



HAL
open science

Évaluation de la compréhension de l'information délivrée aux patients sortant du service d'urgences de Trinité en Martinique : étude prospective

Grégory Tseng-Ching

► **To cite this version:**

Grégory Tseng-Ching. Évaluation de la compréhension de l'information délivrée aux patients sortant du service d'urgences de Trinité en Martinique : étude prospective. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03115451

HAL Id: dumas-03115451

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03115451v1>

Submitted on 19 Jan 2021

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.

Université des Antilles

Faculté de médecine

2018

HYACINTHE BASTARAUD

**EVALUATION DE LA COMPREHENSION DE L'INFORMATION MEDICALE
DELIVREE AUX PATIENTS SORTANT DU SERVICE D'URGENCES DE TRINITE EN
MARTINIQUE : ETUDE PROSPECTIVE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine Hyacinthe

BASTARAUD des Antilles

Le 18 octobre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

TSENG-CHING Grégory

Examineurs de la thèse : Monsieur le Professeur NEVIERE (Président de jury)

Monsieur le Professeur ROUDIE (Assesseur)

Monsieur le Professeur CABIE (Assesseur)

Monsieur le Docteur LEOTTA (Co-Directeur de thèse)

Madame le Docteur STEPHAN (Co-Directeur de thèse)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Pr Rémi NEVIÈRE, Chef de service des explorations cardiaques, en exercice au département de cardiologie au CHU de la Martinique Hôpital Pierre Zobda Quitman,

Il m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Qu'il soit assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Pr Jean ROUDIE, Chef du service de chirurgie viscérale, CHU de la Martinique Hôpital Pierre Zobda Quitman.

Il m'a fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Pr André CABIE, chef du service de maladies infectieuses et tropicales au CHU de la Martinique Hôpital Pierre Zobda Quitman.

Il m'a fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Federico LEOTTA, Médecin urgentiste dans le service des urgences pédiatriques de la Maison de la Mère et de l'Enfant au CHU de la Martinique.

Il a accepté de codiriger ma thèse. Je le remercie pour ses conseils et son soutien.

A Madame le Docteur Marie STEPHAN, Médecin urgentiste dans le service des urgences de l'Hôpital Louis Domergue du CHU de la Martinique.

Elle a accepté de codiriger ma thèse. Je la remercie de m'avoir guidé tout au long de mon travail.

A Monsieur le Dr Yannick BROUSTE, Chef du service des urgences de l'Hôpital Pierre Zobda Quitman et de l'Hôpital Louis Domergue au CHU de la Martinique.

Il m'a soutenu dès la phase de réflexion sur ce travail de thèse, et a réuni les conditions pour que cette étude puisse se réaliser. Je le remercie de m'avoir accueilli dans son service.

A Madame Aurélie TEKAM, médecin urgentiste dans le service des urgences de l'Hôpital Louis Domergue du CHU de la Martinique. Pour nos discussions qui m'ont permis d'orienter mon travail de réflexion sur mon sujet de thèse.

Aux médecins et internes du service des urgences de l'Hôpital Louis Domergue qui m'ont accueilli et permis de les observer durant un mois.

A l'ensemble du personnel du service des urgences de l'Hôpital Louis Domergue qui m'ont soutenu et aidé durant la période du recueil de données. Merci pour votre gentillesse et ces moments de convivialité.

A mon ami le Docteur Talal JABARI, grâce à nos discussions le sujet de cette thèse a germé progressivement dans mon esprit.

A Monsieur Yann MAUNIER, qui prit sur son temps pour m'aider à traiter les données statistiques. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A mes parents et mon frère, qui ont toujours cru en moi et qui ont fait preuve d'une grande patience pour me voir aller jusqu'au bout de mes études.

A mon amie Chrystelle qui m'a été d'une aide précieuse, en dépit du fait que cette période fut compliquée pour elle.

A mon amie Stéphanie qui m'a aidé pour mes recherches bibliographiques en psychologie.

A mon ami Charly, depuis notre rencontre tu es présent dans les bons moments sur les fairways mais également quand les choses deviennent difficiles pour moi.

A mon amie Olivia qui a partagé mes moments de stress, et qui me permettait de penser à autre chose.

Sommaire

Introduction.....	9
I. Généralités.....	11
1.1 L'information médicale.....	11
1.1.1. Cadre médico-légal.....	11
1.1.1.1. A qui revient cette information ?.....	11
1.1.1.2. Le contenu de l'information médicale.....	12
1.1.1.3. Qui doit la délivrer ?.....	13
1.1.1.4. Modalités de transmission.....	13
1.1.1.5. Les objectifs de l'information du patient.....	14
1.1.1.6 Les modalités de recueil.....	15
1.1.1.7 La transmission intra professionnelle.....	16
1.1.1.8. L'accès au dossier médical.....	16
1.1.1.9. Le secret médical.....	17
1.1.1.10. Les recommandations de bonne pratique de la haute Autorité de Santé.....	18
1.1.1.11. Synthèse des recommandations sur l'information.....	19
1.1.2 Conséquences d'un défaut d'information.....	20
1.1.2.1. Conséquences pour le patient.....	20
1.1.2.2. Pour le médecin.....	21
1.1.3 En cas de litige.....	22
1.1.3.1. La charge de la preuve de l'information pour le médecin.....	22
1.1.3.2. Charge de la preuve du préjudice et du lien de causalité pour le patient.....	23
1.1.4 La jurisprudence et l'indemnisation.....	24
1.2 Relation Médecin-patient.....	25
1.2.1 Modèle paternaliste.....	25
1.2.2. Modèle informatif.....	26
1.2.3 Modèle centré sur le patient / collaboratif.....	26
1.3 Communication.....	28
1.3.1 Définition.....	28
1.3.2 La communication médecin / patient :.....	29
1.3.2.1 Les fonctions de la communication médecin-patient.....	29
1.3.2.1.1 Créer une bonne relation :.....	29
1.3.2.1.2 Echanger les informations.....	30
1.3.2.1.3 Prise de décision.....	31
1.3.2.2.1 Bilinguisme des patients martiniquais.....	31

1.3.2.2.2. Bilinguisme des médecins.....	33
1.3.2.3 Facteurs influençant la communication des médecins.....	34
1.3.2.4 Influences des comportements de communication des médecins sur les patients.....	35
1.3.2.4.1. La satisfaction.....	36
1.3.2.4.2. La compréhension et le rappel	37
1.3.2.4.3. L'adhésion au traitement	38
1.4 Compréhension.....	39
1.4.1 Définition	39
1.4.2 Conditions préalables à la compréhension verbale :	39
1.4.3 Mécanisme de compréhension d'une phrase	40
1.4.3.1 Les étapes dans le processus de la compréhension verbale	40
1.4.3.2.1. Le modèle ascendant dit sémasiologique.....	40
1.4.3.2.2. Le modèle descendant dit onomasiologique.....	41
1.4.3.2.3. Implications en consultation médicale	42
1.4.3.4 Les autres fonctions cognitives intervenant dans la compréhension verbale	45
1.4.3.4.1. La mémoire	45
1.4.3.4.2. La prosodie.....	46
1.4.3.5 Facteurs influençant la compréhension orale	47
1.4.3.5.1 Facteurs externes : La dégradation du signal sonore.....	47
1.4.3.5.2 Facteurs intrinsèques.....	50
1.4.3.5.2.1. Facteurs intrinsèques pathologiques.....	50
1.4.3.5.2.2. Facteurs intrinsèques non pathologiques.....	51
1.4.3.5.2.2.1. L'anxiété.....	51
1.4.3.5.2.2.2. Les mécanismes de défenses.....	52
1.4.3.5.2.2.3. L'illettrisme.....	54
1.4.3.5.2.2.4. Le niveau de connaissance en santé.....	54
1.5 Les services d'urgences hospitaliers	56
1.5.1 Définitions	56
1.5.2 Organisation des soins d'urgences.....	57
1.5.3 Activité des services d'urgences hospitaliers en France.....	58
1.5.4 Les urgences et le lien social.....	59
1.5.5 Les urgences : un cadre anxiogène	61
1.5.5.1. Conséquences pour le patient	61

1.5.5.2. Conséquences pour les soignants	63
II. Matériel et méthode	66
2.1. Objectif de l'étude	66
2.2 Design de l'étude	66
2.3 La population étudiée	68
2.3.1. Critères d'inclusion :	68
2.3.2. Critères d'exclusion :	69
2.4 Lieu de l'étude	69
2.5 Matériel	69
2.5.1. Le questionnaire	69
2.5.2. Les outils statistiques	70
III. Résultats	71
3.1. La population	71
3.1.1 Les médecins examinateurs	71
3.1.2 Les patients inclus	71
3.1.3. Répartition de notre échantillon selon l'âge.	72
3.1.4. Origine géographique des patients	72
3.1.6. Niveau de scolarité	73
3.1.7 Motif de consultation	74
3.2 Les conditions de la communication	75
3.2.1 Contexte de la communication	75
3.2.1.1. Le lieu ou l'information est transmise	75
3.2.1.2. Les patient se sentent-il a l'aise pour communiquer ?	75
3.2.1.3. Condition d'audition des patients	75
3.2.1.4. Evaluation par les patients du temps accordé par le médecin pour la communication	76
3.2.1.5. Le niveau de stress des patients	76
3.2.1.6. Les domaines d'informations non communiqués aux patients	77
3.2.2. Relation patient médecin	78
3.2.3 Communication verbale	79
3.2.3.1 Difficultés à comprendre le médecin	79
3.2.3.2. Les patients recherchent t-ils de l'information ?	79
3.2.3.3. Les patients qui auraient préféré communiquer en créole	79
3.2.4 La satisfaction des patients pour la communication	79
3.3 La compréhension par domaine d'information	80
3.4 Compréhension globale	81

3.4.1. Niveau de compréhension globale des patients.....	81
3.4.2 La compréhension globale selon les caractéristiques socio démographiques .	82
3.4.2.1 La compréhension selon l'âge	82
3.4.2.2. La compréhension selon le niveau d'étude.....	83
3.4.2.3. La compréhension selon la langue.....	84
3.4.2.5. La compréhension selon questionnement des patients.....	85
3.4.3. Nombre de domaines d'information non compris.....	86
3.4.4. Facteurs corrélés à la compréhension.....	87
3.4.5. Facteurs non corrélés à la compréhension	89
3.5 Défaut de rappel : les oublis du patient.....	89
3.6. L'auto évaluation des patients sur leur compréhension	90
IV Discussion.....	92
4.1 Les biais	92
4.1.1 Biais liés à la présence d'un observateur	92
4.1.2 Biais de mémorisation.....	92
4.1.3. Biais liés à la présence d'un unique observateur pour le traitement des données	93
4.1.4. Biais de sélection	93
4.2 Discussion des résultats	94
4.2.1. Impact du langage.....	94
4.2.2. Les modalités de la délivrance d'information	95
4.2.3. La compréhension du patient	96
4.2.4. La compréhension des documents écrits	98
4.2.5. Le rappel.....	100
4.2.6. Ignorance du défaut de compréhension	101
4.2.7. Implications pratiques	102
V. Conclusion :	104
VI. ANNEXES.....	106
Bibliographie.....	106
Questionnaire.....	114
Résumé	120

Introduction

Dans toute pratique médicale, la communication entre le médecin et le patient est primordiale. Le médecin a besoin de rechercher les éléments les plus pertinents pour pouvoir poser un diagnostic et proposer un traitement. Le patient, quant à lui, a besoin de savoir quel mal le touche et comment améliorer son état de santé.

Depuis Hippocrate, le patient est celui qui subit la maladie et qui obéit aux consignes des soignants. Le médecin détient le savoir et est investi du pouvoir de guérison. Cependant, nos sociétés évoluent, la population est de plus en plus éduquée, les médias dénoncent les scandales sanitaires et internet abonde d'informations. Le statut du médecin se voit désacralisé et le partage de l'information dans la relation de soin s'impose. Aujourd'hui, l'information médicale n'est plus seulement un devoir déontologique mais constitue une obligation légale pour le médecin et un droit pour le patient. Le législateur pousse les médecins à impliquer les patients dans leur prise en charge en leur permettant de devenir acteur de leur santé.

Les services d'urgences hospitaliers constituent un service de sécurité sanitaire qui rentre dans le cadre du service public. Ainsi, tout patient ayant besoin de bénéficier de soins médicaux, peut être accueilli aux urgences, sans condition préalable. Au-delà de la prise en charge immédiate des patients, les médecins urgentistes doivent également s'assurer de la continuité des soins après leur départ. C'est là que prend toute l'importance de l'information de sortie où le médecin explique au patient les résultats des investigations, le diagnostic retenu, les axes du traitement, ainsi que les consignes de surveillance.

Un patient mal informé, aura plus de difficultés à poursuivre sa prise en charge à domicile et risque de multiplier ses consultations médicales. Cela constitue un coût financier pour l'Assurance Maladie, et occasionne un encombrement des salles d'attente des services d'urgences et des cabinets libéraux. Une bonne compréhension

des informations est un gage de qualité de soins et constitue désormais une obligation légale de la profession médicale.

En première partie, nous présenterons le cadre médico-légal de l'information médicale, la communication au sein de la relation de médecin-patient, la compréhension verbale et une description des spécificités des services d'urgences pouvant avoir un impact sur la communication dans les soins.

La seconde partie est une étude prospective qui a pour but d'évaluer, en Martinique, la façon dont les usagers des urgences appréhendent les informations qui leur sont transmises lors de leur consultation. En effet, il est important d'informer le patient mais le principal but est de lui donner la possibilité d'être autonome une fois sorti des urgences. Il faut pour cela que le patient comprenne ce qui lui a été dit afin d'être en mesure d'appliquer les recommandations. Pour ce faire, nous avons interrogé les patients et comparé leurs réponses aux informations données. Les patients sortant des urgences ont-ils une bonne compréhension de ce qui leur a été dit ?

I. Généralités

1.1 L'information médicale

1.1.1. Cadre médico-légal

La loi KOUCHNER du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé redéfinit les contours de l'information médicale dans le code de santé publique. D'autres textes législatifs ainsi que le code de déontologie complètent le cadre de l'information médicale et modifient en profondeur la place du patient dans la relation médecin-patient. Celui-ci se retrouve alors au centre de la prise en charge avec un rôle actif et des droits renforcés.

1.1.1.1. A qui revient cette information ?

Ce sont évidemment les patients qui doivent recevoir l'information médicale.

« *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » [1]

Cependant, l'obligation d'informer le patient présente certaines limites:

Pour le patient :

- *situation d'urgence ou d'impossibilité d'informer le patient*
- *impossibilité de contacter le patient*

- *désir du patient de rester dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic, sauf en cas de contamination d'un tiers [1,2]*
- *en cas de patient mineur ou sous tutelle, c'est le détenteur de l'autorité parentale ou le tuteur qui reçoit l'information. Néanmoins, selon le degré de maturité ou si le patient sous tutelle présente des capacités de discernement suffisant, il peut également recevoir l'information afin de participer à la prise de décision. »*

Le patient n'est pas toujours l'unique destinataire de l'information. Il peut décider de se faire accompagner par une personne de confiance pour être informé. Cette personne dite de confiance peut-être un parent, un proche ou le médecin traitant. Une fois choisie, cette décision doit être consignée par écrit et peut être révoquée à tout moment. La personne de confiance sera consultée dans toute situation où le patient ne peut recevoir l'information et exprimer sa volonté [3].

1.1.1.2. Le contenu de l'information médicale

Le médecin se doit de donner une information complète sur l'ensemble de la prise en charge du patient.

L'information à laquelle le patient a droit concerne :

- son état de santé, sa pathologie, son évolution naturelle avec et sans traitement
- les différentes investigations et traitements possibles qui s'offrent à lui, leur utilité, leur urgence éventuelle, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles et les conséquences en cas de refus [1,2]

Cependant, le conseil d'état va plus loin sur les risques à informer : « *Lorsqu'il est envisagé de recourir à une technique d'investigation, de traitement ou de prévention dont les risques ne peuvent être suffisamment évalués à la date de la consultation, notamment parce que cette technique est récente et n'a été mise en œuvre qu'à l'égard d'un nombre limité de patients, l'information du patient doit porter à la fois sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles déjà identifiés de cette technique et sur le fait que l'absence d'un recul suffisant ne permet pas d'exclure l'existence d'autres risques* » [4].

1.1.1.3. Qui doit la délivrer ?

« *Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* » [2].

1.1.1.4. Modalités de transmission

La façon de délivrer l'information médicale doit être personnalisée selon le caractère et les ressources psycho-cognitives des patients. Avec un double objectif :

- Le patient doit être capable d'appliquer les conseils en vue d'une efficacité thérapeutique.
- S'adapter au patient permet de le préserver d'une annonce difficile susceptible d'entraîner un déséquilibre psychique.

L'information apportée aux patients doit comporter certains critères de qualités [2] :

- **loyale** : le soignant doit dire la vérité, rester franc et être honnête envers le patient.
- **claire** : l'information doit être facile à comprendre, le médecin doit vulgariser son discours, donc éviter tout jargon médical qui sera inintelligible pour le patient et utiliser des mots simples.
- **Appropriée** à l'état du patient : le soignant doit prendre en compte les caractéristiques somatiques et psychiques du patient pour délivrer une information hiérarchisée et progressive.

Lors d'une consultation médicale l'information est délivrée par deux modalités. Elle est délivrée principalement oralement et souvent complétée par une information écrite, notamment en ce qui concerne le traitement proposé ou les examens complémentaires à réaliser. Lorsque le médecin met par écrit ses recommandations, il doit s'efforcer de réaliser à la fois des ordonnances médicales ou autres documents les plus lisibles et compréhensibles possible [5].

1.1.1.5. Les objectifs de l'information du patient.

Premièrement, informer le patient relève du domaine de l'éthique, cette démarche permet de respecter la dignité humaine à laquelle toute personne malade a droit [6,7].

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ». [8]

Deuxièmement, l'information du patient lui permet de connaître tous les éléments concernant sa santé pour participer à la prise de décision avec son médecin [9]. En cas de patients mineurs ou sous tutelle, ce sont les tuteurs légaux qui participent aux prises de décisions. Cependant, en cas de maturité suffisante, l'avis du patient mineur ou de l'adulte dit incapable doit être recherché et pris en compte [1].

Et enfin, l'information du patient permet de recueillir son consentement s'il accepte le projet médical proposé. Ce recueil du consentement doit être systématique même pour des patients mineurs ou majeurs sous tutelle. Le patient a le droit non seulement de refuser une prise en charge mais également de retirer son consentement à tout moment de la prise en charge. Dans ce cas de figure, le médecin est tenu de respecter ce choix et d'informer le patient des conséquences de cette décision [9, 10].

1.1.1.6 Les modalités de recueil

La conservation des données médicales est régie par deux textes :

- Selon le code de santé publique :

« Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement [...] après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. » [11]

- Selon le code de déontologie :

« Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin » [12].

1.1.1.7 La transmission intra professionnelle

L'information médicale peut être échangée entre différents professionnels, à condition que ceux-ci participent tous à la prise en charge médico-psycho-sociale du patient. Les informations partagées doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins. Si l'échange se fait entre deux équipes soignantes différentes, le consentement du patient doit d'abord être obtenu. [12, 13, 14].

1.1.1.8. L'accès au dossier médical

La loi de 2002 permet une grande avancée pour le patient, elle lui accorde le droit de transparence sur l'ensemble des informations médicales le concernant. Ces données étaient jusque là uniquement détenues par les professionnels de santé.

Dès lors que le patient a fait la demande d'accès à son dossier médical, il doit pouvoir le consulter gratuitement dans les 8 jours qui suivent et au plus tôt dans les 48 heures. Si les informations remontent à plus de 5 ans le délai peut être prolongé de 2 mois.

Le patient peut demander à obtenir des copies ou à recevoir les documents à son domicile. Dans ce cas, les frais sont à sa charge et ne peuvent excéder le coût de production et d'envoi.

Cette demande d'accès au dossier peut être faite directement par le patient. Celui-ci a également la possibilité de missionner un médecin pour accomplir cette tâche.

Le médecin détenteur de l'information peut conseiller le patient de se faire accompagner par un tiers, s'il estime que l'information peut déstabiliser le patient.

[15,16]

1.1.1.9. Le secret médical

Le secret médical concerne toute information confiée, vue, entendue, comprise, par un professionnel de santé qu'il soit médical ou paramédical. Il concerne également les établissements de santé. Ainsi, tous ces acteurs de soins ont interdiction de divulguer les informations obtenues dans le cadre la prise en charge du patient à un tiers.

Cependant le secret professionnel ne s'applique pas lorsque :

- le patient a besoin du soutien direct de son entourage pour affronter la maladie et supporter sa prise en charge.

- les ayants droits ou les détenteurs de l'autorité parentale ont besoin de connaître la cause du décès, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits [13,17].

1.1.1.10. Les recommandations de bonne pratique de la haute Autorité de Santé (HAS). [18]

La HAS reprend les différents éléments de l'article 1111-2 du CSP (Code de Santé Publique) pour déterminer le contenu et les interlocuteurs délivrant les informations. Cependant, elle insiste sur le fait qu'être informé sur son état de santé est un droit. Bien que le consentement doit être recueilli, il ne doit pas être détourné par les professionnels de santé en faisant preuve d'insistance pour obtenir la signature du consentement sous peine de ne pas bénéficier des traitements, surtout lorsqu'il s'agit d'interventions chirurgicales programmées.

De plus, elle met en garde que les documents fournissant des informations génériques ne peuvent constituer qu'un support complémentaire pour aider le patient à revenir à tête reposée sur les informations.

La HAS réaffirme que « l'information orale est primordiale car elle peut être adaptée au cas de chaque personne ».

1.1.1.11. Synthèse des recommandations sur l'information

En pratique quotidienne, toute information fournie par un professionnel médical aux patients doit répondre aux obligations légales et déontologiques. Ainsi l'information doit :

- être **systematique** sauf si le patient désire rester dans l'ignorance.
- être **claire et loyale**.
- être **adaptée** au niveau de compréhension du patient, donc dans un langage simple et compréhensible.
- concerner à la fois l'état de santé du patient, les examens complémentaires et les différentes possibilités de traitement qui s'offrent à lui, en précisant leur utilité, leurs modalités d'exécution, l'urgence éventuelle à les réaliser, leurs risques prévisibles courants et graves, ainsi que les risques encourus en cas de refus.
- être délivrée lors d'un entretien individuel ou en présence d'une personne de confiance à la convenance du patient.
- être transmise de façon orale et éventuellement complétée par des supports écrits.
- permettre au patient de prendre une décision.
- être **comprise** par le patient. Le praticien s'attache à le vérifier afin de recueillir un consentement libre et éclairé.
- être notifiée dans le dossier patient et préciser par qui et quand elle a été donnée. Le dossier doit aussi comporter les difficultés rencontrées lors de la délivrance des informations.

1.1.2 Conséquences d'un défaut d'information

L'information est la principale ressource échangée par les deux parties lors d'une consultation médicale. Ses fonctions sont capitales puisqu'elle permet au médecin d'obtenir les éléments les plus pertinents pour poser le bon diagnostic et de proposer le traitement le plus adapté. En ce qui concerne les patients, elle permet de répondre à leurs attentes en terme de compréhension de leur état, leur permet d'être acteur de leur prise en charge. L'absence d'information ou son insuffisance peut avoir des répercussions négatives sur le patient et sur le praticien.

1.1.2.1. Conséquences pour le patient

Le défaut d'information occasionne :

- L'impossibilité d'être au centre des décisions concernant sa santé. Ainsi, maintenu dans l'ignorance, il ne peut refuser en tout état de cause la décision médicale prise par son médecin et donner son consentement éclairé. En ne donnant pas d'informations à son patient un médecin porte atteinte, non seulement à sa dignité humaine, mais aussi à son droit à l'autonomie. [19]
- Un risque accru d'une mauvaise observance des traitements surtout pour les prises en charge au long cours, ou sur les démarches de soins conseillées [20,21].

1.1.2.2. Pour le médecin

Un patient n'ayant pas reçu suffisamment d'informations peut subir une évolution de sa maladie qu'il estime inacceptable malgré une bonne prise en charge médicale, ou subir des effets indésirables des traitements ou interventions médicales. Le défaut d'information ou une communication peu efficace peut altérer la relation entre le soignant et le soigné. La confiance nécessaire au bon fonctionnement de cette relation peut être brisée, ce qui peut pousser le patient à se retourner contre son médecin même en l'absence de faute médicale. Une plainte peut être déposée au tribunal civil si le médecin exerce dans le secteur privé ou au tribunal administratif si la prise en charge du patient a été faite dans un établissement public [22]. Si le juge décide que la responsabilité du médecin est engagée, il encourt alors des peines avec dommages et intérêts [23]. Beckman et al. [24], ont montré que la très grande majorité des plaintes déposées par les patients contre leur médecin étaient liées à des problèmes relationnels, une mauvaise communication et une incompréhension de la part des patients ou des familles.

Indépendamment du recours juridique, le patient peut également se saisir du conseil de l'ordre départemental des médecins via la chambre disciplinaire de première instance pour engager la responsabilité disciplinaire du praticien, au motif d'un manquement aux règles professionnelles contenues dans le code de déontologie médicale [22]. Cette procédure n'a pas d'objectif indemnitaire, donc il n'y a pas d'évaluation du préjudice ni de lien de causalité à rechercher. Cependant, le professionnel de santé peut se voir condamner par des sanctions disciplinaires [22]. Les peines, selon le niveau de gravité que peut prononcer le conseil de l'ordre, sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire d'exercer (jusqu'à trois ans maximum) et la radiation définitive du tableau de l'ordre.

1.1.3 En cas de litige

1.1.3.1. La charge de la preuve de l'information pour le médecin.

Comme le prévoit l'article L 1111-2 du code de santé publique : « *en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen* ».

Le médecin qui fait l'objet d'une plainte ne doit pas prouver uniquement que l'information ait été délivrée. Il faut également qu'elle ait été satisfaisante, c'est-à-dire claire, loyale et appropriée au patient. Il doit être en mesure, conformément à ses obligations déontologiques, de prouver qu'il a veillé à la bonne compréhension de celle-ci [2, 5, 23].

Pour attester que l'information ait bien été transmise selon les modalités prévues par la loi, différentes formes de preuves sont recevables. En pratique, trois types de preuves sont fréquemment utilisées : [23, 25]

- La preuve testimoniale : le témoignage d'un auxiliaire médical si l'administration des soins nécessitait sa présence, sans quoi la violation du secret professionnel peut être opposée au médecin.

- La preuve littérale : la preuve écrite doit comporter deux documents, le premier expliquant les intérêts, les bénéfices et les alternatives du traitement proposé pour le patient lui-même. Cet écrit doit donc être adapté à la personnalité du patient dans l'unique but de l'aider à prendre sa décision. Le second document

permet de faire la preuve du consentement du patient grâce à l'apposition de sa signature.

- Les présomptions par différents éléments comme les observations inscrites dans le dossier médical, les échanges de courriers entre professionnels de santé, le nombre de consultations antérieures à une intervention, le délai de réflexion avant la prise de décision du patient, la profession médicale du patient (par exemple un infirmier ou un laborantin a plus de chances de comprendre l'information médicale donnée).

1.1.3.2. Charge de la preuve du préjudice et du lien de causalité pour le patient [26]

Afin d'obtenir des indemnisations le patient doit prouver :

- Le préjudice qu'il a subi c'est-à-dire le dommage lié au défaut d'information que le tribunal pourra constater.
- Le lien de causalité entre le défaut d'information et le préjudice. Ce lien de causalité est qualifié de « certain » dans de rares cas, et concerne principalement la chirurgie esthétique. Dans ces situations, le patient peut prouver qu'il aurait refusé de façon incontestable l'intervention présentant de gros risques et très peu de bénéfices thérapeutiques s'il avait été mieux informé. Dans la majorité des cas on parle de lien de causalité « probable ». Le juge émet des hypothèses sur l'attitude du patient si l'information correctement délivrée lui avait permis de prendre une décision. L'indemnisation est attribuée à hauteur de la chance perdue de se soustraire à l'intervention. Elle sera

d'autant plus importante que les chances de refuser la prise en charge seront élevées.

1.1.4 La jurisprudence et l'indemnisation

La jurisprudence a précisé les préjudices susceptibles d'être indemnisés :

- Le préjudice de perte de chance n'est pas défini par le législateur mais est une création jurisprudentielle. Elle correspond à une perte de chance de se soustraire au risque qui s'est finalement réalisé. Cette chance perdue peut concerner une chance de survie, une chance de moins souffrir, de souffrir moins longtemps, ou une chance de bénéficier d'un traitement moins lourd [27].
- La cour de cassation par l'arrêt du 3 juin 2010 a considéré que le défaut d'information constituait un préjudice indemnisable en soit, indépendamment de toute perte de chance pour la victime, mais sur la base que son état d'ignorance lui a été imposé par le professionnel de santé. Ainsi se définit le préjudice d'impréparation qui est lié à l'impossibilité pour le patient de se préparer psychologiquement et de prendre ses dispositions personnelles pour faire face aux conséquences dommageables de l'intervention [28].
- Dans les cas où le juge ne retient pas de faute commise par le praticien, le dommage subi peut être indemnisé sur les bases de l'aléa thérapeutique par l'office National d'indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), à condition que le patient atteigne un certain seuil de préjudice. Ces organismes ont été

créés par la loi Kouchner de 4 mars 2002 qui permet l'indemnisation du patient au titre de la solidarité nationale. [29]

1.2 Relation Médecin-patient

La relation médecin-patient est une relation asymétrique où le médecin détient un savoir et un savoir-faire. Le patient quant à lui se présente avec sa douleur et ses inquiétudes, dans un état de vulnérabilité lié à sa maladie ou à son ignorance. La relation médecin-patient et le mode de communication ont beaucoup évolué avec les changements de société.

1.2.1 Modèle paternaliste

Depuis les débuts de la médecine, la position du médecin face au patient est celle d'un père tout puissant bienveillant et protecteur. Il est capable d'imposer ses choix thérapeutiques sans informer le patient de son état de santé, et sans même recueillir son consentement sur les décisions choisies. Ainsi les patients se voient infantilisés et contraints d'adopter un comportement passif en dépit de leurs propres envies ou contraintes quotidiennes [30,31].

1.2.2. Modèle informatif

Au XXe siècle la médecine va beaucoup évoluer d'un point de vue technique : de nouveaux médicaments voient le jour, les traitements deviennent de plus en plus efficaces, les méthodes thérapeutiques plus invasives occasionnent plus de complications. Parallèlement, les patients sont de plus en plus éduqués et les choix de santé faits de manière unilatérale sont moins acceptés dans l'opinion publique.

Ainsi le statut du médecin se voit désacralisé, les codes de déontologie voient le jour, la communication patient médecin change et les médecins deviennent plus à l'écoute. Cependant, bien que les informations soient données aux patients, ceux-ci n'ont toujours pas de pouvoir décisionnel sur leur santé [31].

1.2.3 Modèle centré sur le patient / collaboratif

La société continue d'évoluer, les patients demandent plus « d'égalité » dans la relation entre soignant et soigné. Certaines décisions de justice auront un fort impact sur les relations médecin-patient. La confiance accordée par les patients envers leur médecin n'est plus la même. En cas de complication, il n'y a plus de fatalisme providentiel mais bien un coupable dont la responsabilité doit être mise en cause. Des textes sur le droit à l'autonomie du patient sortent afin de remettre celui-ci au centre des décisions. L'information devient un devoir du médecin. La relation paternaliste est alors abandonnée au profit d'une relation de **partenariat** où le médecin, en plus d'informer son patient, doit négocier avec lui sur les différentes stratégies thérapeutiques possibles afin de lui fournir la plus adaptée. Dorénavant, ce n'est plus le médecin qui détermine le degré d'information qu'il délivre mais bien le patient qui

indique ce qu'il veut savoir, et il peut également avoir accès à son dossier médical. Deux mondes doivent ainsi se rencontrer : celui du patient avec ses peurs et ses croyances et celui du médecin avec ses connaissances et ses convictions. Le soignant doit naviguer entre éthique de l'autonomie et vulnérabilité du patient, et entre le principe de bienveillance et le respect de la personne humaine [30,31].

Le 25 février 1997, l'arrêt Hédreul marque un tournant dans la relation et la façon d'informer des soignants en renversant la charge de la preuve d'information sur le professionnel de santé. On assiste à la naissance de l'information défensive : la surinformation. Des documents écrits standardisés sont confiés aux patients. En effet ces informations sont souvent peu comprises des patients mais leur signature confirmant leur approbation leur est systématiquement demandée [32]. Le patient peut ainsi se sentir otage de ce système.

L'histoire a permis de développer plusieurs modèles de relation soignant-soigné. En pratique le style de relation entretenu durant la consultation médicale varie selon le caractère du médecin, celui du patient et de ses attentes, mais dépend également de la situation clinique. Bien que les dernières recommandations mettent en avant le modèle centré sur le patient, des études ont montré que certains patients souhaitent être informés mais préféreraient laisser la charge de la décision thérapeutique à leur médecin, notamment dans le cas de cancer [21]. Cognet-Aspect a montré que 96% des patients estimaient important d'être bien informé de leur état de santé. Cependant la moitié des patients ne désiraient pas prendre de décision sur leur prise en charge, que la pathologie soit bénigne, chronique ou grave [33].

1.3 Communication

1.3.1 Définition

La communication est l'ensemble des interactions avec autrui qui transmettent une quelconque information. Il s'agit donc aussi de l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message auprès d'une certaine audience. Elle concerne aussi bien l'être humain (communication interpersonnelle, groupale...), l'animal, la plante (communication intra- ou inter- espèces) ou la machine (télécommunications, nouvelles technologies...), ainsi que leurs hybrides (homme-animal, homme-technologie...) C'est une science partagée par plusieurs disciplines qui ne répond pas à une définition unique.

Les sciences sociales s'intéressent particulièrement à la communication interpersonnelle c'est-à-dire la communication entre deux individus ou chacun se trouve être émetteur et récepteur de messages. La communication, dans ce cas, est un système complexe dit holistique qui fait intervenir l'ensemble de l'individu prenant en compte les processus cognitifs, affectifs, sociologiques et inconscients de chaque protagoniste, mais également la communication verbale et non verbale. Ainsi les informations transmises sont toujours multiples, la transmission d'informations n'est qu'une partie du processus de communication et différents niveaux de sens circulent simultanément. [34]

1.3.2 La communication médecin / patient :

1.3.2.1 Les fonctions de la communication médecin-patient

Malgré toutes les avancées dans les stratégies diagnostiques et thérapeutiques, la communication reste le seul outil à la disposition des médecins pour échanger avec leurs patients et est donc une pierre angulaire dans les soins.

Elle a **trois fonctions** principales :

1.3.2.1.1 Créer une bonne relation :

Comme nous l'avons vu précédemment, une bonne relation médecin-patient où l'on retrouve une confiance mutuelle et une compréhension émotionnelle de chaque partie permet d'améliorer la qualité des soins. Certains comportements des médecins peuvent favoriser l'établissement de ce lien de confiance.

En premier lieu, il est important de distinguer le comportement instrumental et les comportements affectifs. En médecine, une communication instrumentale regroupe les compétences techniques pour résoudre les problèmes médicaux tels que : poser des questions, donner des explications, discuter des résultats d'examens, des traitements ou de leurs effets secondaires. Un comportement affectif ou socio-émotionnel regroupe les compétences interpersonnelles du praticien visant à établir et maintenir une relation positive avec ses patients telles que : être détendu, rassurant, honnête et ouvert, montrer son approbation, toucher. Ce type de comportement se manifeste essentiellement par le non verbal (le contact visuel, les rires, la posture, les

expressions faciales, la distance physique), seulement environ 7% seraient transmis par le verbal, 22% par la tonalité. La communication non verbale permet de transmettre une émotion ou un message qui ne peut ou ne doit pas être verbalisé. Les patients sont sensibles à ces signes et rechercheront s'il y a des incohérences entre ce qui est dit et ce qu'ils perçoivent. L'ensemble de ces indices leur permet de savoir ce qu'ils doivent ressentir ou penser, ce d'autant plus s'ils sont anxieux. [21]

Une attitude empathique de la part du soignant consisterait à pousser le patient à exprimer ses sentiments et préoccupations, utiliser les silences, avoir une écoute active, verbaliser ce que le patient ne saurait dire « par pudeur », et encourager les comportements non verbaux [21]. Ainsi l'empathie aurait trois composantes : affective, cognitive et comportementale [35].

Selon Ruberton et al. [36]. les médecins les plus humbles auraient une communication plus efficace avec leurs patients. L'humilité médicale a été décrite comme une conscience de soi sans faille, une ouverture d'esprit empathique aux autres, une appréciation et une gratitude vives pour le privilège de prendre soin des personnes malades. Les médecins humbles acceptent plus facilement leurs faiblesses et présentent moins de difficultés à envisager des diagnostics multiples ou à changer de thérapeutique en fonction du ressenti du patient. L'humilité médicale est un comportement plus centré sur le patient que sur la maladie

1.3.2.1.2 Echanger les informations

La communication médecin-patient permet l'échange d'informations de façon bidirectionnelle soit en la recherchant, soit en la recevant. Le médecin et le patient ont des attentes différentes de cet échange. Le patient cherche à savoir et à comprendre

d'où provient ses problèmes ou ses douleurs mais il désire également se sentir écouté, compris et pris au sérieux [37]. Le médecin quant à lui, cherche à obtenir des informations pertinentes afin de poser un diagnostic et un plan de prise en charge, puis il s'efforcera de transmettre ces informations de la manière la plus adaptée possible.

1.3.2.1.3 Prise de décision

Lorsque la prise en charge médicale est centrée sur le patient, le processus de décision se fait avec la participation de celui-ci. Cette prise de décision partagée entre le médecin et le patient nécessite que celui-ci ait reçu des informations sur le diagnostic, le pronostic, les traitements envisageables et leurs effets indésirables, afin de choisir ce qui lui convient et de l'exprimer à son médecin. Le mode de communication du soignant, s'il est adapté, peut permettre la création d'une alliance de travail avec le patient. En respectant les points de vue de chacun, des objectifs thérapeutiques peuvent alors être fixés [35].

1.3.2.2 Bilinguisme

1.3.2.2.1 Bilinguisme des patients martiniquais

La langue officielle en Martinique est le français. Elle est enseignée dès les premières classes scolaires, et est parlée dans toutes les administrations et lieux

publiques. Néanmoins, de part l'histoire coloniale des Antilles, on retrouve une langue tout aussi répandue et pratiquée : le créole. Celle-ci a longtemps été considérée comme une langue avec une connotation péjorative. Les habitants dit instruits se devaient de parler en français, le créole n'était utilisé que dans un cadre intime, familial ou lors d'altercations [38]. Aujourd'hui, grâce au travail de certains penseurs locaux, notamment Aimé Césaire, ainsi qu'au travail de commémoration de l'histoire de l'esclavage, le créole a pris une autre place et est maintenant enseigné dans les écoles.

Bien que le français reste majoritairement pratiqué, la plupart des habitants pratiquent les deux langues, toujours en utilisant le créole dans un cadre plus intime. Cependant, il existe aussi une catégorie de patients majoritairement créolophones que l'on retrouve plutôt dans les tranches d'âges les plus avancées et /ou celles ayant un niveau éducatif bas. Ces locuteurs créolophones sont malgré tout considérés comme bilingues ; comprenant le français mais ayant plus de facilités avec le créole.

Comment ce traduit ce bilinguisme dans la relation aux soins ?

Il paraît évident lors d'une entrevue entre un médecin et son patient que la communication se fasse préférentiellement en français, peu importe l'origine des deux protagonistes. Les patients Saint-Luciens ou Haïtiens font exception et préfèrent s'adresser en créole plutôt qu'en anglais considérant le créole plus proche de la langue française.

Victor Lina [39] a étudié la communication entre le personnel soignant et les détenus au sein du centre de soins de psychiatrie du centre pénitencier de Ducos. Ce type de service de soins assure une mission de service public, dans un cadre très anxiogène tout comme les services d'urgences hospitaliers. Il met en évidence des

comportements de communication très systématisés et homogènes en lien avec des codes sociaux. Plusieurs cas sont observés :

- si le soignant et le patient sont des hommes francophones et créolophones, tous les échanges, ou une partie, se font en créole. Les mineurs font exception et ne s'exprimeront qu'en français face à un adulte pour lui montrer leur respect.
- si le soignant est un homme francophone et créolophone et que le patient est une femme également bilingue, la conversation ne se fera qu'en français.
- si le soignant est une femme bilingue et que le patient l'est également les échanges se font en français, le créole étant perçu comme familier voir de la grossièreté. Seuls les patients de grand âge bénéficient d'une tolérance.
- les médecins non créolophones témoignent du fait que certains patients initient la conversation en français puis introduisent du créole, faisant fi que son interlocuteur ne parle pas la même langue. D'un point de vue linguiste, il est supposé que ces patients donnent crédit implicitement au médecin d'une compréhension par contexte transférentiel.

1.3.2.2.2. Bilinguisme des médecins [21]

A l'instar des patients, on peut considérer que les médecins sont également bilingues. Ils parlent leur langue maternelle et un langage médical acquis au cours de leur formation.

Ce vocabulaire médical n'est plus uniquement utilisé par les médecins, de nombreux termes médicaux sont connus et utilisés de façon courante par la population tels que : migraine, grippe, dépression, burn-out etc. L'usage de ces termes par les patients dénote leur volonté de vouloir parler la même langue avec leur interlocuteur. Cependant, ces termes peuvent être inappropriés ou maladroits, ce qui peut engendrer des malentendus. Avec l'expérience, les médecins sont le plus souvent capables de faire la part des choses, et peuvent comprendre l'idée générale que veulent faire passer les patients.

Le patient reste un profane de ce langage médical, une vulgarisation reste toujours nécessaire pour lui apporter l'information. Une étude a montré que les infirmières et les patients ne perçoivent pas lorsque les médecins passent de la langue médicale à la langue usuelle et qu'inversement les médecins ne détectaient pas de changement quand les patients tentent de s'exprimer dans un registre médical.

1.3.2.3 Facteurs influençant la communication des médecins

L'entretien médical reste une interactivité sociale spécifique, et même si en pratique le médecin garde une certaine domination et maîtrise sur la relation, il ne peut rester imperméable aux signaux de son interlocuteur. Ainsi son mode de communication va être influencé par le patient.

Certaines caractéristiques personnelles (âge, sexe, éducation, anxiété) et le style de communication des patients (questionnement, expression son inquiétude) modifient le comportement communicatif des médecins [21, 40, 41].

Les patients d'âge moyen, les femmes, ainsi que les patients les plus instruits reçoivent plus d'informations de la part des médecins, car ils démontrent un

comportement communicatif plus efficace et poussent les médecins à fournir plus d'informations [40]. Inversement, les patients moins instruits hésitent à poser des questions par peur d'être perçus comme ignorants ou parce qu'ils rencontrent plus d'obstacles à le faire. Ainsi les médecins peuvent penser à tort que ces patients sont moins demandeurs d'explications [41].

L'information apportée aux patients plus instruits ou à ceux qui ont un revenu plus élevé est plus spécifique, les médecins s'attardent moins à expliquer leurs symptômes mais plus sur la prise en charge et le choix de celle-ci. Les médecins leur accordent également plus de temps de consultation [40]. Les patients les plus éduqués peuvent recevoir plus d'informations de la part des médecins même quand cette demande n'est pas explicite [40].

Les patients les plus expressifs, en posant des questions, en exprimant leurs opinions, reçoivent également plus de renseignements. En effet cela correspond à une norme de communication ; une question doit être résolue par une réponse, ainsi l'émetteur qui pose une question s'attend à une réponse en retour et le récepteur se doit d'y répondre. S'il ne le fait pas ou ignore la question volontairement, il occasionne une frustration de la part de l'émetteur de la question.

1.3.2.4 Influences des comportements de communication des médecins sur les patients

Les chercheurs en communication se sont intéressés aux conséquences d'une bonne communication. Dans le domaine des soins médicaux plusieurs conséquences

ont été observables sur les patients. Ces résultats sont considérés comme des indicateurs de l'efficacité de la communication.

1.3.2.4.1. La satisfaction :

Le niveau de satisfaction des patients semble être positivement associé aux comportements centrés sur le patient de la part des médecins [21, 42, 43]. Les caractéristiques des soignants souvent associés à la satisfaction sont :

- un comportement plus communicatif
- un temps plus long consacré à la discussion
- une communication non verbale importante montrant leur intérêt envers les préoccupations de leurs patients

Cependant, certaines données de la littérature semblent indiquer que même si la grande majorité des patients semble être plus satisfaite par un comportement affectif de leur médecin, pour certains un comportement instrumental était plus associé à la satisfaction des patients. Il est probable que ceux-ci attribuaient cette attitude à un comportement plus professionnel. Le toucher est également soumis à une interprétation différente selon les cultures, certains l'associant aux pratiques de « bons » soins et d'autres l'assimilant quelques fois à une violation de la vie privée et manifestant un niveau de satisfaction moindre [21].

1.3.2.4.2. La compréhension et le rappel [21]:

Un comportement dit affectif des médecins se traduisant par une proximité physique de leurs patients est associé à une meilleure compréhension. Le temps passé à fournir des informations et explications au patient est également un facteur comportemental permettant d'améliorer le niveau de compréhension du patient.

A contrario, tout comme l'évaluation de la satisfaction, les contacts physiques par le toucher conduisent à des niveaux de compréhension plus faibles. Ainsi que l'augmentation du temps à lire le dossier du patient en sa présence ce qui peut perturber la communication verbale et non verbale.

Le rappel est la capacité du patient à mémoriser l'information. Tout comme la compréhension, le comportement du soignant axé sur l'affect peut avoir une influence positive sur le rappel du patient [44]. Dans le domaine de la communication, pour favoriser la mémorisation des informations les plus importantes par son interlocuteur, les communicants s'appuient sur les phénomènes de « primauté » et de « récence », c'est-à-dire que ce qui sera communiqué en premier et en dernier sera mieux mémorisé. Ainsi en consultation médicale il est préférable d'adopter le même comportement, notamment pour annoncer de mauvaises nouvelles. Dans ces contextes, le bouleversement psychologique occasionné peut entraîner une sidération du patient l'empêchant de comprendre ou de mémoriser toutes autres informations supplémentaires. Cela est particulièrement fréquent lors de l'annonce des diagnostics de cancer. Les patients, dont l'état psychologique ne serait pas favorable à la compréhension et la mémorisation, peuvent alors se plaindre d'un manque d'information de la part de leur médecin.

Les comportements instrumentaux seraient plus favorables au rappel des patients. Les comportements affectifs sont moins associés au rappel car cette attitude aurait tendance à fournir moins d'informations aux patients.

1.3.2.4.3. L'adhésion au traitement

L'observance thérapeutique est un des objectifs les plus importants dans la prise en charge d'un patient. En effet, même si le diagnostic posé est correct et que le traitement proposé est adapté, la guérison ou l'amélioration de l'état de santé ne pourra être obtenue qu'à la condition que le patient ait pris le traitement avec les bonnes modalités.

Les données de la littérature au sujet du lien qui existe entre le comportement communicatif des médecins et la compliance thérapeutique des patients n'est pas encore claire. Certains auteurs montrent que les patients recevant plus d'informations décident de ne pas suivre le traitement, estimant que les effets secondaires sont potentiellement trop importants [21]. Cependant, d'autres auteurs suggèrent que les soignants qui adoptent une relation de soins plus centrée sur le patient fournissent plus de recommandations, recherchent les difficultés du patient à appréhender l'information, et donnent la possibilité d'avoir des discussions positives, ce qui favorise une meilleure adhésion médicale [20, 31, 45]. Il est probable que les soignants adoptant ce type de comportement arrivent à mieux cerner les contraintes et les attentes de leurs patients grâce à leur communication, et proposent des schémas thérapeutiques mieux adaptés.

1.4 Compréhension

1.4.1 Définition

La compréhension est un processus cognitif complexe et actif, qui consiste à traiter des informations, les mettre en lien afin de donner un sens. La compréhension est souvent considérée comme une des composantes de l'intelligence.

1.4.2 Conditions préalables à la compréhension verbale :

Pour comprendre un message verbal, il faut 7 conditions:

1. Une information doit être émise par un tiers : c'est le devoir du médecin d'informer le patient sur son état de santé et sur sa prise en charge
2. Le message doit être réceptionné sans être altéré
3. Les structures auditives doivent être fonctionnelles
4. Les structures neurologiques qui traitent l'information doivent être intègres
5. La langue et le langage utilisé doivent être les mêmes
6. Le sujet recevant l'information doit posséder les ressources suffisantes en termes de connaissances et d'expériences pour confronter la nouvelle information à ses acquis. Il crée ainsi du sens et en tire des conclusions.
7. L'état psychique du patient doit être suffisamment stable pour que le patient ait accès à ses ressources cognitives.

1.4.3 Mécanisme de compréhension d'une phrase

1.4.3.1 Les étapes dans le processus de la compréhension verbale [46]

La première étape dans le traitement de l'information auditive est un traitement perceptif de bas niveau qui analyse tous les sons captés, peu importe leurs origines : bruits environnants, musique ou paroles.

L'analyse phonologique consiste à reconnaître les différents phonèmes de la langue française.

L'analyse lexicale permet ensuite de distinguer chaque mot et identifie les mots déjà connus ainsi que les nouveaux, mais ne donne pas accès au sens. L'analyse sémantique est la phase où la mémoire à long terme intervient pour trouver la signification de chaque mot.

L'analyse morphosyntaxique permet de connecter les mots entre eux en formant des syntagmes (unité de mots plus petite qu'une phrase). Elle détermine l'importance de la place des mots pour donner un sens à la phrase.

1.4.3.2 Modèles de compréhension verbale [47]

1.4.3.2.1. Le modèle ascendant dit sémasiologique

Ce modèle respecte l'ordre des étapes précitées. L'interlocuteur procède en analysant chaque unité linguistique séparément, ceci afin de pouvoir donner une

signification globale à la phrase, en associant le sens des mots puis des groupes de mots. Cette méthode va du signe vers le concept. La priorité de cette stratégie est donnée à la forme du message, cependant si celle-ci est inadaptée par une structure grammaticale ou sémantique incorrecte elle pourrait conduire à un non sens.

1.4.3.2.2. Le modèle descendant dit onomasiologique

Le modèle de compréhension onomasiologique a été proposé pour pallier à la faiblesse du modèle sémasiologique. Cette stratégie de compréhension part du concept pour remonter aux signes. Pour se faire l'interlocuteur élabore deux hypothèses fondées sur ses connaissances (culturelles, sociolinguistiques, socio-psychologiques, et autres thèmes spécifiques en fonction de la discussion en cours) et ses expériences pour élaborer une pré-construction du sens. Premièrement, il élabore une hypothèse sémantique qui lui permet d'anticiper la signification de la phrase puis une seconde hypothèse formelle où son anticipation est permise par sa connaissance des structures phonémiques, sémantiques et lexicales. Puis l'interlocuteur procède par des vérifications en recherchant des indices pour confirmer ou infirmer ses hypothèses. Dans le cas de figure où les hypothèses sont infirmées, il recommence l'opération en établissant de nouvelles hypothèses sur la base des informations déjà recueillies.

1.4.3.2.3. Implications en consultation médicale

Bien que chaque individu utilise les deux modèles de compréhension, on peut supposer que dans le cadre d'un entretien médical, les patients qui ont des connaissances scientifiques et médicales faibles ne peuvent procéder par anticipation lors de leur tentative de compréhension. Ainsi le modèle onomasiologique semble inaccessible et ils sont contraints de basculer sur le modèle sémasiologique.

La deuxième difficulté qui se présente aux patients est la méconnaissance du vocabulaire médical ce qui entrave considérablement le processus de compréhension selon le mode sémasiologique. Ainsi certains patients, notamment ceux qui ont un niveau socio-culturel et éducatif faible, se retrouvent dans une impasse de la compréhension car ils n'ont aucun recours pour produire du sens à ce qu'ils entendent.

1.4.3.3 Anatomie fonctionnelle du langage et de la compréhension verbale

Afin d'exercer les fonctions de communication et de compréhension orale, plusieurs aires cérébrales sont activées et interagissent [48]. On distingue :

- Les lobes temporaux qui contiennent les aires auditives primaires et associatives responsables du traitement des sons (Fig 1).

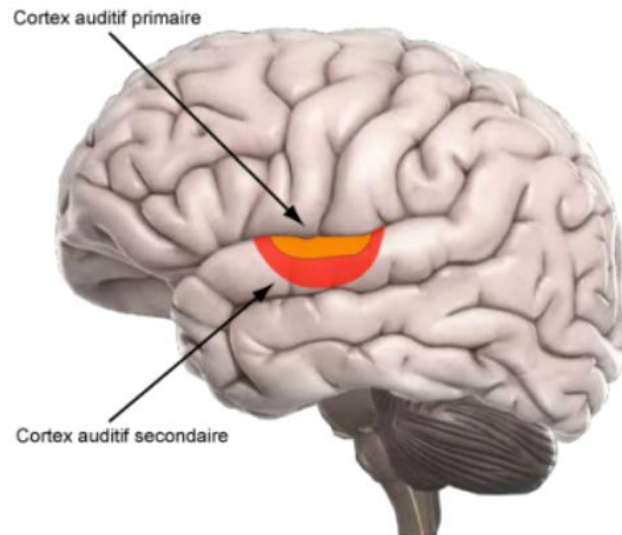


Figure 1 : Aires auditives primaires et associatives

- Le lobe frontal, notamment au niveau du cortex préfrontal, responsable des fonctions cognitives telles que la planification, la prise de décision, la mémoire. L'aire dorsolatérale responsable du jugement, de l'attention et de la mémoire de travail. L'aire préfrontale inférieure qui correspond à l'aire de Broca. Cette aire est le centre de la production du langage verbal et possède une fonction mineure dans la compréhension verbale (Fig 2).

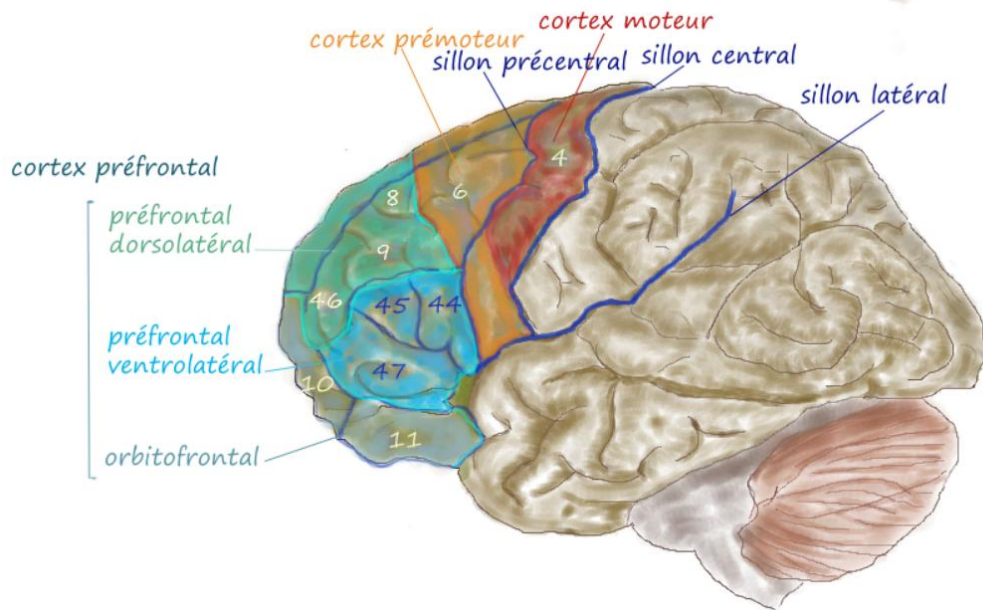


Figure 2 : Description anatomique du lobe frontal

- Le lobe temporal avec l'aire de Wernicke dont le rôle principal est la compréhension du langage. Cette aire est reliée à l'aire de Broca par le faisceau arqué (Fig 3).

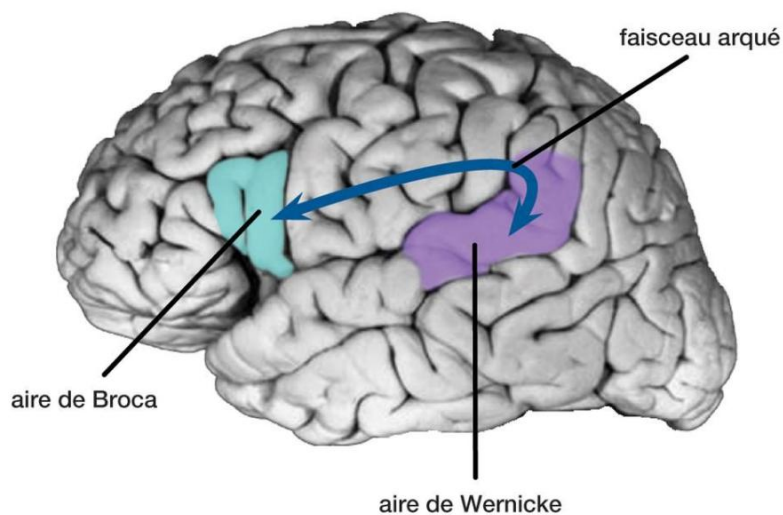


Figure 3 : Aires de Broca et de Wernicke

1.4.3.4 Les autres fonctions cognitives intervenant dans la compréhension verbale

La compréhension nécessite des compétences cognitives autres que celles permettant de décoder les signes linguistiques.

1.4.3.4.1. La mémoire [46]

La mémoire correspond à la capacité d'enregistrer une information, de la stocker et de la restituer. On distingue plusieurs types de mémoires différentes : à long terme, de travail, sémantique, épisodique, procédurale et perceptive. Dans les processus de compréhension orale toutes les mémoires peuvent être sollicitées. Cependant, la mémoire de travail et la mémoire sémantique seront impliquées de façon préférentielle.

La mémoire de travail anciennement appelée mémoire à court terme, permet de stocker une quantité limitée d'informations : environ 7 éléments durant une période brève inférieure à une dizaine de secondes. Lorsque nous écoutons un interlocuteur cette mémoire nous permet de retenir les mots du début des phrases ou les premières notions d'une explication. Elle a également comme fonction de faire retenir ce que nous avons prévu de dire tout en poursuivant un discours ou en écoutant un interlocuteurs.

La mémoire sémantique est une des composantes de la mémoire à long terme. Elle correspond à la sauvegarde de nos connaissances générales : concepts abstraits comme les différents signifiants du langage, expérience sociale ou professionnelle etc. Ainsi, lors du traitement de l'information auditive, cette mémoire est systématiquement

impliquée pour retrouver la signification de chaque mot et concevoir du sens aux phrases.

1.4.3.4.2. La prosodie

Selon les linguistes un message est une séquence de discours produite par un locuteur dans le cadre d'une communication. Ainsi la compréhension d'un ensemble de phrases aboutit à la compréhension du message final.

Au-delà de la simple compréhension de chaque phrase, d'autres indices subtils nous permettent d'affiner le sens du message. On parle alors de la prosodie qui permet d'identifier les signes para verbaux tels que le rythme, et la tonalité qui donnent une « mélodie du langage ». Ces éléments de langage nous permettent comprendre l'humour, l'ironie ou d'intégrer l'émotion du locuteur.

La prosodie possède une fonction démarcative, l'intonation permet de segmenter une phrase pour assurer la cohésion des syntagmes. Cette fonction facilite notamment le traitement des énoncés ambigus pour le locuteur. Exemple : (Elle a peint la femme) (en noir) / (Elle a peint) (la femme en noir)

La prosodie affective représente une fonction majeure dans la compréhension du message et a un fort impact social. Beaucousin [49] illustre cette importance en relatant l'histoire d'une enseignante ayant une atteinte cérébrale affectant ses capacités de production de la prosodie, celle-ci était alors dans l'incapacité de maintenir l'ordre dans sa classe car dans l'impossibilité de délivrer un message avec un ton d'autorité ou de colère.

1.4.3.5 Facteurs influençant la compréhension orale

Plusieurs facteurs peuvent perturber la compréhension dans le processus de communication. Ces facteurs peuvent se retrouver soit dans le fonctionnement du langage soit à différents niveaux du mécanisme de la compréhension. :

1.4.3.5.1 Facteurs externes : La dégradation du signal sonore [50]

Il paraît assez évident que lorsque l'on parle dans un environnement bruyant, ou face à un interlocuteur parlant faiblement, la communication et la compréhension s'en voient perturbées. La capacité à communiquer malgré le bruit environnant est appelé « cocktail party phenomenon ». Cette compétence demande un recrutement de ressources cognitives importantes. Elle se développe tôt dans la vie et évolue avec le temps. Dès l'âge de 7 mois, le nourrisson est capable de distinguer la voix de sa mère et celle d'une autre femme. Avec l'âge, le vieillissement progressif des structures neurosensorielles auditives entraîne l'apparition d'une presbycousie. Celle-ci se manifeste d'abord par la perte de capacité à capter les sons aigus de hautes fréquences puis s'étend aux basses fréquences conversationnelles et affecte ainsi la capacité à suivre une discussion dans un environnement bruyant.

Le signal sonore peut être dégradé de façons différentes :

- La dégradation du signal peut être périphérique ; on parle de masquage énergétique. Si deux sons de même fréquence sont émis simultanément, ils stimuleront la même partie de la cochlée. L'un des bruits ne pourra être entendu

correctement. En situation conversationnelle, l'intensité du signal masqueur va moduler la compréhension du signal cible, ainsi plus l'intensité du signal masqueur est forte, moins le signal cible sera intelligible.

- Le masquage informationnel est plus complexe et se produit au niveau central. Les interférences se feront par des processus cognitifs :
 - soit par l'analyse phonologique, lexicale ou sémantique. Exemple : Aux urgences lorsque le médecin donne des informations médicales, il emploie des termes et des notions peu connus par le patient. Si à leur côté il y a une personne qui parle en utilisant des mots familiers et des notions plus simples alors il y aura une compétition entre l'analyse de ce qui est dit par le médecin et l'autre personne. Les informations de la 2^e personne risquent d'être analysées plus vite et plus facilement. En conséquence, la compréhension des informations fournies par le médecin peut être entravée.
 - soit par la double tâche. Exemple : la compréhension orale d'un étudiant qui assiste à un cours sera perturbée s'il utilise son téléphone portable en même temps.

Selon la notion d'Effortfulness Hypothesis, les traitements sonores superficiels se font de manière automatique et nécessitent peu de ressources cognitives. Les traitements plus profonds comme ceux faisant intervenir la mémoire de travail sont coûteux en termes de ressources cognitives. En conséquence, si l'interlocuteur est intelligible, peu de ressources seront recrutées pour le traitement superficiel, et donc le traitement de fond dispose de toutes les ressources nécessaires à la compréhension.

Inversement, si l'intelligibilité est faible, les ressources cognitives allouées aux traitements superficiels seront importantes. Le traitement profond devient moins efficace par le fait d'un faible recrutement des ressources cognitives (Fig 7).

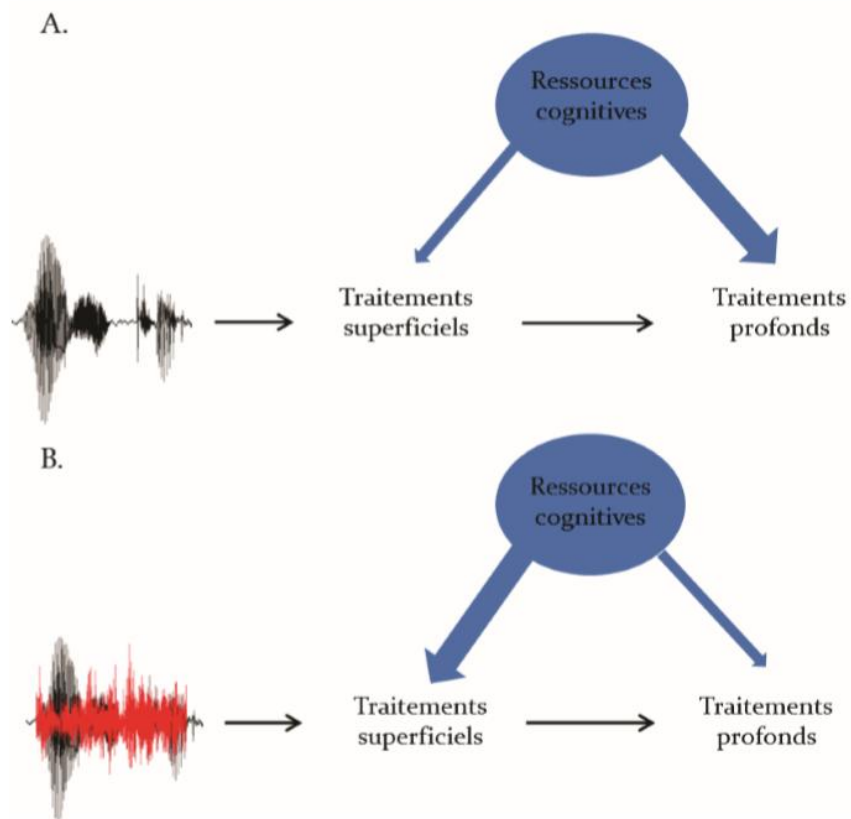


Figure 7 :Représentation de l'effortfulness hypothesis

A : Condition d'intelligibilité optimale

B : Faible condition d'intelligibilité

1.4.3.5.2 Facteurs intrinsèques

1.4.3.5.2.1 Facteurs intrinsèques pathologiques

- Les atteintes des structures sensitivo neuronales de l'audition entraînent une surdité
- Certaines maladies neurologiques affectent le cortex cérébral : certaines localisations d'accidents vasculaires cérébraux ; certaines tumeurs cérébrales malignes primaires ou secondaires (glioblastome, astrocytome); les maladies neurodégénératives responsables de démence (la maladie de parkinson, la maladie d'alzheimer etc) les encéphalites d'origine infectieuse, auto immune, toxique ou post traumatique.
- Les syndromes confusionnels dont les causes sont très variées et qui peuvent être secondaires à un trouble hydro électrolytique, infectieux, etc.
- Pathologie psychiatrique : le syndrome dépressif, le délire maniaque, ou la schizophrénie
- Les intoxications de natures diverses (alcoolisme aigu, monoxyde d'azote, etc) ou la iatrogénie peuvent induire des troubles de l'attention ou des troubles de la vigilance transitoires, qui entraveront les processus de traitement profond de la compréhension.

1.4.3.5.2.2 Facteurs non pathologiques

Il existe des facteurs non liés à la maladie qui sont donc aspécifiques et qui concernent la grande majorité des personnes. La peur ou l'anxiété peuvent diminuer ou entraver certaines fonctions cérébrales comme la mémoire, le jugement, la perception des stimuli extérieurs qui sont indispensables aux processus de la compréhension.

1.4.3.5.2.2.1. L'anxiété [51]

L'anxiété est un trouble émotionnel caractérisé par un sentiment de danger, parfois non identifié comme une peur sans objet associé à un sentiment d'impuissance, des symptômes neurovégétatifs (transpiration, sueurs ...), une irritabilité et des difficultés de concentration.

Les distorsions cognitives correspondent à la manière dont des informations seront transformées par un schéma cognitif. Ainsi, un sujet aura une attention sélective des informations et les interprètera selon le contenu du schéma de sorte que toutes celles qui iront à l'encontre du schéma seront modifiées ou rejetées. Les distorsions permettent ainsi de ne percevoir que les informations qui peuvent confirmer les croyances en lien avec le schéma cognitif de l'individu.

Robert et al. [51] ont montré qu'il existe une corrélation entre l'anxiété et les distorsions cognitives. Bien qu'il existe plusieurs types de distorsion, un profil anxieux été mis en évidence. Le sujet anxieux présente de façon spécifique :

- la maximisation : exagération d'un évènement mineur négatif. (exemple un patient ayant été piqué plusieurs fois pour la pose d'une voie veineuse et ayant

développé un hématome, retiendra que l'équipe médicale est mauvaise car les infirmières l'ont « charcuté »)

- l'inférence arbitraire : fait de tirer une conclusion sans lien logique avec la réalité. Une intuition devient une conviction, ainsi des conclusions seront prises sans preuve (exemple : ce médecin porte des tennis alors il doit être moins compétent)
- omission neutre : fait de négliger les événements neutres (exemple : un patient aux urgences en attente des résultats de sa radiographie, croise du regard pour la 2^e fois le brancardier qui l'a emmené à l'examen ; « s'il ne me donne pas les résultats c'est qu'ils ne sont pas bons » Le patient ne prend pas en compte le fait que ce n'est pas à cet agent de lui délivrer l'information)

1.4.3.5.2.2.2. Les mécanismes de défense [54]

La maladie est un motif fréquent de rupture d'équilibre psychique. Le patient mobilisera ses ressources pour déclencher des mécanismes d'adaptation afin de retrouver un état psychique plus stable.

Le terme consacré par l'approche psychanalytique est : le mécanisme de défense. Il désigne toute opération inconsciente destinée à réduire la perception des dangers intérieurs ou extérieurs, en les refoulant ou en modifiant leur réalité externe. On retrouve 4 catégories :

- Psychotique : projection délirante, déni, et distorsions.
- Immature : projection, rêverie autistique, hypochondrie, passivité-agressivité

- Mature : altruisme, humour, répression, sublimation, anticipation
- Névrotique : intellectualisation, refoulement, déplacement, formation réactionnelle, dissociation

L'approche cognitivo-comportementale fait référence au terme « coping » (en anglais « to cope » signifie faire face) qui désigne les stratégies conscientes d'ajustement aux situations difficiles. Il joue un rôle modérateur entre le stress subi et la détresse émotionnelle qui en résulte. Le coping se classe en 2 groupes :

- Le coping centré sur l'émotion : intervient quand la situation est perçue comme susceptible de ne pas changer. L'individu adopte ainsi des attitudes d'évitement, de prise de distance, d'auto accusation, et recherche un soutien social.
- Le coping centré sur le problème : intervient quand la situation est perçue comme susceptible de changer. Ainsi le sujet adopte un esprit plus combatif et recherche des solutions au problème par la recherche d'information et la mise en place d'un plan d'action.

Selon la personnalité et les expériences passées du patient, celui-ci décidera de gérer les situations de stress et d'angoisse de façon différente. La stratégie qu'il adoptera peut faciliter la compréhension des informations médicales lorsqu'il utilisera un coping centré sur le problème. En revanche lorsque que le coping centré sur l'émotion ou un mécanisme de défense psychotique ou immature est utilisé, la compréhension sera altérée voir impossible.

1.4.3.2.2.3. L'illettrisme

Le dernier niveau où la compréhension peut être perturbée correspond aux acquis de l'individu. L'illettrisme peut constituer un facteur important d'incompréhension, puisque ce sont des individus qui ne posséderont pas les savoirs élémentaires en matière de lecture et d'écriture et qui présenteront un capital lexical et sémantique pauvres.

Selon L'INSEE [53], en 2014, la Martinique comptait 13% d'illettrés soit 7% de plus que la moyenne nationale. Dans les tests de lecture, d'écriture et de compréhension orale près de 20% des participants ont présenté des difficultés dans au moins un des trois domaines. Les catégories sociales les plus touchées sont les chômeurs, les ouvriers, notamment ceux sans qualification. Les plus de 50 ans constituent la catégorie la plus touchée.

L'enquête information et vie quotidienne en Martinique de 2014 montre que seuls 47% des martiniquais ont un taux de compréhension orale supérieur à 80%. Le test de compréhension orale consistait à faire écouter un bulletin d'informations suivi d'un questionnaire. Une deuxième écoute était réalisée suivie du même questionnaire en plus de quelques questions de vocabulaire.

1.4.3.2.2.4. Le niveau de connaissance en santé

Le niveau de connaissances en matière de santé est l'un des paramètres les plus importants qui affectera le niveau de compréhension de patients sur l'information médicale. Les anglais utilisent le terme « literacy ». Elle correspond à la mesure dans laquelle un individu sera capable d'obtenir, de traiter, et de comprendre l'information et

les services de santé de base nécessaires pour prendre des décisions appropriées en matière de santé.

Aux Etats-unis, il est estimé que près de la moitié de la population présente des difficultés à comprendre et à agir selon les informations médicales.[45]

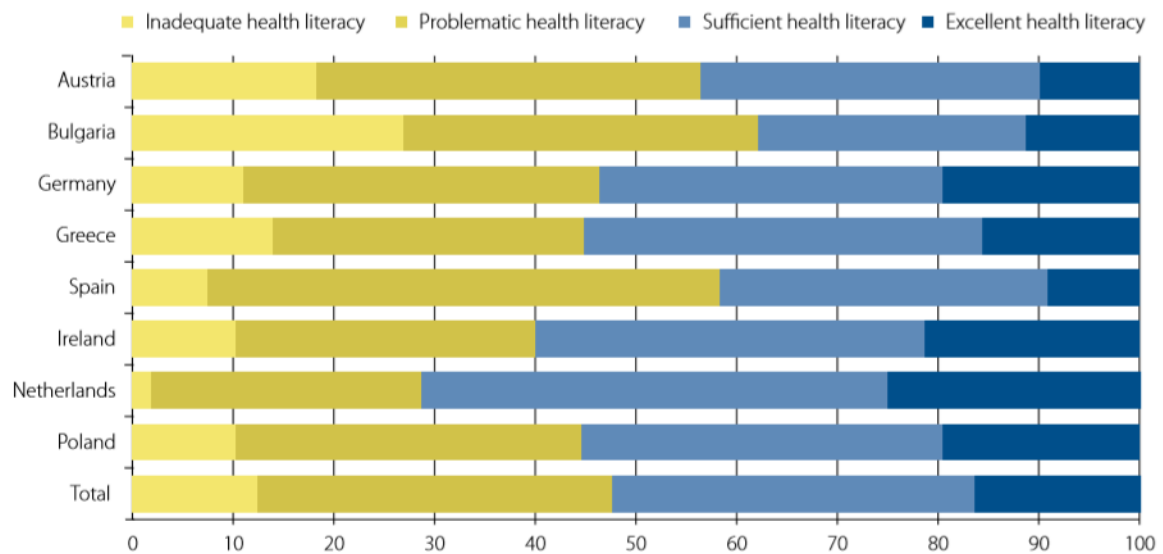


Figure 8 : Répartition en pourcentage des connaissances générales en matière de santé de certains pays européens

Le niveau de connaissance en santé est fortement corrélé au niveau éducatif, il est d'autant plus bas que le niveau de scolarité est faible. Ainsi, il existe un gradient social ce qui renforce les inégalités. Les connaissances sanitaires limitées sont associées à des choix de santé plus risqués, à une augmentation de la morbidité et des décès précoces, une augmentation des hospitalisations et réhospitalisations. En 1998, les Etats-Unis ont estimé le coup du faible niveau de connaissance en santé à 73 milliards de dollars et le Canada en 2009 l'a estimé à 9 milliards [54].

L'âge est également un marqueur important dans le niveau de connaissance médicale. Trente neuf pour cent des personnes âgées de plus de 75 ans ont des connaissances en santé inférieures à la moyenne, alors que ce chiffre est de 23% pour les 65 à 74 ans et 13% pour les 50 à 64 ans [46].

1.5 Les services d'urgences hospitaliers

1.5.1 Définitions

Selon le Larousse, une urgence est une situation dont on doit s'occuper sans retard ou une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement [55].

Dans la langue française, le terme « urgence » est apparu vers le XIXe siècle. Initialement « l'urgence » était un terme médical spécifique de la chirurgie pour ensuite se généraliser à l'ensemble des spécialités médicales. Progressivement, l'utilisation de la notion d'urgence va s'étendre à d'autres domaines sociaux, politiques, et finalement être utilisée dans le langage courant. [56]

L'urgence médicale ne possède pas de définition stricte. Pour une majorité de médecins elle peut être définie par des situations pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel du patient et nécessitant une prise en charge médicale à court terme ou immédiate. Cette définition peut être considérée comme celle des urgences médicales dites « vraies ». Ainsi la notion d'urgence médicale se confond avec celle de la mort ou du handicap, et traduit la réalité de situation de crise aigue.

Cependant en pratique, la notion d'urgence médicale n'est pas aussi clairement définie par des critères cliniques objectifs. L'urgence médicale pour la population est un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, et inquiète à tort ou à raison l'intéressé et/ou son entourage. Dans ce cas de figure, on pourrait qualifier ces situations comme des urgences « ressenties » [57].

Marc GIROUD précise que « la médecine d'urgence peut être un recours par défaut, lié à la problématique des permanences dans les autres spécialités et à la territorialisation de l'offre de nuit, donc l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence. Par exemple, un enfant qui s'est coincé une bille dans le nez à 10 heures du matin relève d'une prise en charge d'un ORL en médecine de ville. Cependant si cet enfant avait coincé la bille à 22 heures alors cette situation serait une urgence » [58].

1.5.2 Organisation des soins d'urgences

L'apparition des services d'urgences se fait dans la seconde partie du XXe siècle. La médecine d'urgence est donc une médecine jeune qui mute en permanence avec les évolutions sociétales.

Actuellement la médecine d'urgence est organisée selon les décrets n°2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006. La prise en charge des soins d'urgences peut débuter en préhospitalier par les centres d'appel SAMU/centre 15 qui permettent de faire la régulation des patients, le transport des patients graves par le SMUR vers les centres d'accueil d'urgences.

1.5.3 Activité des services d'urgences hospitaliers en France

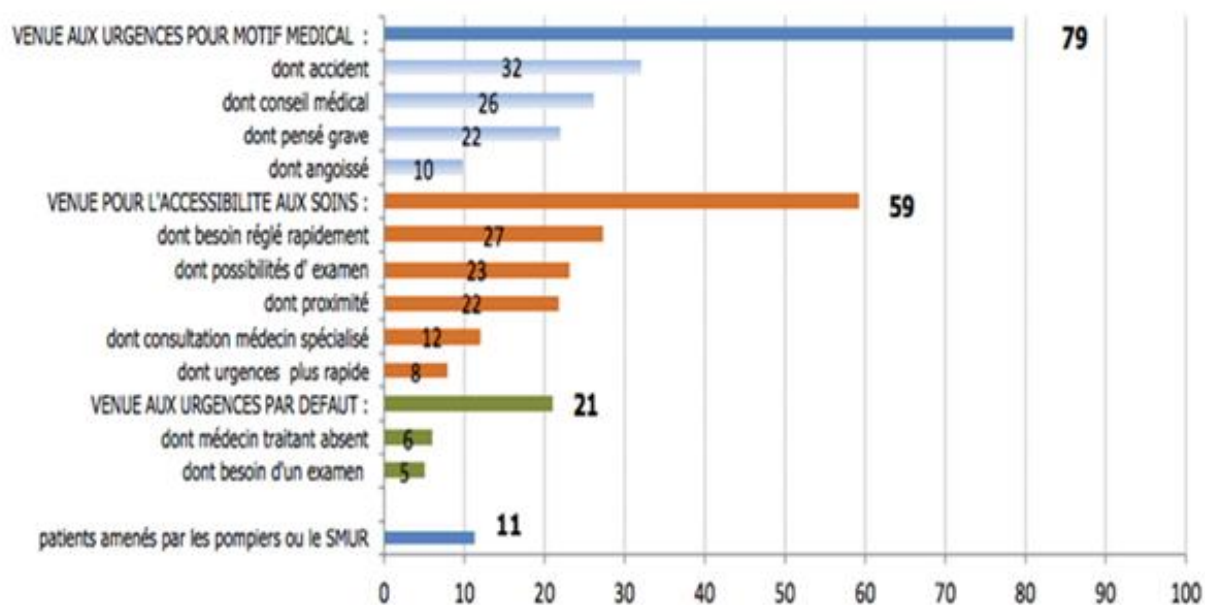
Progressivement, les soins d'urgences se sont organisés pour répondre à une demande d'accès aux soins d'urgences toujours plus croissante : plus de dix millions de passages par an, soit un français sur six. En 2013 on dénombre 18 millions de passages aux urgences, en 2014 ce chiffre passait à 19,7 millions et atteint en 2015, 20,3 millions, soit une augmentation d'environ 3% par an [59].

La fonction principale des services d'urgences hospitaliers est une mission de service public. Ils offrent une permanence de soins non programmés de façon continue, soit 7jours/7 et 24H/24, sans distinction de motifs ou de revenus des patients. Cependant, la priorité des services d'urgences reste dédiée aux urgences vitales et aux traumatismes graves, notamment suite aux accidents de la voie publique. Leurs missions consistent alors à maintenir les fonctions vitales et fonctionnelles, identifier les problèmes médicaux, mettre en place le traitement et enfin orienter vers les services adéquats [60].

Les médecins des urgences doivent s'attacher à organiser la continuité des soins à la sortie des patients avec les professionnels libéraux.

Ils ont également une mission de prévention et d'éducation dans l'usage des soins. Les patients doivent recevoir des instructions à leur sortie pour éviter les répétitions des situations qui les ont amenées à consulter aux urgences [60].

L'activité des services d'urgences s'articule avec la permanence de soins ambulatoires non programmés proposée par la médecine libérale. Celle-ci, devenue insuffisante, a rendu l'activité des urgentistes très variée. Les services d'urgences doivent donc s'adapter à l'évolution des comportements et des demandes des patients.



Source : Drees, Panorama des établissements de santé 2014

Figure 9 : Motifs de recours aux urgences avancés par les patients

Bien que la majorité des patients consultent aux urgences pour des motifs médicaux, on constate que 26% n'avaient besoin que de conseils dont 10% pour soulager leurs angoisses. Parmi ceux qui consultent pour avoir accès à des soins médicaux, 22% ont choisi les urgences pour raison de proximité géographique et 12% d'entre eux évoquent la possibilité de consulter un spécialiste (Fig 9). Un patient sur cinq évoque l'absence de solution proposée dans le parcours de soins de ville [59].

1.5.4 Les urgences et le lien social

Les centres d'accueil d'urgences sont des carrefours importants entre l'hôpital et la détresse humaine et sociale. Ces services représentent souvent le mode d'entrée

des patients hospitalisés et donc la vitrine de certains établissements de soins, mais ils sont également le lieu de gestion de situations de crises sociales.

Selon Belorguey [61], les services d'urgences peuvent être considérés comme un réceptacle de tous les problèmes sociaux qui n'ont pas trouvé solution dans les autres institutions d'assistance. Les urgences ont hérité de la logique d'hospitalité des anciens hospices du moyen-âge. Ces institutions s'adressaient aux plus démunis qui étaient reçus par des religieuses qui leur offraient un soutien spirituel à défaut de proposer une médecine efficace. L'expression de cette logique d'hospitalité de nos services d'urgences dépend de la conjoncture économique. Depuis les années 1970, la dégradation progressive de la situation économique exacerbe ce rôle joué par les urgences. Belorguey rappelle que la Dress a montré la surprésentation des employés et des ouvriers parmi les patients ayant recours aux services d'urgences.

Les patients en situation irrégulière sur le territoire ou en situation de précarité consultent aisément aux urgences soit par manque de moyen soit par méconnaissance des autres services d'aides. La prise en charge de certaines personnes âgées représente un déficit social grandissant. Elle constitue une population plus fragile, polypathologiques, présentant plus souvent des problèmes d'autonomie, d'autant plus si elles sont isolées [59]. L'isolement familial constitue un facteur limitant pour la sortie des ces patients à la fois du service des urgences vers leur domicile mais également vers les autres services en cas d'hospitalisation. Comme le rappelle VASSY [62], les urgences sont le lieu par excellence où les tensions entre services se révèlent au quotidien, et des négociations doivent être menées par les urgentistes pour convaincre les autres services d'admettre leurs patients pour une hospitalisation.

Ces patients âgés nécessitent le plus souvent des durées d'hospitalisation plus longues, en effet l'isolement familial et social contraint les services à garder ces patients jusqu'à ce que la situation sociale soit réglée. Ces rallongements de durée

d'hospitalisation ont un coût élevé ce qui représente une grosse contrainte dans le budget du service.

1.5.5 Les urgences : un cadre anxiogène

Un service d'urgence est un lieu un hautement anxiogène. L'activité humaine y est intense, les patients et les accompagnateurs assistent à des scènes qui leur sont inhabituelles, où la douleur humaine s'exprime par des pleurs ou des cris. Quant aux soignants, ils doivent faire face au désarroi et parfois l'agressivité de certains patients.

1.5.5.1. Conséquences pour le patient

L'urgence ressentie par le patient est déjà une source de stress importante : le patient ne sait pas ce qui lui arrive, il ressent une perte de contrôle, se demande si c'est grave, s'il existe un traitement. Lorsqu'il est pris en charge, il est confronté à un temps d'attente parfois très long pendant lequel aucun membre du personnel ne peut l'informer sur l'heure de son premier entretien avec un urgentiste. Même après avoir vu le médecin, l'attente peut se prolonger longuement pour obtenir des résultats d'examens complémentaires. Le patient peut également être partiellement dévêtu dès le passage au box de l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation), ce qu'il peut interpréter comme une dépossession de ces biens et générer de l'angoisse. De plus, le patient peut avoir des interrogations sur son état de santé ou sur sa prise en charge auxquelles il n'obtiendra pas de réponse, soit parce qu'il n'aura pas eu l'occasion de poser ses questions, soit parce que le personnel n'aura pas répondu à ses attentes

lors de leurs interactions. Tout ceci peut conduire à une réelle impression d'impuissance et d'incompréhension et générer de la colère et des violences [62].

Selon le rapport de l'observatoire national des violences en milieu de santé de 2017 [63], les services d'urgences sont les plus touchés par les actes violents après les services de psychiatrie. Parmi les violences déclarées, on retrouve les agressions physiques à 22% en 2015 et 19% en 2016, et les violences verbales à 78% en 2015 et 81% en 2016. Les motifs recensés pour les violences commises sont multiples. On y retrouve :

- la durée de l'attente
- l'incompréhension sur les priorités médicales
- les inquiétudes sans réponses de la part du personnel
- la prise en charge de patients à risque tels que les toxicomanes, l'éthylisme aigu, les patients atteints de pathologies psychiatriques
- une disposition architecturale inadaptée
- une installation ou un matériel défectueux : toilettes hors service, manque de papier etc.

Bien que les violences puissent survenir tout au long de la journée de par l'activité continue des services d'urgences, on constate une recrudescence de violences en début de soirée (fig 10).

Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

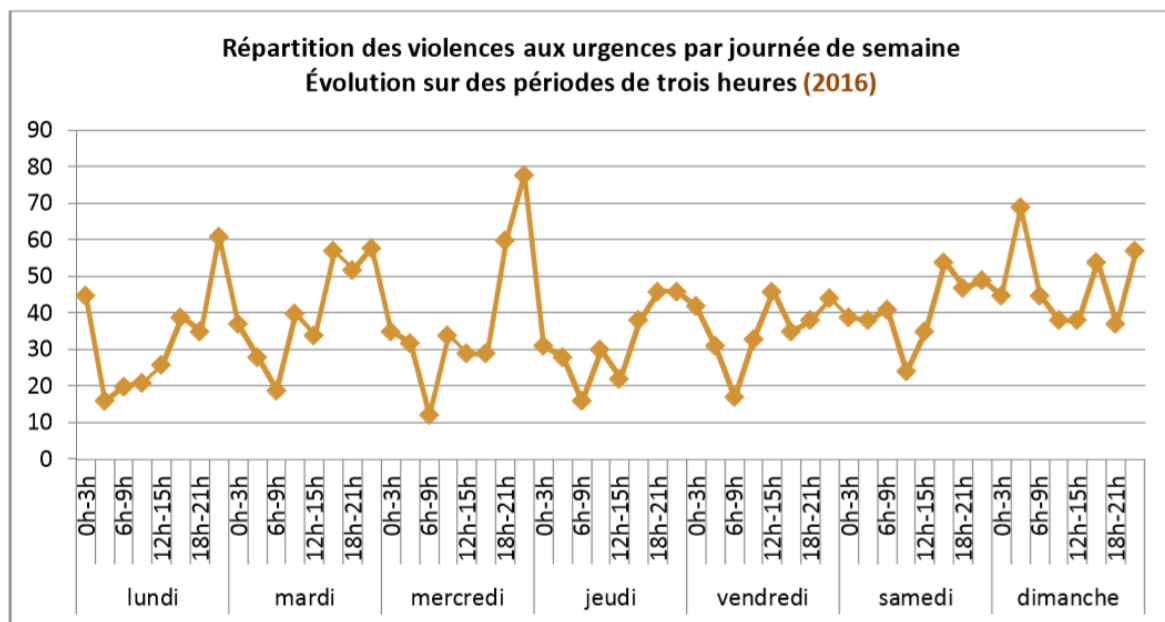


Figure 10 : Evolution des violences aux urgences au cours d'une journée

La grande majorité du temps les auteurs de violences sont soit les patients, soit les accompagnateurs, et sont commises envers le personnel des urgences. Des rixes entre visiteurs et/ou patients sont possibles. Les cas les plus graves sont les affrontements de bandes de délinquants ennemis, l'intrusion de plusieurs personnes à la recherche d'un patient consultant pour blessure par arme, l'évasion de détenu.

1.5.5.2. Conséquences pour les soignants

Dans le milieu de la santé, le stress au travail est plus important que dans les autres domaines. Il est généralement admis que le personnel soignant des urgences est plus fortement touché que les autres spécialités médicales. Kowalenko et al rappellent que « les médecins des urgences estiment que la violence et une

atmosphère générale incontrôlée font partie du travail et sont fiers de la capacité de leur personnel à faire un excellent travail dans cette atmosphère » [64].

Les facteurs de stress qui impactent le personnel soignant des urgences sont variés.

On retrouve fréquemment [65, 66] :

- les mauvaises relations entre le personnel
- les responsabilités administratives
- les interruptions fréquentes dans les tâches en cours
- les interruptions de sommeil.

Cependant d'autres facteurs de stress sont inhérents à l'exercice de la médecine d'urgence. Le flux abondant et continu de patients occasionne une lourde charge de travail dans des temps limités et engendre souvent un épuisement professionnel. La gestion quotidienne de situation de vie, et/ou de mort, la peur de l'erreur et la violence des patients impactent l'état émotionnel des urgentistes et peut conduire à des syndromes dépressifs ou des syndromes de stress post traumatiques, et même au suicide.

Les violences subies par les professionnels des urgences engendrent une diminution de la qualité de la prise en charge, une diminution de productivité, un changement d'attitude avec un désinvestissement, un roulement du personnel plus important, et des pertes financières pour le soignant et pour l'employeur [67].

Vanyo [68] rappelle la prévalence des syndromes de stress post-traumatique diagnostiqués chez les résidents en médecine d'urgence aux États-Unis serait entre 11,9% et 21,5%. Trente pour cent d'entre eux présenteraient des symptômes de syndrome de stress post-traumatique. Le pourcentage de résidents touchés par des

symptômes de stress post-traumatique augmenterait de façon significative en fonction de leur niveau de formation [69].

Le burn out ou épuisement professionnel des travailleurs aux urgences est constitué de 3 dimensions [70] :

- L'épuisement émotionnel : qui correspond au fait d'atteindre son seuil de saturation émotionnelle et de ne plus être capable d'accueillir une nouvelle émotion. Cette dimension peut être prédite par une charge de travail excessive et le manque de soutien social.
- Le cynisme ou encore appelé la déshumanisation par certains auteurs, est associé à la charge de travail et au contrat de travail à durée indéterminée.
- La réduction de l'efficacité professionnelle, est associée aux conflits interpersonnels avec les collègues, le manque de soutien social.

Pour Grebot [71] le burn out des urgentistes est très spécifique. Il se caractérise par :

- Un faible niveau d'épuisement émotionnel qui serait en partie lié au fait que cette attitude est valorisée et correspond aux normes de la profession.
- Un haut niveau de déshumanisation de la relation au patient, qui peut engendrer des maltraitances. Celles-ci sont la résultante, non pas de l'intention de faire mal ou de nuire, mais l'expression d'un sentiment d'impuissance, et de routine aux conditions de travail (manque de moyens ou d'effectifs, charge émotionnelle intense), aux problèmes institutionnels (manque de temps) ou aux patients difficiles (agressifs ou peu coopérants)

II. Matériel et méthode

2.1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude a été d'évaluer le niveau de compréhension des informations transmises aux patients lors de leur passage aux urgences.

Les objectifs secondaires ont été de déterminer les facteurs qui intervenaient dans la compréhension des patients. Nous avons tenté également de déterminer si les patients étaient conscients de leur propre niveau de compréhension.

2.2. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale prospective monocentrique dans le service d'urgences du Centre Hospitalier Louis Domergue (CHLD) à la Martinique.

L'étude a été menée sur un mois : du 14 mai au 15 juin 2018.

L'entrevue de sortie était le dernier moment où le médecin pouvait expliquer les résultats des examens effectués lors du bilan du patient, ainsi que les différentes directives nécessaires pour la suite de la prise en charge à domicile. Un **médecin observateur** assistait aux entretiens de sortie des patients réalisés par un autre **médecin examinateur**. Ce médecin observateur relevait les éléments pertinents des informations fournies dans les domaines suivant : les résultats des examens

complémentaires, le diagnostic, l'ordonnance de traitement, les consignes de sortie, les éventuels examens à réaliser en externe et le courrier de sortie. Assister aux entretiens nous a paru important car les médecins avaient tendance à fournir plus d'informations verbales aux patients qu'ils n'en inscrivent dans le dossier médical. De plus, le patient ne peut comprendre que ce qui lui a été dit et expliqué et non ce qui est écrit dans son dossier.

Dans les cas où le médecin examinateur n'a pas pu assister à l'entretien de sortie, une entrevue a été menée avec le médecin examinateur du patient pour savoir qu'elles ont été les informations transmises, et préciser s'ils ont employé des termes spécifiques à la médecine lors de leur explication.

Dans un second temps, après avoir obtenu le consentement des patients pour participer à l'étude, le médecin observateur a procédé à l'interrogatoire des patients selon un questionnaire, juste avant sa sortie. De cette façon, nous avons tenté de réduire les biais de mémorisation du patient.

Nous avons classé l'information selon des **domaines** : les soins, les prises de sang, l'ECG, la radiographie, le diagnostic, le traitement, et les consignes de sortie. Leur analyse a été faite par le médecin observateur en les classant par concordance des réponses :

- totale, lorsque tous les éléments pertinents coïncidaient
- partielle, lorsque au moins un élément ne coïncidaient pas ou n'était pas rapporté
- nulle, si aucun élément pertinent ne coïncidait ou si le patient était incapable de répondre.

La compréhension globale des patients correspondait à la compréhension de l'ensemble des domaines d'information. Un patient obtenait une compréhension globale :

- Totale, lorsque la concordance de l'ensemble des domaines d'information était totale.
- Partielle, lorsqu'il présentait une concordance partielle dans au moins un domaine d'information.
- Nulle, si aucun domaine d'information ne présentait de concordance.

Le médecin observateur ne portait pas de blouse afin de ne pas être assimilé à l'équipe soignante.

Initialement les patients ont été approchés une fois que toutes les informations avaient été transmises et les documents de sortie remis. Cependant, les premiers essais pour inclure les patients dans l'étude se sont soldés par des échecs car les patients ont tous exprimé le besoin de rentrer chez eux sans plus tarder. Donc dans la mesure du possible, le médecin observateur se présentait et demandait aux patients leur consentement avant qu'ils ne reçoivent l'information de sortie.

2.3. La population étudiée

2.3.1. Critères d'inclusion :

Tout patient consultant aux urgences, dont l'orientation a été le retour à domicile et qui a consenti à participer à l'étude.

2.3.2. Critères d'exclusion :

- Antécédents (ATCD) de démence, troubles cognitifs et patients présentant un trouble de la vigilance ou un retard intellectuel.
- Les patients âgés de moins de 16 ans non accompagnés des parents
- Les patients ayant des troubles auditifs
- Les patients ne parlant ni français ni créole

2.4. Lieu de l'étude

Le service d'urgences de l'Hôpital Louis Domergue accueille toutes les urgences du nord atlantique de l'île. Il reçoit en moyenne cinquante-cinq patients par jour soit environ 16 500 patients par an, et compte 20% d'hospitalisation des patients consultant dans le service.

2.5 Matériel

2.5.1. Le questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant d'études précédentes qui évaluaient le niveau de compréhension des instructions de décharge à la sortie des services d'urgences.

Il comporte trois parties :

- La première partie a pour objectif de recueillir les caractéristiques sociodémographiques du patient (prénom, âge, sexe, lieu de naissance, niveau d'étude, profession, première langue parlée au quotidien : créole ou français)
- La deuxième partie permet de l'interroger sur son ressenti au sujet de la relation et la communication avec le médecin examinateur qui l'a pris en charge (niveau de stress, de douleur, sentiment d'avoir été écouté et compris...)
- La troisième partie permet de recueillir les informations délivrées par le médecin, les informations retenues par les patients, et leur auto-évaluation sur leur niveau de compréhension des informations transmises.

2.5.2. Les outils statistiques

Les données ont été traitées par le logiciel Excel. Les données sociodémographiques et la compréhension ont été traitées par des pourcentages. Les questions où les patients avaient la possibilité de choisir entre plusieurs réponses pour évaluer leur satisfaction ainsi que l'auto évaluation de leur compréhension ont été traitées avec des moyennes pondérées. Un test de Khi2 a été calculé pour déterminer s'il existe un lien statistique entre la compréhension et les facteurs démographiques, ou certains facteurs liés à la communication. Une valeur $P < 0,05$ a été considérée comme significative. Un coefficient T (de Tschuprow) qui mesure la force du lien a été calculé pour préciser l'importance de la corrélation entre certains facteurs et la compréhension.

III. Résultats

3.1. La population

3.1.1 Les médecins examinateurs

Il y a eu 15 médecins examinateurs, 10 médecins seniors urgentistes, 3 internes du service et 2 internes de garde. Il n y a eu qu'un seul médecin observateur.

3.1.2 Les patients inclus

Nous avons proposé à 237 patients de participer à notre étude, finalement 178 patients ont été à inclus.

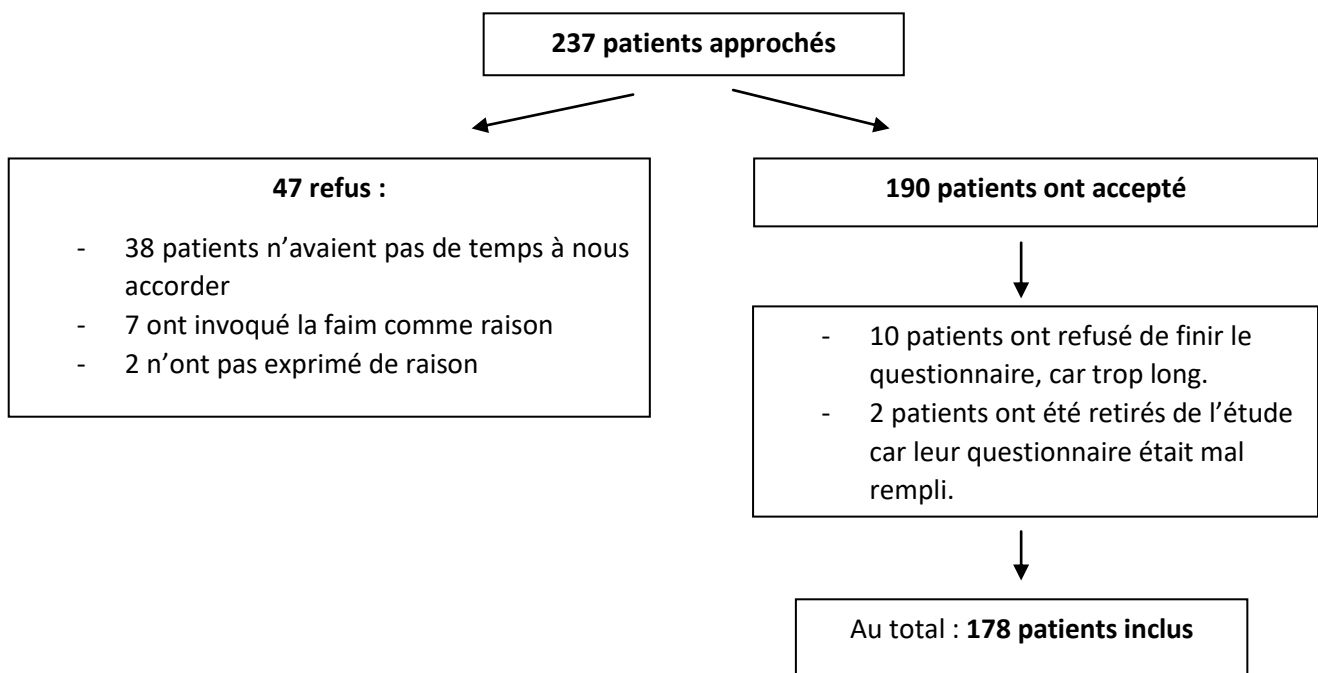


Figure 11: Recrutement des patients

3.1.3. Répartition de notre échantillon selon l'âge.

On dénombre 75 **hommes (42%)** dans notre effectif et 103 **femmes (57%)**. Les deux tranches d'âge les plus représentées sont les 30-49 ans, qui comprend 61 patients (34%), et les 50-69 ans avec 57 patients (32%)

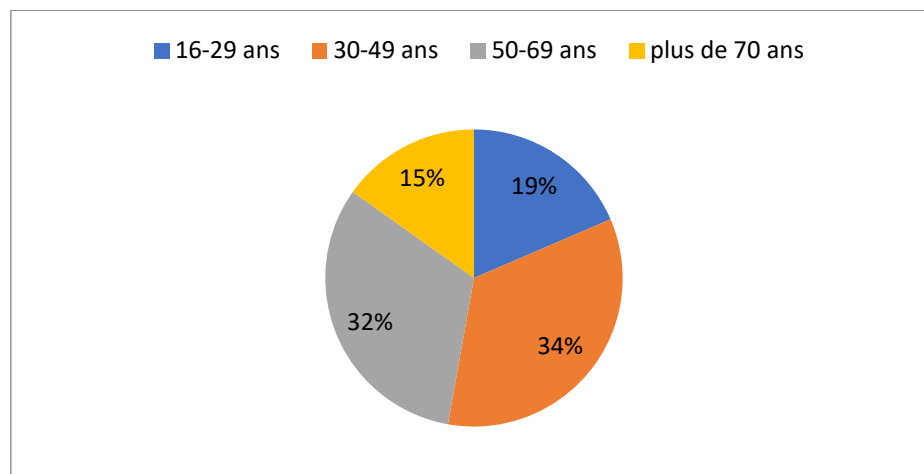


Figure 12 : Effectif de l'échantillon selon les tranches d'âge

3.1.4. Origine géographique des patients

La très grande majorité des patients étaient **originaires de la Martinique soit 85%** de notre échantillon. Les patients originaires de la France métropolitaine étaient au nombre de 15 (8%) et ceux ayant d'autres origines au nombre de 12 soit 7% (Guadeloupe, Haïti, Guyane, Maroc, Chine, Albanie, Irlande).

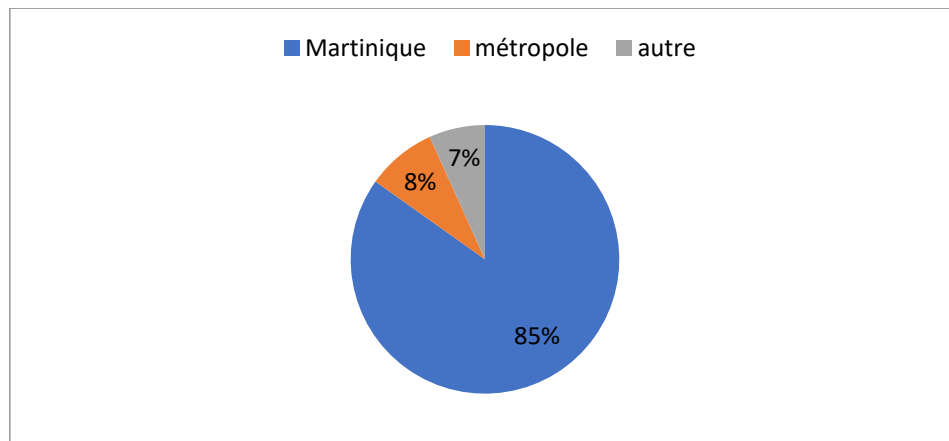


Figure 12 : Origine géographique des participants

3.1.5. Répartition de la population selon la langue utilisée.

70% des participants déclaraient utiliser plus souvent le **français** au quotidien car ils se sentaient plus à l'aise avec cette langue pour communiquer. Les autres préféraient le créole.

3.1.6. Niveau de scolarité

62% avait un niveau inférieur au bac : **29%** avaient arrêté leur scolarité en **3^e**, **10% au certificat d'étude** et **23%** avaient un diplôme de **CAP/BEP**. 18% des participants ont fait des études supérieures.

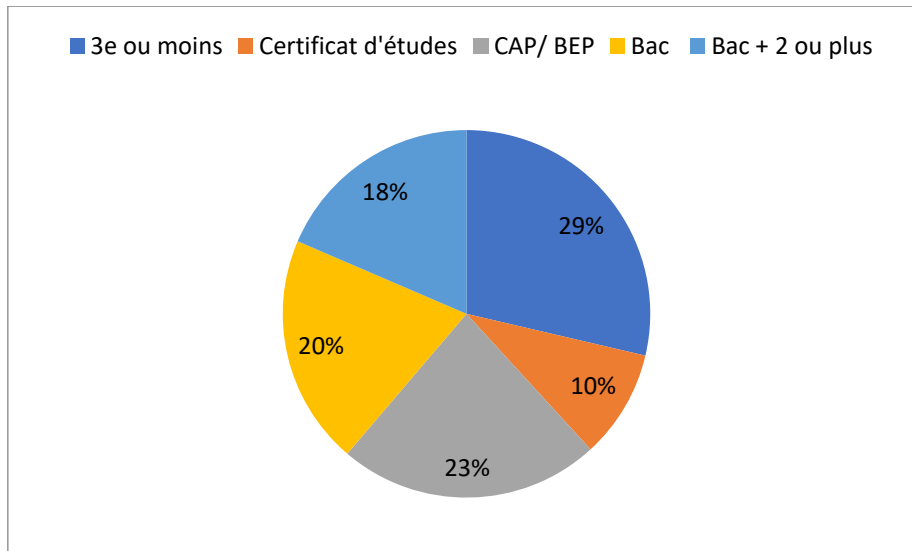


Figure 13 : Répartition du niveau scolaire des participants

3.1.7. Motif de consultation

Les patients recrutés ont consulté aux urgences sans avis médical préalable dans 73% des cas. 48 patients (27%) se sont présentés aux urgences après avoir été conseillé par un médecin. 52% consultaient pour un problème traumatique et 48% pour un problème médical.

3.2 Les conditions de la communication

3.2.1 Contexte de la communication

3.2.1.1. Le lieu où l'information est transmise

L'information de sortie a été transmise à 67% dans le couloir du service. 59 patients soit 33% ont reçu l'information dans un box.

3.2.1.2. Les patient se sentent-il a l'aise pour communiquer ?

80% des patients ont estimé être correctement installés pour pouvoir communiquer avec leur médecin.

3.2.1.3. Condition d'audition des patients

L'environnement des urgences est parfois bruyant, mais seuls 5 patients ont déclaré avoir présenté des difficultés à entendre leur interlocuteur. Cependant, ils ont précisé que ce n'était pas lié aux bruits du service mais à leur baisse d'audition.

3.2.1.4. Evaluation par les patients du temps accordé par le médecin pour la communication

La moyenne pondérée d'évaluation de la satisfaction du temps d'information est de 4/5.

notation du temps	1	2	3	4	5	Moyenne pondérée
Nombre de patients	2	7	26	95	48	4,01

Tableau 1 : Répartition des notes attribuées par les patients pour l'évaluation du temps qui leur a été accordé par les médecins urgentistes pour transmettre l'information médicale.

(Légende : 1 : inexistant, 2 : insuffisant, 3 : modéré, 4 : bien, 5 : parfait)

3.2.1.5. Le niveau de stress des patients

Le niveau de stress présenté par les patients durant l'entretien de sortie était assez faible, 77% des personnes interrogées ont déclaré ressentir au maximum un stress modéré.

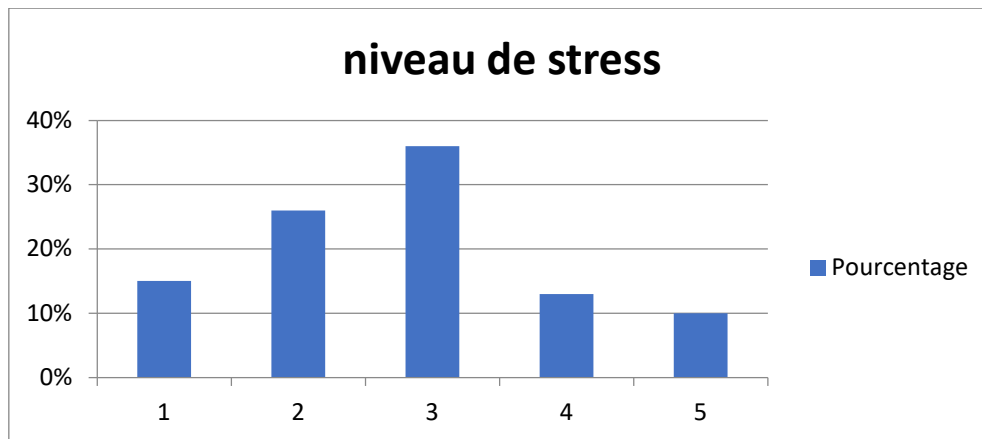


Figure 14 : Niveau de stress déclaré par les patients

3.2.1.6. Les domaines d'informations non communiqués aux patients

Lors de leur sortie, toutes les informations relatives au passage aux urgences (examens complémentaires, diagnostic, consignes de sortie...) n'étaient pas toujours fournies de façon exhaustive au patient. L'électrocardiogramme était le domaine d'information le plus oublié, avec 17% des ECG dont les résultats n'avaient pas été communiqués. Cependant, tous les patients ont bénéficié d'une information orale sur : les ordonnances, les consignes de sortie, les examens à réaliser en externe et le courrier de sortie (Fig.15).

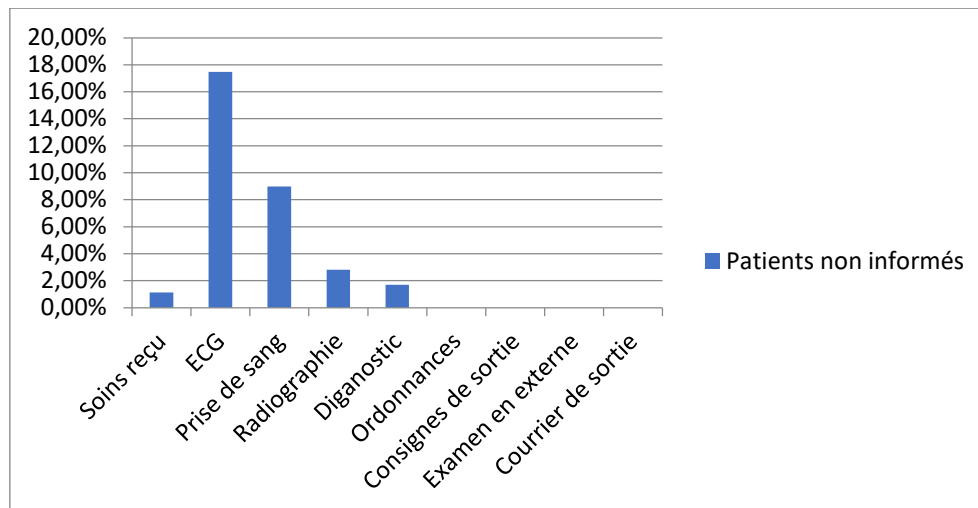


Figure 15 : Pourcentage de patients n'ayant pas été informé selon le domaine alors qu'ils en ont bénéficié.

3.2.2. Relation patient médecin

Les patients ont présenté une grande confiance envers les médecins urgentistes. Seuls 5% des patients déclaraient ne pas avoir été en confiance avec le médecin qui était en charge de leur dossier.

172 patients **(97%) ont eu le sentiment d'avoir été écouté par le médecin**, et 171 **(96%) pensent que le médecin a été capable de les comprendre d'un point de vue émotionnel**.

3.2.3 Communication verbale

3.2.3.1 Difficultés à comprendre le médecin

Au sujet de la communication verbale, **85% des patients ne ressentent pas de difficultés à comprendre ce qui leur a été dit**. Seuls 15% des patients déclarent ne pas avoir compris au moins un mot prononcé par le médecin.

3.2.3.2. Les patients recherchent t-ils de l'information ?

51% des patients ont posé des questions sur ce qu'ils n'avaient pas compris ou ont posé des questions sur leur état de santé.

3.2.3.3. Les patients qui auraient préféré communiquer en créole

35 patients (**20%**) ont exprimé le fait qu'ils auraient eu plus de chance de comprendre l'ensemble des explications s'ils avaient reçu les informations en **créole**.

3.2.4 La satisfaction des patients pour la communication

Nous avons demandé aux patients de noter sur 10 leur niveau de satisfaction pour la communication avec le médecin urgentiste. Les notes attribuées ont été

importantes avec très peu de notation en dessous de 6/10. La **note moyenne de la satisfaction est 8,4/10**.

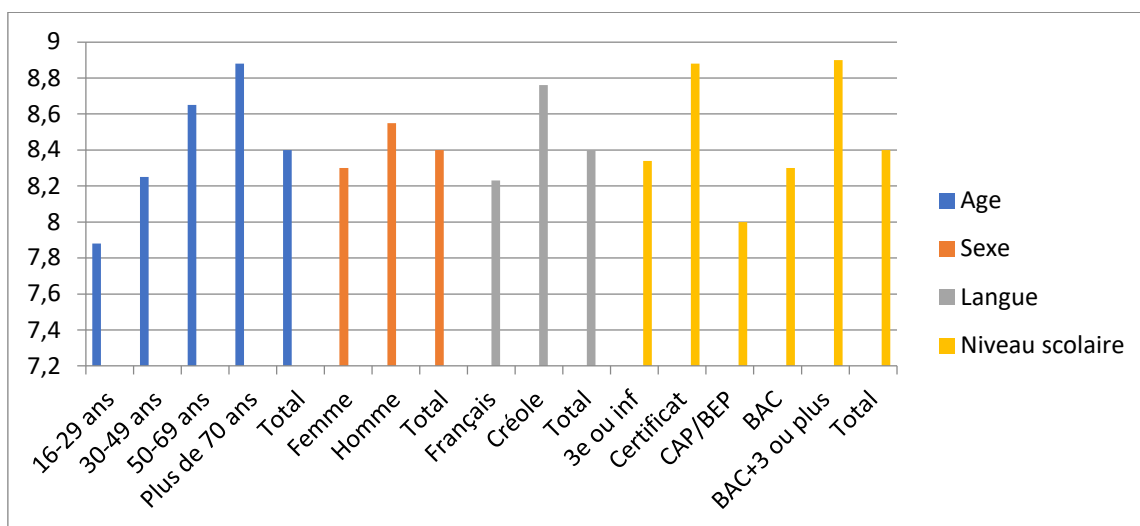


Figure 16 : Note moyenne de satisfaction des patients au sujet de la communication de leur médecin, en fonction des catégories sociodémographiques.

3.3 La compréhension par domaine d'information

- Par domaine d'information, la compréhension totale est majoritaire. Cependant **la proportion de compréhension partielle et nulle est plus importante pour les informations relatives au diagnostic, au traitement et aux consignes de sortie.**
- Les **consignes de sortie** avaient été **totaleme nt comprises** dans **44%** des cas. 49% des patients avaient parfaitement compris leur diagnostic et 19% en avaient une compréhension nulle.

- Bien que toutes les ordonnances soient dactylographiées, pour une meilleure lisibilité, 34% des patients les ont comprises partiellement.
- 23% des patients ne savaient pas qu'ils avaient en leur possession le courrier de sortie.

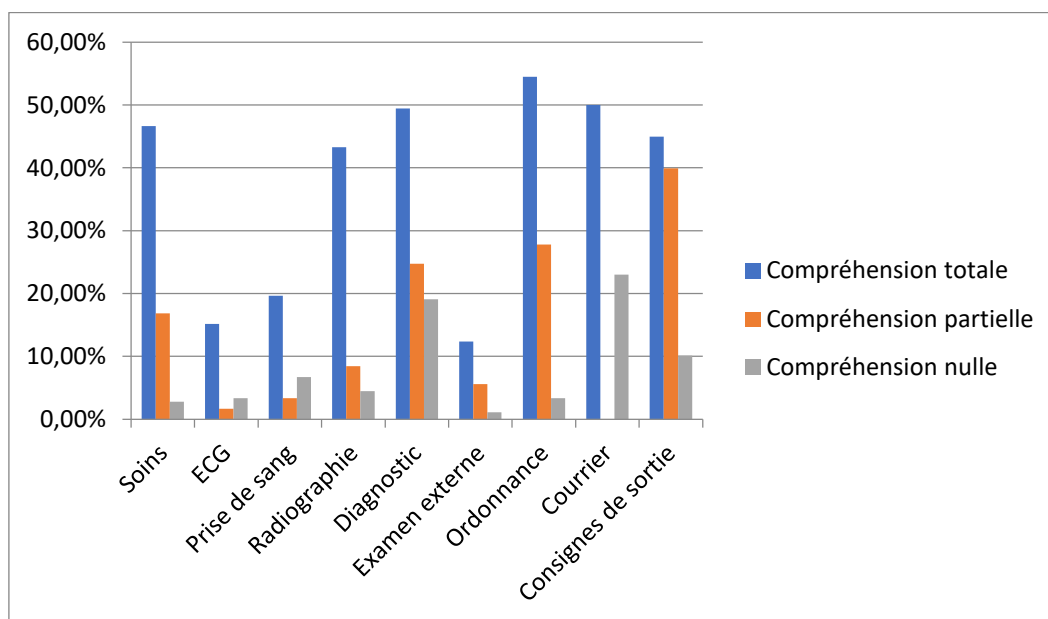


Figure 30 : Niveau de compréhension selon domaines d'information

3.4 Compréhension globale

3.4.1. Niveau de compréhension globale des patients

Notre étude a montré qu'il n'y a eu que 35 de patients, soit **20%** de notre échantillon, qui ont **tout compris** (les soins, les examens complémentaires, le diagnostic, les ordonnances, les consignes de sortie, les examens complémentaires à réaliser en externe, et le courrier de sortie). **80%** des patients ont présenté une

compréhension partielle des informations qui leur ont été données. Aucun patient n'est reparti du service des urgences sans avoir compris au moins une des informations qui lui avaient été transmises.

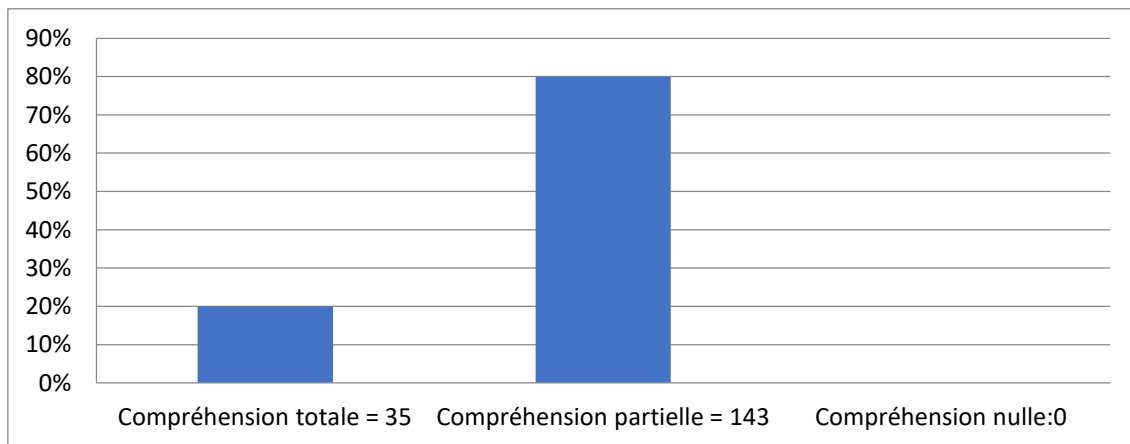


Figure 17 : Répartition du niveau de compréhension globale des patients

3.4.2 La compréhension globale selon les caractéristiques socio démographiques

3.4.2.1 La compréhension selon l'âge

Nous avons étudié la concordance des réponses selon les tranches d'âges : les 30-49 ans ont présenté le taux le plus élevé de compréhension totale, soit 31%, suivi des 18-29 ans avec 22%.

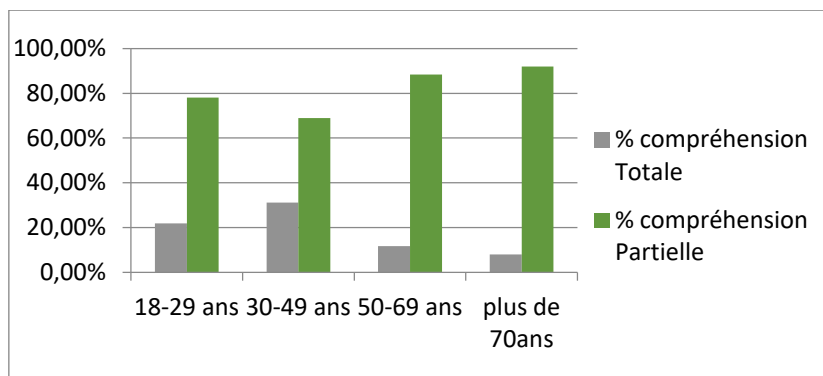


Figure 18 Niveau de compréhension selon les tranches d'âges

3.4.2.2. La compréhension selon le niveau d'étude

La compréhension totale des patients ayant un niveau bac a été de 37% et ceux de niveau bac+3 de 40%. En dessous du niveau Bac, la concordance totale des réponses a chuté à 10% ou moins.

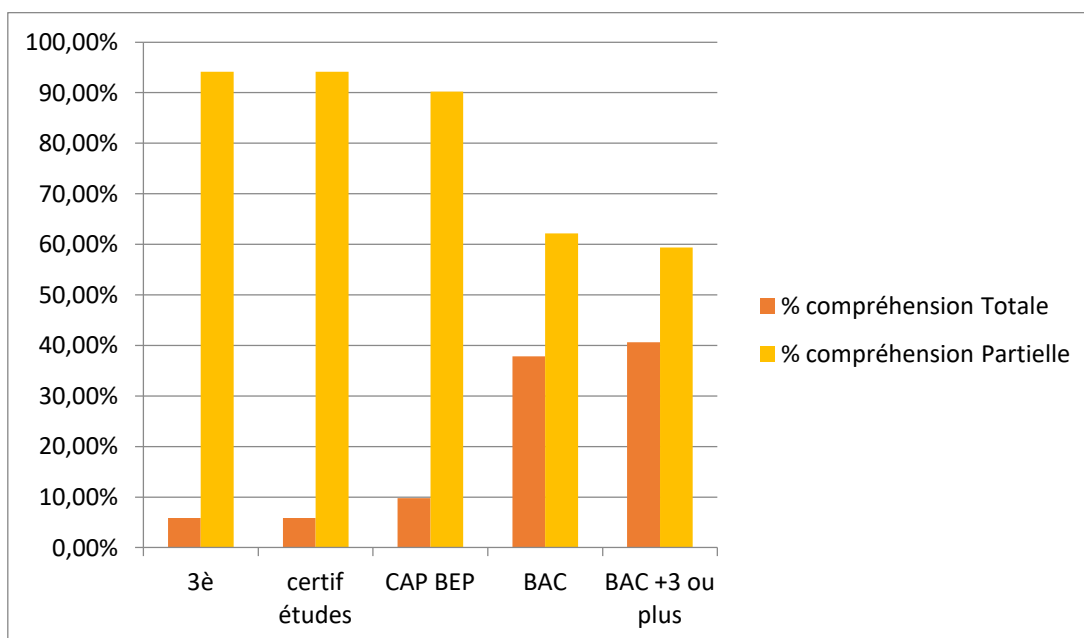


Figure 20 : Niveau de compréhension selon le niveau scolaire

3.4.2.3. La compréhension selon la langue

Les usagers se sentant plutôt francophones au quotidien ont présenté une compréhension totale de 28% contre 3% pour ceux qui préféraient le créole.

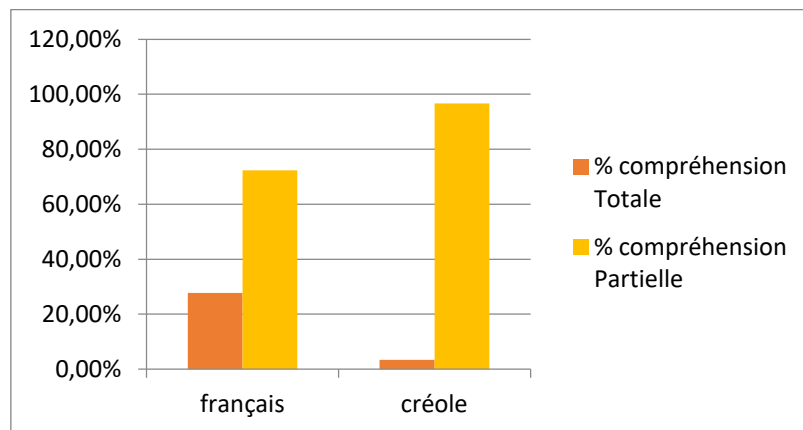


Figure 21 : Niveau de compréhension selon les préférences de la langue utilisée au quotidien

3.4.2.4. La compréhension selon la satisfaction du temps accordé par le médecin

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre la satisfaction des patients au sujet du temps accordé par les médecins pour leur fournir les informations et le niveau de compréhension des patients. Toutefois, nous n'avons relevé aucune compréhension totale chez les patients qui étaient très insatisfaits du temps accordé par le médecin.

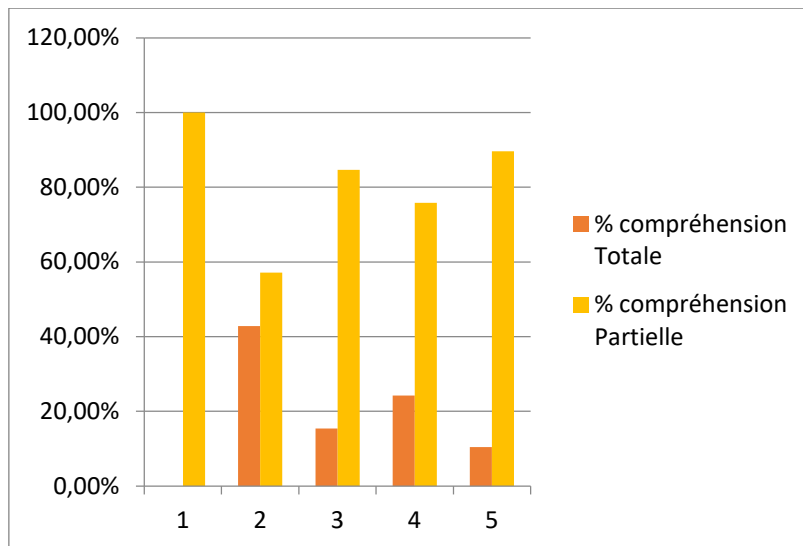


Figure 27 : Compréhension selon la satisfaction des patients pour le temps accordé par le médecin pour les informer

(Légende : 1 : inexistant, 2 : insuffisant, 3 : modéré, 4 : correct, 5 : parfait)

3.4.2.5. La compréhension selon questionnement des patients

Les patients ayant posé des questions ont présenté un meilleur niveau de compréhension, avec 30% de compréhension de totale contre seulement 9% pour ceux n'en n'avaient pas posé.

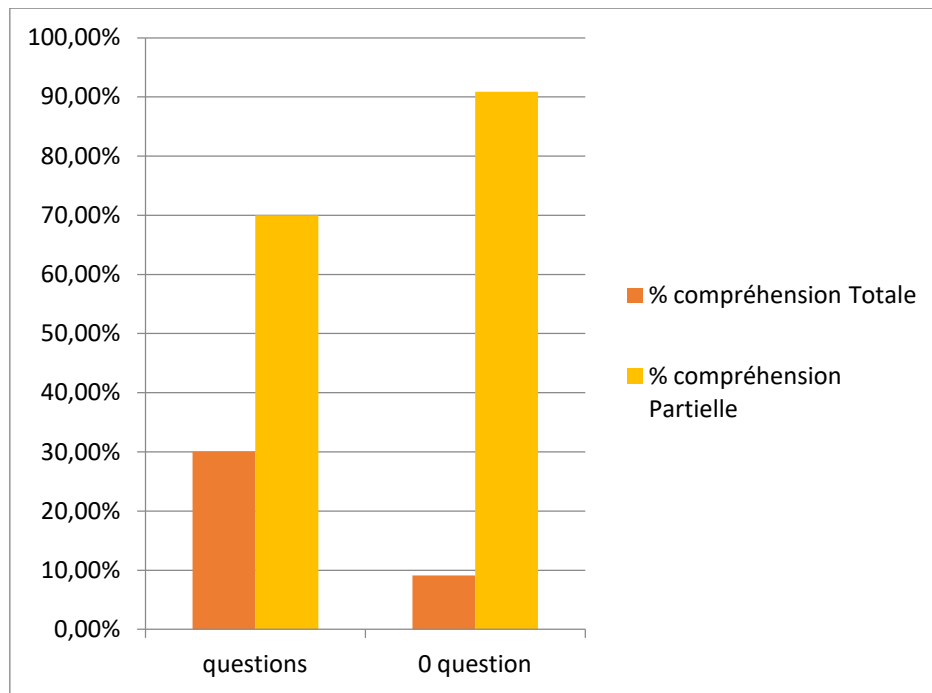


Figure 28 : Compréhension selon le questionnement des patients

3.4.3. Nombre de domaines d'information non compris

Comme nous l'avons vu précédemment 80% de notre échantillon n'ont pas présenté pas une compréhension totale. Parmi eux, 29% ont présenté un défaut de compréhension dans un seul domaine d'information. La majorité d'entre eux ont montré des difficultés d'entendement dans au moins 3 domaines.

	1 domaine	2 domaines	3 domaines ou plus
Nombre de patients présentant un défaut de compréhension	41	39	63
Pourcentage de patients	29%	27%	44%

Tableau 2 : Répartition du nombre de défauts de compréhension en fonction du nombre de domaines concernés

3.4.4. Facteurs corrélés à la compréhension.

Notre étude a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs ayant un lien avec la compréhension grâce au test de Khi2 avec un risque à 5% : **l'âge, le niveau d'étude, la langue préférée au quotidien, les patients qui posent des questions** lors de leur entretien avec le médecin.

	Khi2 Observé	Khi 2 Théorique	P value
Age	9,77	7,81	0,02 < P < 0,025
Niveau d'étude	27,36	9,49	0 < P < 0,001
Langue	14,79	3,84	0 < P < 0,001
Questionnement	12,31	3,84	0 < P < 0,001

Tableau 3 : Détermination du lien entre compréhension et facteurs sociodémographiques selon le test du Khi2

Les Khi2 observés étant tous supérieurs au Khi2 théoriques avec un $P < 0,05$ alors ces facteurs présentent un lien statistiquement significatif avec la compréhension

Cependant chaque facteur était lié à la compréhension à des degrés différents. La langue était le facteur dont la force de liaison à la compréhension a été la plus forte, avec une force de lien à 29%. Le niveau d'étude était corrélé à la compréhension à 27%, la recherche d'information par le biais de questions de la part des patients était liée à 26%. L'âge était le facteur démographique le moins lié à la compréhension des patients.

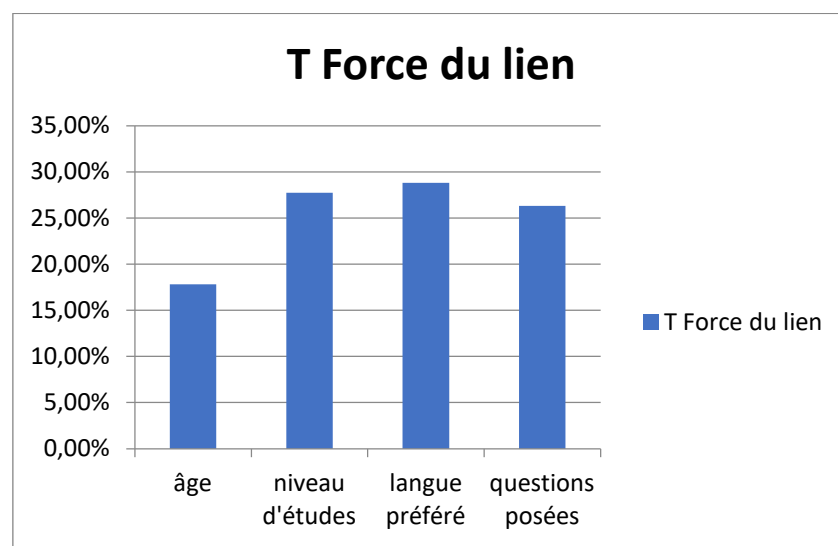


Figure 29 : Calcul du facteur T montrant en pourcentage la force du lien des facteurs socio démographique associés à la compréhension.

3.4.5. Facteurs non corrélés à la compréhension

A contrario, les autres facteurs socio-démographiques ou liés à la communication n'ont pas présenté de corrélation statistique avec la compréhension du patient, notamment :

- Le genre et l'origine du patient
- La présence de douleur ou de stress
- Le motif de consultation qu'il soit médical ou traumatique
- La satisfaction des patients sur le temps accordé par le médecin pour délivrer l'information ainsi que la satisfaction globale sur la communication des médecins

3.5 Défaut de rappel : les oublis du patient

Lors de l'évaluation de la compréhension des patients, nous avons observé que le défaut de rappel participait à mauvaise perception de l'information.

Le nombre de patients ayant présenté **au moins un oubli** de ce qui leur a été expliqué était de 102 soit **57,3%** de notre échantillon. Le domaine dans lequel le défaut de mémorisation des patients était le plus marqué a été celui des **consignes de sortie**, avec 69 patients (**38%**). Les ordonnances de traitements ont représenté le deuxième secteur d'informations le plus touché, avec 10 patients (5%). Les autres domaines ont été assez peu concernés par le défaut de rappel.

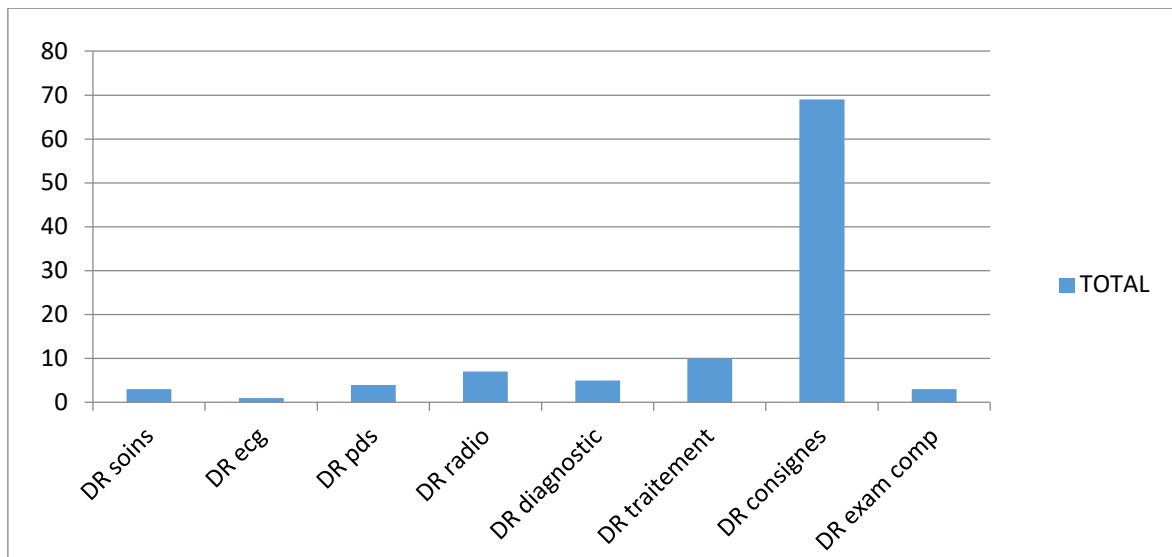


Figure 31 : Nombre de défauts de rappel selon les domaines

3.6. L'auto évaluation des patients sur leur compréhension

Les patients ont été invités à évaluer leur propre compréhension pour chaque domaine qui les concernait en se notant de 1 à 5. En moyenne les patients estimaient avoir une bonne compréhension quelque soit le domaine d'information (4/5).

Note des patients	1	2	3	4	5	Moyenne pondérée
Soins reçus	6	0	12	54	46	4,14
ECG	4	0	0	19	13	4,03
Prise de sang	9	0	2	18	24	3,91
Radiographie	3	2	13	52	30	4,04
Diagnostic	10	6	19	65	66	4,03
Traitement	4	4	13	60	75	4,27
Consignes	9	2	4	83	71	4,21
Examen externe	3	0	1	8	22	4,35

Tableau 5 : Répartition des notes attribuées par les patients pour l'auto évaluation de leur compréhension selon les domaines d'informations.

(Légende : 1 : compréhension nulle, 2 : une compréhension faible, 3 : une compréhension modérée, 4 : bonne compréhension et 5 : compréhension parfaite)

IV Discussion

4.1 Les biais

4.1.1 Biais liés à la présence d'un observateur

- La présence du médecin observateur lors des entretiens de sortie a pu influencer le comportement des médecins examinateurs et favoriser une meilleure communication donc une meilleure compréhension des patients. Cependant ce biais reste difficile à supprimer car le médecin observateur ne peut être le médecin examinateur. Certaines équipes ont utilisé un dispositif d'enregistrement audio lors des entretiens, cependant, même avec cette méthodologie, les médecins examinateurs restent conscients de l'étude en cours et du fait qu'ils sont enregistrés.
- Bien que le médecin observateur se soit présenté comme étant indépendant de l'équipe soignante des urgences, les patients ont pu penser que le médecin observateur et les examinateurs étaient de connivence. Ainsi certains patients ont peut-être eu des réticences à exprimer leur réel ressenti au sujet de la communication vécue avec le médecin examinateur, en attribuant de bonnes appréciations par peur d'être jugés ou de se sentir en port-à-faux avec l'équipe.

4.1.2 Biais de mémorisation

Lorsque le médecin observateur n'a pu assister à l'entrevue de sortie, outre l'entretien avec le patient, le médecin examinateur a été interrogé afin de savoir qu'elle information a été transmise au patient. Dans ce cas, il est possible que certains

soignants aient eu des biais de mémorisation et aient omis de signaler lors de cet entretien des informations transmises oralement.

4.1.3. Biais liés à la présence d'un unique observateur pour le traitement des données

La concordance de certaines réponses ambiguës a été jugée selon l'appréciation du seul médecin observateur. Cette concordance aurait pu être discutée si les médecins observateurs avaient été plus nombreux, afin de limiter la subjectivité.

4.1.4. Biais de sélection

- Les patients n'étaient inclus dans l'étude que s'ils étaient sortant. Ils ne présentaient que des pathologies légères, ce qui était moins anxiogène. Ces pathologies ont pu être plus simples à comprendre pour les patients.
- Le recrutement des patients s'est effectué uniquement en journée. La nuit, avec la fatigue, il est probable que la population ait pu désirer regagner son domicile plus rapidement, ce qui pourrait induire un niveau d'attention moindre et par conséquent une diminution de la compréhension.
- Le motif de refus de participation à l'étude le plus avancé par les patients fut le manque de temps à nous accorder. Cependant l'illettrisme a pu être une raison que les patients n'ont pas osé énoncer. Or, nous savons que ce facteur influence fortement le niveau de compréhension orale.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1. Impact du langage

Au sein de notre étude, 96% des médecins examinateurs étaient francophones, 4% étaient créolophones. La population observée fut d'origine martiniquaise à 85%, avec 70 % de francophones et 30% préférant le créole. 20% des patients ont déclaré qu'ils auraient obtenu une meilleure compréhension si l'information avait été donnée en créole. Lorsque les patients étaient interrogés pour l'étude, plusieurs déclaraient ne présenter aucun problème pour la compréhension du français, mais ont demandé de façon formelle au médecin observateur de s'exprimer en créole. Les patients francophones ont un taux de compréhension totale dix fois supérieur à celui des patients créolophones. Il semblerait que, contrairement à ce que Lukoscheka et al [72] décrivent, la langue peut être une barrière à la compréhension, même si le patient ne le perçoit pas. On peut se demander si la différence de culture y participe.

Le langage médical n'est pas perçu par les patients comme étant un obstacle. Seul 27% des patients déclarent avoir été en difficulté face à certains termes médicaux. Cela montre que les médecins font l'effort d'employer des mots simples lors de leurs explications et de leurs consignes de sortie. Cependant, il a été observé que même lorsque le médecin utilisait des termes médicaux sans les expliquer, la plupart des patients ne s'en rendaient pas compte et ont eu le sentiment que tout le message a été délivré dans un niveau de langue commun.

4.2.2. Les modalités de la délivrance d'information

Les entretiens de sortie ont été réalisés à 67% des cas dans les couloirs. Les patients ayant bénéficié de l'entretien de sortie dans un box étaient surtout des traumatisés physiques nécessitant un plâtre ou une attelle. Il n'y a qu'une patiente qui a exprimé que le fait que recevoir l'information dans le couloir ne lui paraissait pas adapté en raison du manque d'intimité.

Lors des entretiens, l'intégralité des informations n'était pas toujours communiquée. Dans notre travail, les résultats de l'ECG, du bilan sanguin et le diagnostic étaient les moins fréquemment expliqués. Musso et al [74] ont également observé que plusieurs informations n'étaient pas communiquées aux patients sortant des urgences, notamment la prise de sang et le diagnostic. Nous rappelons que les patients ne peuvent comprendre que ce qui leur a été énoncé et expliqué. Il est fréquent pour les médecins urgentistes de pallier à ces oublis en demandant aux patients de consulter leur médecin généraliste en lui amenant l'ensemble des documents remis. Ce fonctionnement semblait être parfaitement intégré par les patients. Les patients estimant ne pas avoir reçu suffisamment d'informations, ou ceux n'ayant pas eu une compréhension satisfaisante, déclaraient souvent qu'ils pensaient revoir leur médecin traitant dans le but d'obtenir plus d'explications.

L'entretien de sortie était essentiellement le moment où les médecins délivraient les informations aux patients. Il y avait peu de réciprocité. Bien que la grande majorité des médecins offraient la possibilité de poser des questions, dans 91% des cas, selon l'étude de Vashi [73], la façon d'inviter le patient à s'exprimer était souvent faite par une question fermée : « Vous avez tout compris ? Pas de questions ? ».

Ce type de questionnaire amenait le plus souvent à des réponses courtes voir minimalistes : « non ! » ou « oui c'est bon ! ». Les réponses minimales n'apportent qu'un faible niveau de preuve de la compréhension des patients [75]. Un comportement où le médecin vérifie de façon plus approfondie la compréhension du patient est peu fréquent : dans notre étude, seul un interne a vérifié si la patiente avait compris les démarches à suivre en cas de récurrence d'une crise d'asthme. Vashi constate que 22% des médecins ont confirmé la compréhension des instructions de sortie.

Dans notre étude, la qualité de la relation médecin-patient semblait être perçue de façon positive : **95%** des patients avaient **confiance** en leur médecin, **97%** avait eu le sentiment d'avoir été **écouté**. Globalement, les patients semblaient ressentir de l'empathie chez les soignants des urgences : 96% avaient le sentiment d'avoir été compris par l'urgentiste.

En ce qui concerne les conditions de la communication aux urgences avec leur médecin, les patients montrent un niveau de satisfaction élevé, avec une note moyenne de 8,4/10.

4.2.3. La compréhension du patient

Dans notre étude, le niveau de compréhension totale des patients est faible. 80% des patients interrogés présentent au moins un défaut de compréhension dans un domaine. Le point rassurant est qu'aucun patient n'est sorti du service sans aucune compréhension de la suite de sa prise en charge.

La littérature a retrouvé des résultats similaires. Engel et al. [76] ont étudié la compréhension de 140 patients sortant d'une consultation d'un service d'urgence et ont observé que 78% des patients démontraient un défaut de compréhension dans au moins un domaine et 51% dans deux domaines ou plus. En 2012 Chappuy et al. [77] ont évalué dans un essai multicentrique la compréhension de 380 parents ayant amené leurs enfants aux urgences pédiatriques. Seuls 19% des parents ont obtenu une concordance totale pour l'ensemble des domaines. Musso et al [74] ont montré que 65,9% des patients avaient une compréhension partielle dans au moins un domaine.

Dans les cas de soins d'urgences extra hospitaliers le constat est le même, les patients présentent de grandes difficultés à saisir l'information transmise. Debaty et al. [78] ont observé que 66% des patients pris en charge par les équipes d'urgence mobile obtenait une concordance partielle entre les informations données aux patients et celles perçues.

D'autres équipes ont évalué le niveau de compréhension des familles d'un patient hospitalisé en réanimation. Bien que le contexte soit différent, une hospitalisation offrant plus de temps pour pouvoir informer l'entourage, il a été également constaté que le niveau de compréhension est insuffisant avec 54% des patients qui ne comprenaient leur diagnostic, pronostic ou leur traitement [79].

Notre étude confirme que certains facteurs socio-démographiques et certains comportements de communication des patients sont liés à la compréhension : le niveau d'étude [72, 78, 80], la langue [72, 75, 80] et la recherche d'informations par le questionnement. Les patients sont passifs lors des échanges avec leur médecin. Ils ne posent pas de questions. Ceux qui posent des questions ont effectivement un meilleur taux de compréhension.

Tout comme Ludoschek [72] et Musso [74], nous ne retrouvons pas de corrélation entre le sexe, l'origine ethnique et la compréhension des patients. La seule différence que nous notons est l'influence de l'âge, qui a une corrélation statistiquement significative dans notre étude [80].

L'incompréhension du patient pourrait venir également du fait que la priorité et les attentes des médecins et des patients ne soient pas les mêmes. Il est probable que les patients consultant aux urgences cherchent d'abord à savoir si leur situation est grave, en dépit de la nature de leur pathologie ou de leur traitement. Nous pouvons nous demander si leur satisfaction est liée au fait d'être rassuré sur le degré de sévérité de leurs symptômes.

Il peut paraître alarmant que seuls 20% des patients comprennent la totalité de l'ensemble des domaines d'information. Nous n'avons pas stratifié la compréhension partielle, les patients ne bénéficiant pas tous de la même prise en charge, et ne recevant pas les mêmes informations. Notre mode de traitement des données pourrait nous faire penser que 80% de notre échantillon n'a pas montré une compréhension suffisante. Cependant une compréhension partielle peut correspondre à une concordance de 10 ou de 90%. Lorsqu'on analyse la compréhension par domaine de façon isolée, on observe que la compréhension totale est majoritaire. Nous supposons que cela est suffisant pour assurer la continuité de leurs soins.

4.2.4. La compréhension des documents écrits

Nous avons constaté que la rédaction des ordonnances pouvait paraître inintelligible pour les patients malgré le format dactylographié. Pour les ordonnances médicales, la rédaction avec des abréviations entravaient la compréhension du

document. Certains étaient capables de lire la phrase mais ne la comprenaient pas. D'autres avaient des doutes sur ce qu'ils avaient compris. Exemple :

- MIOREL : 1 comp 3/j pdt 4 jours. Le patient a compris 1 comprimé par jour pendant trois jours.
- Paracétamol : 1cp 4/j si douleur. Le patient n'a compris uniquement que ce traitement est à prendre si douleur, mais n'avait aucune compréhension sur la façon de le prendre.

Bien que l'étude de Gignon et al. [80] comporte peu de patients ; ils ont observé que près de la moitié des patients ont démontré des difficultés à comprendre l'information de leur traitement, en grande partie par manque d'intelligibilité des ordonnances.

A notre grand étonnement, le courrier de sortie fut un des documents les moins compris, alors qu'il était systématiquement présenté par les médecins comme étant le courrier à remettre au médecin traitant. Les patients pensaient qu'ils devaient remettre cette feuille à l'accueil des urgences. Ce document était rarement délivré dans une enveloppe, et sa présentation n'est pas celle d'un courrier avec l'organisation habituelle qui débute par « cher confrère ». Il est vrai qu'il n'est pas directement destiné aux patients, néanmoins, sa présentation ne leur permet pas de se rappeler facilement quelle est la nature et l'objectif du document. L'illettrisme n'est pas la seule cause puisque tous les niveaux scolaires ont été concernés. Peut-être est-ce dû à la mise en page faite par le logiciel utilisé par le service ?

Gozdzialski et al [81] rappellent que les documents remis aux patients sont souvent rédigés dans un niveau de langue non adapté aux patients ce qui participe aux problèmes de compréhension. Afin de s'assurer que les patients puissent comprendre les messages écrits, la rédaction devrait se faire avec un niveau de 5^e. Or, le courrier

étant destiné au médecin traitant, il comporte de nombreux termes ou abréviations spécifiques à la médecine.

A contrario, les documents de surveillance pour les points de suture ou les plâtres, et la surveillance des traumatisés crâniens étaient directement destinés aux patients, et ne leur ont posé aucune difficulté de compréhension. Probablement grâce au fait qu'ils ont été rédigés en amont en veillant à utiliser des termes simples.

4.2.5. Le rappel

L'entretien de sortie comporte parfois une quantité importante d'informations pour le patient. Il est difficile pour lui de tout retenir, d'autant plus, si sa compréhension est mauvaise. En outre, il a déjà été observé que plus le nombre de recommandation est élevé, plus le rappel est faible [82].

Le domaine qui présente le plus de défauts de rappel (28%) est celui des consignes de sortie car c'est effectivement là qu'on retrouve le plus grand nombre de notions à retenir. Le domaine des traitements comporte également un grand nombre de choses à comprendre et assimiler : le but du traitement, la posologie, le nombre de jours et les effets secondaires ou précautions d'emploi.

Bulut et al [83] ont étudié la connaissance des patients sortant d'un service d'urgence sur leur ordonnance. Ils ont constaté que 37% des patients n'avaient aucune connaissance de leurs médicaments. Près de 60% des patients ne savaient quel était le but du traitement et quand le prendre. La moitié des patients ne connaissait pas la posologie.

Notre étude ne retrouve pas des chiffres aussi importants et des données aussi détaillées car nous avons évalué la compréhension des informations écrites donc les patients avaient la possibilité de lire leurs ordonnances. Néanmoins, c'est l'ordonnance de médicaments qui représente le 2^e domaine le moins bien compris et également le 2^e domaine présentant le plus de défauts de rappels.

4.2.6. Ignorance du défaut de compréhension

Les personnes interrogées ont globalement le sentiment d'avoir une compréhension satisfaisante de ce qui leur a été communiqué durant leur consultation. La réponse moyenne de leur auto évaluation est de 4 sur 5. Ce qui contraste avec les résultats des tests qui montrent qu'environ 50% ont une compréhension insuffisante lorsque l'on évalue chaque domaine. Moreira qui a effectué une revue de la littérature retrouve que les patients pensent avoir bien compris l'information entre 100% et 83% [84]. Il existe véritablement une variation entre la compréhension perçue et réelle. Selon l'étude d'Engel, seuls 20% ont été conscients de leur manque de compréhension réelle [8].

Malgré un niveau de compréhension faible, le niveau de satisfaction du patient sur le mode de communication des médecins reste élevé. Cette constatation est peut être liée au fait que les patients ne sont pas conscients que le but premier de l'information du patient n'est pas atteint.

4.2.7. Implications pratiques

Il ne faudrait pas se limiter à demander aux patients : « avez-vous tout compris, avez-vous des questions à poser ? » car leur perception en est faussée, comme en attestent les résultats de leur auto évaluation.

Si l'objectif est de s'assurer de la bonne compréhension des patients, il est préférable d'utiliser les techniques de rappel comme celle du teach back [85]. Cette méthode consiste à demander aux patients d'expliquer avec leurs propres mots les informations fournies.

L'implication des infirmières dans les processus de sortie pourrait être envisagée à l'instar du système américain. Il est fréquent d'entendre dans les services de soins des patients poser des questions aux infirmières alors qu'ils viennent de discuter avec leur médecin. Les patients peuvent se sentir plus proches ou plus à l'aise avec les infirmières qu'avec les médecins. De plus les infirmières passent souvent plus de temps avec les patients. Il a été montré que lorsque les infirmières étaient bien informées de la prise en charge des patients ceux-ci présentaient un meilleur niveau de compréhension [86]. Le gestionnaire de sortie ne pourrait il pas être formé pour participer d'avantage à l'information de sortie des patients ?

Les sujets âgés étant la tranche d'âge le plus touché par le défaut de compréhension, il faudrait dans la mesure du possible obtenir leur consentement afin d'effectuer le processus de sortie en présence d'un accompagnant.

Il est difficile de toujours respecter le secret médical en délivrant l'information dans les couloirs du service. Il serait judicieux de prévoir dans les structures d'urgences un box ou un salon dédié aux entretiens de sortie.

Lors de la rédaction des ordonnances de médicaments, la posologie devrait être écrite sans utiliser d'abréviations.

Le courrier de sortie devrait être remis sous enveloppe pour que le patient puisse comprendre que le document est destiné au médecin traitant ou à tout autre médecin. S'il est impossible d'obtenir d'enveloppe, il serait important que le document soit présenté au patient avec écrit de façon visible « Pour le médecin traitant ».

Afin de pallier au défaut de compréhension et de rappel, nous pensons que remettre un document destiné au patient où il est indiqué de façon très simple, avec de courtes phrases, les informations concernant le diagnostic et les consignes de sortie spécifiques aux patients.

V. Conclusion :

Les derniers textes législatifs nous imposent de placer le patient au cœur de la prise en charge médicale, ce qui nous oblige à communiquer de manière plus transparente. Les usagers des soins doivent être en mesure de comprendre leur maladie et le plan thérapeutique proposé, afin de pouvoir y adhérer.

Notre étude a montré que la communication des médecins aux urgences est bien perçue par les patients avec un taux de satisfaction élevé. Cependant le niveau de compréhension réelle des patients est assez faible. 80% des patients présentent un défaut de compréhension dans au moins un domaine d'information et 44% dans au moins trois domaines. Les informations les moins bien appréhendées sont les consignes de sortie et le traitement. Cela représente un réel problème pour la suite de la prise en charge.

Les patients francophones semblent présenter moins de difficultés devant 96% de médecins métropolitains. Le niveau d'étude bas, le fait de ne pas poser de questions, et l'âge semblent également liés à la compréhension de l'information médicale du patient consultant aux urgences. Ainsi la compréhension des patients est essentiellement liée à des facteurs intrinsèques. Cependant les équipes médicales pourraient influencer ce niveau de compréhension en adaptant leur communication. Les patients sont le plus souvent incapables de percevoir le défaut de compréhension. Nous ne devrions pas nous contenter de leur demander s'ils ont bien compris mais s'en assurer de manière concrète. Une attention particulière doit être portée sur les patients créolophones d'autant plus s'ils sont âgés et n'ont pas posé de questions durant l'entretien de sortie. Ces patients ne devraient pas simplement être informés à leur sortie des urgences, mais devraient recevoir un enseignement sur la manière dont ils devront gérer leur plan de soins à domicile, afin d'éviter d'éventuelles recours à de nouvelles consultations médicales.

Dans le futur, d'autres études pourraient évaluer si des procédures impliquant des changements comportementaux de la part des fournisseurs des soins lors de l'entretien de sortie, en expliquant pour le patient qui le désire en créole par le biais d'un interprète, ou en utilisant le teach back, améliore le niveau de compréhension de certains patients martiniquais sortant d'une consultation aux urgences. Il pourrait également être intéressant d'étudier le suivi des patients : en recherchant combien ont consulté leur médecin traitant au décours et combien ont reconsulté aux urgences par défaut de compréhension.

VI. ANNEXES

Bibliographie

1. Code de santé publique : partie législative, 1ere partie, livre 1er titre 1er chap 1, article L-1111.2. En ligne sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
2. Code de déontologie médicale titre 2 : article 35
3. Code de santé publique : partie législative, 1ere partie , livre 1er , titre 1^{er} chap , article L1111-6
4. Conseil d'Etat, 5^e-4^e chambres reunies. 10/05/2017 N°397840. En ligne sur : <https://.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idtext=CETATEXT000034651738>
5. Code de déontologie médicale titre 2 : article 34. En ligne sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
6. Code de santé publique partie législative, 1ere partie, livre 1er titre 1er chap préliminaire, article L-1110-2
7. Cours de cassation, Civ. 1^{re}, 9 oct. 2001, *Bull. civ. I, n° 249*.
8. Code de l'action sociale et des familles : partie législative, livre III, titre 1^{er}, chap 1^{er}, section 2
9. Code de santé publique : partie législative, 1ere partie, livre 1er titre 1er chap 1, article L-1111.4
10. Code de déontologie médicale titre 2 : article 36
11. Code de santé publique titre partie législative, 1ere partie, livre 1er titre 1er chap 1, article L-1111.8
12. Code de déontologie médicale titre 2 : article 45
13. Code de santé publique partie législative, 1ere partie, livre 1er titre 1er chap préliminaire, article L-1110-4
14. Code de déontologie médicale titre 3 : article 64

15. Code de santé publique titre partie législative, 1ere partie, livre 1er titre 1er chap 1, article L-1111.7
16. Code de déontologie médicale titre 2 : article 46
17. Code de déontologie médicale titre 1 : article 4
18. HAS. Recommandation de bonne pratique. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. En ligne sur : <https://www.has-sante.fr>
19. Debarre JM. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. Médecine & Droit 2017 ; 144 : 57-69
20. Aspect-Cognet S. L'information favorise l'observance. La revue du praticien 2008 ; 22 (798) : 310
21. Ong L, Haes J, Hoos A et al. Doctor-patient communication : a review of the literature. Soc Sci Med 1995 ; 40 (7) : 903-918
22. Baccino E. Responsabilité médicale au quotidien. Médecine légale clinique. In ELSEVIER Masson 2014 ; 18 : 263-269
23. Courgeon B. Obligation d'informer : comment les juges les déterminent. Le Concours Med. 2001 ; 123 : 685-688
24. Beckman HB, Markakis K, Suchamn A. et al. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. Juin 1994 ; 154 : 1365-70.
25. Christine Bou. Devoir d'information du médecin : modalités de la preuve. La revue du praticien. Mai 2004 ; 18 (652) : 639-340
26. Christine Bou. La réparation du préjudice du patient. La revue du praticien. Mai 2004 ; 18 (654) : 713- 714
27. De Souza A. Rougé-Maillart C. Clément R. et al. L'évaluation de la perte de chance en responsabilité médicale, une mission à repreciser pour l'Expert. Médecine et Droit 2016 ; 139 : 95-101
28. Jousset N. Rouge-Maillart C. PenneauM. Le préjudice moral né du défaut d'information du patient. Médecine et Droit 2009 : 111-114

29. Code de santé publique : partie législative, 1ere partie, livre 1er titre IV chap 2
Article L1142-1
30. Abellard V. L'évolution de l'obligation d'information, vers une remise en cause de la nature de la relation médecin-patient. Droit, déontologie et soin 2005 ; 5 (1) : 91-118
31. Moreau A. Queneau P. La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse. La Revue du Praticien 2005 ; 55 : 899-902
32. Lansac J. Sabouraud M. Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale. Les Tribunes de la santé 2004;4 (5) :47-56.
33. Cognet-Aspect S. Analyse de l'adéquation entre l'information délivrée par le médecin généraliste et les attentes de ses patients. Thèse : Médecine générale : Université Victor Ségalen Bordeaux 2 : 2004, n°129
34. Techno-science. Définition de la communication
- Consulté en ligne sur : <https://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=4201>
35. Fuertes J-N. Toporovsky A. Reyes M. et al. The physicians-patient working alliance :Theory research, and future possibilities. Patient Educ Couns 2017 ; 100 : 610-615.
36. Ruberton P, Huynh H, Miller T, et al. The relationship between physician humility, physician-patient communication and patient health. Patient Educ Couns 2016 ; 99 : 1138-1145
37. Bensing J. Rimondini M. Visser A. What patients want. Patient Educ Couns 2013 ; 90 :287-290
38. Barreteau D. Heeroma D. Des élèves de troisième s'expriment sur le français et le créole en Martinique. 2003

En ligne sur : <http://www.manioc.org>

39. Lina V. Bilinguisme et lien social : Cris, vocifération, insultes, comme indice d'un malaise et promesse de discours. Exemple de modalité en milieu carcéral en Martinique. *Contexte et didactiques*, décembre 2016 ; 8 : 95-112
40. Gasparik A. Vass L. Relation of some communication parameters to patients' education, gender and age. *Teaching to Communicate Effectively. Procedia Soc Behav Sci* 2014 ; 142 :367-369
41. Richard L, Street J. Information giving in medical consultations: the influence of patients communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med* 1991; 32: 541-548
42. Mehra P. Face to face information seeking behavior of patients and impact on in-clinic satisfaction. *Asia Pacific Management Review* 2015 ; 20 : 293-303
43. Thompson A. Yarnold P. Williams D. et al. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, Information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1996 ; 28 (6) :657-665
44. Visser L. Tollenaar M. Haes H. et al. The value of physicians' affect-oriented communication for patients' recall of information. *Patient Educ Couns* 2017 ; 100 (11) : 2116-2120
45. Beagley L. Educating patients : Understanding barrirs, learning styles, and teachig techniques. *J Perianesth Nurs* 2011 ;26 (5) : 331-337
46. FREY E et FARGER M. Rééducation orthophonique axée sur les différents niveaux de traitement de compréhension orale chez six adultes aphasique. *Mémoire d'orthophonie : Université Henri Poincaré : Nancy : 2010*
47. Gremmo MJ. Hollee H. La compréhension orale : un processus et un comportement. *Le Français dans le monde, recherche et Applications* 1990 ; N° spécial Fev/Mars : 1-8
48. Thines L. *Atlas Interactif de Neuroanatomie Clinique (2e édition)* 2016 : 27–38

49. Virginie Beauconsin. Bases neurales de la compréhension de la phrase affective : Des fonctions ortholinguistiques à la prosodie affective. Thèse : Spécialité Physiologie, biologie des organismes, populations, interactions : Université de Caen/ Basse-Normandie UFR de Médecine : 2005.
50. Dekerle M. L'impact de la dégradation du signal de parole sur le langage, de sa représentation à sa compréhension. Thèse : Neurosciences Université de Lyon : 2015
51. Robert A, Combalbert N, Pennequin V. Etude des profils de distorsion cognitive en fonction des états anxieux et dépressif chez des adultes tout venant. Ann Méd-Psychol 2018 ; 176 : 225-230
52. Goudemand M. Bases psychopathologiques de la psychologie médicale. Rev Prat. 2011 ; 61 : 672-673
53. Insee dossier Martinique. Amélioration sur le front de l'illettrisme 2018 ; 8
54. World health organization. The solid facts : health literacy. 2013
55. Larousse dictionnaire
- En ligne sur :
- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704?q=urgence#79758>
56. Benevent R. La rhétorique de l'urgence. Les temps de l'urgence – la lettre de l'enfance et de l'adolescence 2009 ; 76 : 13-20
57. Gentile S. Amadei E. Bouvenot J. et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique 2004 ; 16 (1) : 63-74
58. Giroud M. Histoire, évolution récente et perspectives de la prise en charge des urgences. Les urgences : symptômes des changements de la société ? SciencesPo Chaire santé 2014 :21-23

59. Cohen L. Génisson C. et Savary R-P. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. Sénat Session Extraordinaire 2017 N° 685
60. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapée- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Sous-direction de l'organisation du système de soins. Circulaire relative à la prise en charge des urgences 2003 ; 195
61. Belorgey N. Les urgences face aux inégalités sociale de santé : un filet à réparer . Les urgences : symptômes des changements de la société ? SciencesPo Chaire santé 2014 : 7-10
62. Vassy C. L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. Mouvements 2004 ; 32 :67-74
63. Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2017 : données 2015 et 2016
64. Kowalenko T. Cunningham R. Sachs C J. Workplace violence in emergency medicine : current Knowledge and future directions. J Emerg Med 2012 ; 43 (3) : 523–531
65. Wrenn K. Lorenzen B. Jones I. et al. Factors affecting stress in emergency medicine residents while working in the ED. Am J Emerg Med 2010 ; 28 : 897-902
66. Nielsen K J. Pedersen A-H. Rasmussen K. et al. Work related and stressors occurrence of aversive events in an ED. Am J Emerg Med 2013 ; 31 : 504-508.
67. Kowalendo T. Gates D. Gillespie GL. et al. Prospective study of violence against ED workers. Am J Emerg Med 2013 ; 31 : 197-205
68. Vanyo L. Sorge R. Chen A. et al. Posttraumatic stress disorder in emergency medicine resident. Ann Emerg Med 2017 ; 70 (6) : 898-309
69. Mills L D. Mills T-J. Symptoms of post traumatic stress disorder among emergency medicine resident. Am J Emerg Med 2005 ; 28 : 1-4.

70. Garcia-Izquierdo M, Rios-Risquez M I. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments : An exploratory study. *Nursing Outlook* 2012; 60 : 322-329
71. Grebot E. Coping, style défensif et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. *Ann Med-Psychol* 2010 ; 168 : 686-691
72. Lukoschek P, Fazzarib M, Marantz P. Patient and physician factors predict patients's of helth information. *Patient Educ Couns* 2003 ; 50: 201-210.
73. Vashi A, Rhodes K. "Sign Right Here and You're Good to Go": A Content Analysis of Audiotaped Emergency Department Discharge Instructions. *Ann Emerg Med*, 57 (4) : 315-322 e1
74. Musso MW, Perret N, Sanders T, Daray R, Anderson K, Lancaster M, Lim D, Jones GN. Patients' Comprehension of Their Emergency Department Encounter: A Pilot Study Using Physician Observers. *Ann Emerg Med* 2015 ; 65 (2): 151-155.e4
75. Landmark A, Svennevig J, Gerwing J, Gulbrandsen P. Patient involvement and language barriers: Problems of agreement or understanding? *Patient Educ Couns* 2017 ; 100 :1092-1102.
76. Engel K, Heisler M, Smith D, Robinson C. et al. Patient Comprehension of Emergency Department Care and Instructions: Are Patients Aware of When They Do Not Understand? *Ann Emerg Med* 2009 ; 5 (4) : 454-461.
77. Chappuy H, Taupin P, Dimet J, Claessens YE, Tréluyer JM, Chéron G; Groupe Francophone de Réanimation & Urgences Pédiatriques. Do parents understand the medical information provided in paediatric emergency departments? A prospective multicenter study. *Acta Paediatr.* 2012;101(10):1089-94.
78. Debaty G, Ageron FX, Minguet L, Courtiol G, Escallier C, Henniche A, Maignan M, Briot R, Carpentier F, Savary D, Labarere J, Danel V. More than half the families of mobile intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Intens Care Med.* 2015 Jul;41(7):1291-8.

79. Azoulay E¹, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, Le Gall JR, Schlemmer B. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000 ;28 (8):3044-9.
80. Gignon M. Ammirati C. Mercier R et al. Compliance with emergency department Discharge instructions. *J Emerg Nurs* 2014 ; 40 (1) :51-55
81. Gozdziński A. Schlutow M. Pittiglio L. Patient and Family Education in the Emergency Department: How Nurses Can Help. *J Emerg Nurs* 2012 ; 38 (3) : 293-295
82. Latorre-Postigo J. Ros-Segura L. Navarro-Bavo B. Ricate-Trives J. Serrano-Selva Lopez-Torres-Hidalgo J. Older adults' memory for medical information, effect of number and mode of presentation: An experimental study. *Patient Educ Couns* 2017 ; 100 (1) : 160-166
83. Bulut H. Tanrikulu G. Dal U, Kapucu D. How Much Do ED Patients Know About Medication Prescribed for Them on Discharge? A Pilot Study in Turkey. *J Emerg Nurs* 2013 ; 39 (3) : e27-e32
84. Moreira NCF, Pachêco-Pereira C. Keenan L. et al. Informed consent comprehension and recollection in adult dental patients : A systematic review comprehension and recall. *J Am Dent Assoc* 2016 ; 147 :605-619
85. Kornburger C. Gibson C. Sadowski S. et al. Using "Teach-Back" to Promote a Safe Transition From Hospital to Home: An Evidence-Based Approach to Improving the Discharge Process. *J Pediatr Nurs*. 2013 ; 28 (3) : 282-291
86. Desme A. Mendes N. Perruche F. et al. Nurses' understanding influences comprehension of patients admitted in the observation unit. *J Health Commun*. 2013;18(5):583-93

Questionnaire (Annexe 1)

Evaluation de la population :

1. Age 18- 30 ans / 30- 50 ans / 50-70 ans / plus de 70 ans
2. Sexe : masculin ou féminin
3. Lieu de naissance : Martinique / France métropolitaine /autre
4. Niveau d'étude : 3^e- certificat d'études / bac / Bac + 3 ou plus
5. Première langue parlée au quotidien : français ou créole ?
6. Avez-vous été adressé aux urgences par un médecin ? oui / non
7. Motif de consultation : médical ou chirurgical

Evaluation de la communication:

Lors de vos entretiens avec le ou les médecins :

8. Etiez-vous correctement installé ? oui/non
9. Où avez- vous reçu vos informations de sortie ? Box d'examen/ couloir
10. Entendiez-vous correctement le médecin ? oui/ non
11. Etiez-vous douloureux ? oui/non
12. Etiez-vous en confiance face au médecin ? oui/non
13. Quel était votre niveau de stress durant votre passage ? Nul /faible/ modéré/ fort/ intense
14. Avez-vous eu le sentiment d'avoir été écouté par le médecin ? pas du tout / peu / modérément/ correctement / parfaitement
15. Avez-vous eu l'impression d'être compris par le médecin ? pas du tout / peu / modérément / correctement/ parfaitement
16. Avez-vous compris tous les mots utilisés par le médecin ? oui/non
17. Avez-vous posé des questions sur ce que vous n'avez pas compris ou sur votre état de santé ? oui/non
18. Auriez-vous été plus à l'aise si les informations transmises avaient été en créole ? oui/non
19. Comment estimez-vous le temps que le personnel soignant vous accordé pour vous informer ? inexistant / faible / modéré / suffisant / parfait
20. Note de satisfaction sur la communication des soignants de 0-10 ?

Evaluation de la compréhension

21. Avez-vous reçu des soins aux urgences (comprimés, perfusion, sondage urinaire, pansements, sutures etc...) ? patient :oui/non soignant : oui / non
22. Comment avez-vous compris les soins que vous avez reçu aux urgences ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement
23. Qu'avez vous reçu ?
 - Réponse médecin :

- Réponse patient :

24. Avez-vous bénéficié d'une prise de sang ? Patient :oui / non Médecin oui/non
25. Comment avez-vous compris les résultats de cette prise de sang ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement /
26. Quels sont les résultats ?
- Réponse médecin :

- Réponse patient

27. Avez-vous bénéficié d'examens radiologiques ? Patient : oui / non Médecin : oui /non
28. Comment avez vous compris les résultats de cette examen radiologique ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement
29. Quels sont les résultats ?
- Réponse médecin :

- Réponse patient :

30. Avez vous bénéficié d'un ECG ? oui / non ?
31. Comment avez vous compris les résultats de cet examen radiologique ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement
32. Quels étaient ces résultats ?
- Réponse médecin :

- Réponse patient :

33. Quel est le diagnostic ou les causes de votre problème ?

- Réponse médecin :

- Réponse patient :

34. Comment avez-vous compris les informations concernant votre diagnostic ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement

35. Avez-vous reçu une ordonnance lors de votre sortie ? si oui :

36. Comment avez-vous compris le but du traitement ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement

37. Quels sont ces traitements ?

- Réponse médecin :

- Réponse patient :

38. Avez-vous reçu des informations sur ce que vous devez faire après votre sortie des urgences ? patient : oui / non médecin : oui/non

39. Avez-vous compris ces consignes de sortie ? pas du tout / un peu / modérément / correctement / parfaitement

40. Quels sont ces consignes ?

- Réponse médecin :

- Réponse patient :

41. Avez-vous reçu des examens à réaliser après votre sortie des urgences ? patient :
oui/non médecin : oui/non
42. Comment avez-vous compris l'intérêt de la réalisation de ces examens ? pas du tout /
un peu / modérément / correctement / parfaitement
43. Quels sont ces examens ?
- Réponse médecin :

- Réponse patient :

44. Avez reçu un courrier pour le médecin traitant (courrier de sortie) ?

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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.

NOM : TSENG-CHING

PRENOM : Grégory

Sujet de la thèse : Evaluation de la compréhension de l'information délivrée aux patients sortant du service d'urgences de Trinité en Martinique : Etude prospective

Thèse : Médecine générale - Université des Antilles et de la Guyane Année 2008

Numéro d'identification : 2018ANTI0356

MOTS-CLES : Communication, informations, compréhension des patients, service d'urgences, entretien de sortie

Objectif

L'objectif de notre étude a été d'évaluer le niveau de compréhension des patients au sujet des informations qu'on leur transmet lors de leur passage aux urgences. Les objectifs secondaires ont été de déterminer qu'elles sont les facteurs qui intervenaient dans la compréhension des patients ainsi que d'évaluer la compréhension ressentie des patients.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude transversale, prospective, monocentrique aux urgences de l'hôpital Louis Domergue en Martinique pendant un mois nous avons assisté aux entretiens de sortie. Dans un second temps nous leur avons fait passer une entrevue. Les domaines de compréhensions évalués ont été les soins reçus, les examens complémentaires, diagnostic, l'ordonnance et consignes de sortie, les examens complémentaires à réaliser en externe, et le courrier de sortie.

Résultats

Nous avons inclus 178 patients dans notre essai. Le niveau de compréhension totale n'est que de 20% pour l'ensemble des domaines. La très grande majorité des patients n'a qu'une compréhension partielle, 44% d'entre eux ont présenté un défaut de compréhension dans au moins 3 domaines. Les consignes de sortie, et le diagnostic font partie des domaines les moins bien perçus. Les facteurs ayant une corrélation statistique significative sur la compréhension des patients sont l'âge, le niveau d'étude, le fait de poser des questions, et la langue. Environ 50% des patients ne sont pas conscients de leur manque de compréhension.

Conclusion

Le niveau de compréhension des patients sortant du service des urgences est faible et cela en dépit d'une grande satisfaction des patients vis-à-vis de leurs échanges avec les médecins (note moyenne 8,4/10). Une attention particulière devrait être apportée aux patients créolophones d'autant plus s'ils sont âgés et qu'ils ne posent pas de question.

JURY :

- Président : M le Professeur NEVIERE Remi
- Juges : M le professeur ROUDIE jean
M le professeur CABIE André
- Directeur de Thèse : M le Docteur LEOTTA Federico
Mme le Docteur STEPHAN Marie