 91 & 156.
7. Ethique & Santé Vol 1, N° 1 - janvier 2004.
8. Goupy F. La médecine Narrative. Une révolution pédagogique. In: Préface de Rita Charon.
9. Jodie Sabin. 'The time it takes...' How doctors spend their time admitting a patient during the acute medical take. août 2016;
10. Rhodes KV, Vieth T, He T, Miller A, Howes DS, Bailey O, et al. Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. Ann Emerg Med. sept 2004;44(3):262-7.
11. Fontaine B. La formation des médecins à la communication relationnelle comme outil d'amélioration du vécu de la maladie. 2018;
12. Patel PB, Vinson DR. Physician E-mail and Telephone Contact After Emergency Department Visit Improves Patient Satisfaction: A Crossover Trial. Ann Emerg Med. juin 2013;61(6):631-7.
13. Mack JL, Fill KM. Factors associated with emergency room choice among Medicare patients. 1995;
14. Didier Sicard. La rupture de confiance dans la médecin, une évolution contemporaine inéluctable ?
15. Logan PD, Schwab RA, Salomone JA, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. South Med J. août 1996;89(8):770-4.
16. SPANDORFER J, KARRAS D, HUGHES L, CAPUTO C. Comprehension of Discharge Instructions by Patients in an Urban Emergency Department. Ann Emerg Med. janv 1995;25(1):71-4.
17. Díaz SN, Martín-Martín AF, Palmero IR, Hernández IG, Arias JA, González RH, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. Rev Clínica Esp. janv 2002;202(12):629-34.
18. Desme A, Mendes N, Perruche F, Veillard E, Elie C, Moulinet F, et al. Nurses' Understanding Influences Comprehension of Patients Admitted in the Observation Unit. J Health Commun. mai 2013;18(5):583-93.

19. Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. Measuring and improving quality in emergency medicine. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. nov 2002;9(11):1091-107.
20. Press I. Patient Satisfaction: Defining, Measuring, and Improving the Experience of Care: *J Healthc Qual*. mai 2003;25(3):47.
21. Perruche F, Pourriat J-L, Claessens Y-E. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. /data/revues/09939857/v21i1/S0993985708005724/ [Internet]. 13 juin 2014 [cité 5 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/902054>
22. Shari Jule Welch, M. Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review. 2015;
23. NOEL HUREAUX, Elisabeth. Patient sachant, médecin savant ? 2012;
24. Louart P. Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. :18.
25. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit*. 2003;no 11(3):59-79.
26. Patient-Provider Communication in Chronic Illness: A Health Promotion Window of Opportunity | Article | NursingCenter [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=622105&Journal_ID=289834&Issue_ID=622100#P13
27. Juhnke C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. *Int J Integr Care* [Internet]. 12 oct 2012 [cité 14 mars 2019];12(8). Disponible sur: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1065/>
28. Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique (Bucur)*. 26 mars 2015;S1(HS):41-50.
29. Lechopier N. Patients formateurs ? Questions réponses [Internet]. PACTEM. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <https://pactem.hypotheses.org/491>
30. Audrey B, Rémi C, Jean-Philippe D, Isabelle L, Estelle M, Nathalie P, et al. Le patient expert dans les établissements de santé. 2013;42.
31. What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study | *BMJ Open* [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e003583>
32. Pols J. Knowing Patients: Turning Patient Knowledge into Science. *Sci Technol Hum Values*. janv 2014;73-97.
33. White P, Bahner DP, Fishman A, Glinski J, Khandelwal S, Post D, et al. The Effect of Information Delivery on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. sept 2005;46(3):120-1.
34. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. déc 1996;28(6):657-65.

35. THE RELATIONSHIP BETWEEN CARING, COMFORT, AND PATIENT SATISFACTION IN THE EMERGENCY ROOM, RATU ZALECHA HOSPITAL, SOUTH KALIMANTAN, INDONESIA | Agianto | Belitung Nursing Journal [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://belitungraya.org/BRP/index.php/bnj/article/view/39>
36. Olsen JC, Sabin BR. Emergency Department patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med.* oct 2003;25(3):329-33.
37. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham F, Wender R, Gonnella JS. Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. *Int J Med Educ.* 14 déc 2010;1:83-7.
38. Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med.* mars 1993;22(3):568-72.
39. HERITAGE TheDiagnosticMoment.pdf | DocHub [Internet]. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://dochub.com/lozach-val/g2BDLe/heritage-thediagnosticmoment-pdf>
40. Paul Starr. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise Of A Sovereign Profession And The Making Of A Vast Industry.* 1982^e éd. Basic Books; 1982.
41. Hoffmann B, Rohe J. Patient Safety and Error Management. *Dtsch Arzteblatt Int.* févr 2010;107(6):92-9.
42. Prével M. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. :106.
43. Boguet C, Ariot C. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. 2014;97.
44. rapport_l_evaluation_des_compétences_des_professionnels.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compétences_des_professionnels.pdf
45. Vlaeyen JWS, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. *Rev Rhum.* juin 2009;76(6):511-6.
46. patient formateur | luigi flora [Internet]. [cité 15 mars 2019]. Disponible sur: <https://luigiflora.wordpress.com/tag/patient-formateur/>