Évaluation de la compréhension de l'information médicale délivrée aux patients sortants du service des urgences de Trinité : comparaison de deux études prospectives à 1 an, après mise en place de supports d'amélioration de la compréhension

Antoine Bauchet

▶ **To cite this version:**

Antoine Bauchet. Évaluation de la compréhension de l'information médicale délivrée aux patients sortants du service des urgences de Trinité : comparaison de deux études prospectives à 1 an, après mise en place de supports d'amélioration de la compréhension. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03198344

HAL Id: dumas-03198344

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03198344

Submitted on 14 Apr 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

2020

HYACINTHE BASTARAUD

N° thèse : 2020ANTI0578

TITRE DE LA THESE:

ÉVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION MÉDICALE DÉLIVRÉE AUX PATIENTS SORTANTS DU SERVICE DES URGENCES DE TRINITÉ :

Comparaison de deux études prospectives à 1 an, après mise en place de supports d'amélioration de la compréhension

THESE:

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 28/09/2020

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE EN MEDECINE GENERALE

Par

BAUCHET Antoine

Examinateurs de la thèse : Professeur Raymond CÉSAIRE (Président du jury)

Professeur Hossein MEHDAOUI

Maître de conférence des universités Franck MASSE

Docteur Marie STEPHAN (Directeur de thèse)

FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

Rémi NEVIERE	**Physiologie** CHU de MARTINIQUE
André-Pierre UZEL	**Chirurgie Urologique** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Pierre COUPPIE	**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Thierry DAVID	**Dermatologie** CH de CAYENNE
Suzy DUFLO	**Ophtalmologie** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Eustase JANKY	**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Michel DE BANDT	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
François ROQUES	**Rhumatologie** CHU de MARTINIQUE
	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de MARTINIQUE
Jean ROUDIE	**Chirurgie Digestive** CHU de MARTINIQUE
Jean-Louis ROUVILLAIN	**Chirurgie Orthopédique** CHU de MARTINIQUE
Andre CABIE	**Maladies infectieuses** CHU de MARTINIQUE
Philippe CABRE	Neurologie CHU de MARTINIQUE
Raymond CESAIRE	**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie** CHU de MARTINIQUE
Sébastien BREUREC	**Bactériologie &Vénérologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Maryvonne DUEYMES-BODENES	**Immunologie** CH de CAYENNE
Annie LANNUZEL	**Neurologie** CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES **Psychiatrie Adulte** CHU de MARTINIQUE
Louis JEHEL	**Epidémiologie** CH de CAYENNE
Mathieu NACHER	**Anesthésie-Réanimation** CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES
Michel CARLES	**Parasitologie et Infectiologue** CH de CAYENNE
Magalie DEMAR-PIERRE	**Anatomie Cytologie Pathologique** CHU de MARTINIQUE
Vincent MOLINIE	**Gynécologie-Obstétrique** CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES
Philippe KADHEL	**Médecine Générale** Cabinet libéral au Gosier
Jeannie HELENE-PELAGE	

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Hossein MEHDAOUI — **Reanimation et chef du POLE RASSUR**
CHU de MARTINIQUE

VENISSAC Nicolas — **Chirurgie Thoracique**
CHU de MARTINIQUE

DJOSSOU Félix — **Maladies Infectieuses Et tropicales**
CH de CAYENNE

Christophe DELIGNY — **Gériatrie et biologie du vieillissement**
CHU de MARTINIQUE

Narcisse ELENGA — **Pédiatrie**
CH de CAYENNE

Karim FARID — **Médecine Nucléaire**
CHU de MARTINIQUE

Moustapha DRAME — **Epidémiologie Economie de la Santé et Prévention**
CHU de MARTINIQUE

TABUE TEGUO Maturin — **Médecine interne : Gériatrie et biologie Du vieillissement**
CHU de GUADELOUPE

CORDEL-WATTIER Nadège — **Dermato -Vénérologie**
CHU de GUADELOUPE

ROGER Pierre-Marie — **Maladies Infectieuses, Maladies Tropicales**
CHU de GUADELOUPE

MERLE Harold — **Opthalmologie**
CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT — **Médecine générale**
Cabinet libéral les Abymes

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO — **Cardiologie**
CHU de MARTINIQUE

Fritz-Line VELAYOUDOM épse CEPHISE — **Endocrinologie**
CHU de GUADELOUPE

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH — **Nutrition**
CHU de GUADELOUPE

Moana GELU-SIMEON — **Gastroentérologie**
CHU de GUADELOUPE

Véronique BACCINI — **Hématologie, Transfusion**
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Franck MASSE — **Médecine Générale**
Tél : 0596 56 13 23

Clarisse JOACHIM-CONTARET — **Epidémiologie, Economie de la Santé et prévention**
CHU de MARTINIQUE

Laurent BRUREAU — **Chirurgie Urologique**
CHU de GUADELOUPE

Walé KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT — **Médecin généraliste**
Maison de santé Pluriprof du Lamentin

Philippe CARRERE	**Médecin généraliste** 60 route du camp Jacob

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Charlotte BROUZENG-LACOUSTILLE	**Endocrinologie** CHU DE GUADELOUPE
Hugo CHAUMONT	**Neurologie** CHU de GUADELOUPE
Pauline BUTORI	**ORL** CHU de GUADELOUPE
Camille OBERT-MARBY	**Médecin Générale** CH de l'Ouest guyanais
Cécile BAGOEE	**Médecine Interne** CHU de MARTINIQUE
	Chirurgie Cardiaque et Thoracique CHU de MARTINIQUE
Tanous AOUN	**Chirurgie Générale et Vicérale** CH de CAYENNE
Ludivine CHEVALLIER	**Maladies Infectieuses** CHU de MARTINIQUE
Emmanuelle SYLVESTRE	**Cardiologie** CHU de MARTINIQUE
Fabienne LOUIS-SIDNEY	**ORL** CHU de GUADELOUPE
	Anesthésiologie/Réanimation CHU de GUADELOUPE
Gunther HUYGHUES DES ETAGES	**Maladies Infectieuses maladies Tropicales** CHU de MARTINIQUE
Antoine DECAESTECKER	**Pédiatrie**
Jérémie PASQUIER	
Kenza ZELLALI	CHU de CAYENNE
Emmanuel PERROT	**Urologie** CHU de GUADELOUPE
Jean-Marc JEREMIE	**Psychiatrie** CHU de MARTINIQUE
Benjamin MONNIER	**Gynécologie Obstétrique** CHU de GUADELOUPE
Vincent SAINTE-ROSE	**Parasitologie** CH de Cayenne
Amélie ROLLE	**Anesthèsie-Réanimation** CHU de GUADELOUPE
Jamila CARPIN	**Médecine Générale** Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane
Axiane PLACIDE-FRANCIL	**Médecine Générale** CHU de MARTINIQUE
Kève-Yann LARA	**Médecine Générale** Maison Médicale de la Rotonde
Romain BLAIZOT	**Dermatologie** CH de CAYENNE
Aurélie PARSEMAIN	**ORL** CHU de GUADELOUPE
Sylvain DUDOUIT	**Chirurgie Orthopédique** CHU de GUADELOUPE

REMERCIEMENTS

A ma Directrice de thèse, le Docteur Marie STEPHAN, urgentiste au CHU de Martinique qui m'a encadrée tout au long de cette thèse avec bienveillance et sérieux. Qu'elle soit aussi remerciée pour sa joie de vivre, sa disponibilité permanente et sa pédagogie en tant qu'urgentiste.

A mon Président de jury, le Professeur Raymond CESAIRE, virologue et chef du pôle biologie au CHU de Guadeloupe, Doyen pendant la plus grande partie de mes études, il me fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Qu'il soit également remercié de la confiance qu'il me porte.

Au Professeur Hossein MEHDAOUI, réanimateur et chef du Pôle RASSUR au CHU de Martinique, qui a suivi mon parcours pendant ces longues années d'études, m'a prodigué de sages conseils et me fait l'honneur de juger ma thèse. Qu'il soit remercié de la gentillesse et du soutien qu'il me porte.

Au Docteur Franck MASSE, médecin généraliste et maître de conférences des universités, qui en plus de faire partie du jury de ma thèse, supervise aussi mon contrat de formation
Je suis heureux que vous ayez accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Merci pour votre enseignement et votre sympathie pour les internes.

Au Docteur Grégory TSENG-CHING, médecin généraliste, qui m'a conseillé et soutenu pour mener à bien ce projet.
Au Docteur Yassine MAMOU, médecin nucléaire et passionné de statistiques, qui m'a apporté une aide statistique précieuse et nécessaire à la réalisation de ce travail .
Au Docteur Céline MAISONDIEU, chef des urgences du CHLD, aux médecins, internes du service des urgences et l'ensemble du personnel du service des urgences de l'Hôpital Louis Domergue pour leur accueil.
A tous les médecins qui ont contribué à ma formation, je vous en remercie

A mes parents, Brigitte et Philippe,
Merci infiniment pour votre soutien, votre aide et vos encouragements durant mes études et également lors de la réalisation de ce travail.
Je suis conscient d'avoir des parents extraordinaires.

A mes deux sœurs jumelles, Chloé et Marine,
Qui me font l'honneur d'être tonton deux fois cette année et leur soutien pendant ces longues études.

Vous avez toujours été là pour moi, et je vous en remercie du fond du cœur.
Merci de nouveau à Chloé pour son aide précieuse à ce travail, concernant les figures et graphiques.
A Pierrick et à Xavier, mes beaux frères capable de supporter mes soeurs et surtout mon fair play au Molkky.

A Pascal, mon Parrain pour sa gentillesse et ses maximes inspirantes.
A mes grands parents paternels, maternels, à ma tante Dominique et mon oncle Jean Louis qui me manquent beaucoup et auraient aimé être présent, je ne vous oublie pas.
A toute ma grande famille, de mes tantes et oncles jusqu'aux petits cousins.

A mes nombreux co internes durant cet internat particulièrement Bérangère qui m'a montré la voie en début d'internat.

A mes Amis,
- Florian qui est toujours là pour me sortir de mes galères
- Noémie, qui en plus d'être ma voisine de numéro a été une alliée qui a compté beaucoup pour mon début d'internat même si elle est claquée au sol à FAR CRY
- Gaetan mon ancien colloc, pour sa simplicité et sa gentillesse
- A Quentin, Lucas et Jonathan qui ont accepté que je leur donne régulierement des cours de tennis
- A la team radio et à la team des malades pour les doux moments partagés et "c'est pas fini"
- A Ben et micka pour leur accueil dans leur lumineuse demeure
- A mes précieux amis Sacha, Dodo qui m'ont fait l'honneur d'être leur témoin
- A la Souche, la Mangue, le Coyote, Talboubou, Gayvin et Crème fraiche, mes "gars surs"
- A Johan et Thibault, mes amis de Basse terre
- A mes précieux amis d'enfance que je vois peu mais qui ne manquent pas moins.
- A Sarah, Sigrid, Laetitia, Olivia, Madlyn, Loriane, Yohann, Christophe et Steeven
- A Arnaud, Samuel, Yohann pour les fous rires du lycée
- A Mallory mon partenaire de Garde à vue

A Benjamin PAVARD, pour sa frappe de "bâtard ".
A tout ceux qui sont présents aujourd'hui

Et pour finir, merci à ma doudouta Camille, je ne pourrai jamais te remercier à la hauteur du bonheur, de l'amour et de l'aide que tu m'apportes, la vie est tellement plus belle grâce à toi, merci d'être là.

RESUMÉ

Objectif : L'objectif de notre étude visait à évaluer l'impact des mesures mises en place pour améliorer la compréhension globale des patients au sujet des informations médicales délivrées à la suite d'une étude réalisée en 2018 au CHLD de Trinité. Les objectifs secondaires ont été de comparer à 2018 les facteurs impactant la compréhension, et l'auto-évaluation par le patient de sa compréhension.

Méthodes : Etude prospective monocentrique menée sur 1 mois dans le service d'urgence à l'hopital Louis Dormergue à la Martinique. Un médecin observateur assistait aux entretiens de sortie et à la suite les patients étaient soumis à un questionnaire lors de la sortie des urgences. Les modifications effectuées à la suite de l'étude de 2018 : création d'un double box de traumatologie, ordonnances pré-faites sans abréviations, courrier de sortie dactylographié et l'encouragement au teach-back method. Comme en 2018, les domaines de compréhensions évalués ont été les soins reçus, les examens complémentaires, le diagnostic, les traitements et consignes de sorties, les examens complémentaires à réaliser en externe, et le courrier de sortie.

Résultats : 185 patients ont été inclus lors de cette étude. Nous avons noté une tendance ($p=0,09$) à l'amélioration de la compréhension totale de l'ensemble des domaines par rapport à 2018 (28% vs 20%). 87,6% des patients ne ressentaient pas de difficultés à comprendre l'information délivrée (85% en 2018). La compréhension totale était meilleure lorsque l'information était délivrée dans un box ($p<0,01$). La compréhension de l'ordonnance était stable et les patients avaient une meilleure conscience d'être en possession du courrier de sortie (86% contre 77%). Comme en 2018, les facteurs corrélés significativement à la comprehension étaient l'âge, le niveau d'étude et la première langue parlée. Les patients étaient satisfaits de la communication (note moyenne de 8,3/10) mais la satisfaction n'était pas corrélée de façon significative avec la compréhension des informations médicales.

Conclusion : L'étude a retrouvé une tendance à l'amélioration de la compréhension des patients malgré un niveau de compréhension restant faible et une quasi totalité des patients n'ayant pas conscience de ce défaut de compréhension. Une prise de conscience du médecin délivrant l'information de ces défauts de compréhension est nécessaire et doit amener le médecin a réévaluer constamment la compréhension du patient.

ABSTRACT

Objective : The aim of our study was to evaluate the impact of the measures to improve patients' overall understanding of the medical information delivered, following a study carried out in 2018 at the CHLD of Trinity. The secondary aims was to compare to 2018 the factors impacting the understanding, and patient's self-assessement of their understanding.

Methods : Single-center prospective study conducted during 1 month in the emergency department at Louis Domergue Hospital in Martinique. An observant doctor participated in discharge consultations and the patients were subsequently submitted to a questionnaire at the exit of emergencys. The modifications made as a result of the 2018 study : creation of a double trauma box, pre-made prescriptions without abbreviations, typewritten discharge letter and encouragement of teach-back method. As in 2018, the areas understanding evaluate were the care received, additional examinations, diagnosis, treatment and discharge instructions, outpatient additional examinations, and discharge letter.

Results : 185 patients were included. We noted an improving trend to the total understanding of all domains compared to 2018 (28% vs 20%). 87,6% of patients had no difficulty understanding informations delivered (85% in 2018). Total understanding was better when the informaiton was delivered in a box ($p<0,01$). Understanding of prescriptions was stable and patients had a better awareness of being in possession of discharge letter (86% vs 77%). As in 2018, the factors significantly correlated with comprehension were age, level of education and first language spoken. Patients were satisfied with the communication (mean score 8,3/10) but satisfaction did'nt significantly correlate with understanding of medical information.

Conclusion : The study found an improving trend of patient's understanding, despite a low level of understanding and almost all of the patients were unawere of this failing of understanding. An awareness of this understanding deficiencies is required by the doctor who delivers the information and must lead the doctor to constantly revalue patient understanding.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....P10

1) L'information médicale

2) Précédente étude évaluant la compréhension de l'information médicale délivrée aux SAU de Trinité

3) Propositions d'axes d'amélioration de la compréhension

II. MATERIELS ET METHODES.....P14

1) Objectifs de l'étude

2) Désign de l'étude

3) Population de l'étude

4) Lieu de l'étude

5) Recueil des données

III. RESULTATS P17

1) Population
2) Conditions de la communication
3) Relation médecin patient
4) Compréhension domaine de connaissance
5) Compréhension globale
6) Défaut de compréhension
7) Facteurs corrélés à la compréhension
8) Facteurs non corrélés à la compréhension
9) Auto évaluation des patients

VI. DISCUSSION.....P29

1) Biais
2) Discussion des résultats

VII. CONCLUSION.....P33

VIII. ANNEXES.....P35

1) bibliographie
2) annexes

I. INTRODUCTION

1) L'information médicale

Le médecin a besoin de rechercher les informations pertinentes pour poser son diagnostic et proposer un traitement. Le patient, quant à lui, a besoin de comprendre sa pathologie pour mieux la traiter et prévenir sa récidive.

Délivrer une information médicale n'est pas seulement un devoir déontologique[1], mais constitue une obligation légale depuis la loi du 4 mars 2002 pour le médecin et un droit pour le patient. Elle doit se faire de manière claire, loyale et appropriée et le médecin doit veiller à sa compréhension[2;3] Cette loi a permis d'instaurer une relation de soin, où le patient obtient un rapport égalitaire et devient acteur des décisions qui le concernent.

Un défaut d'information empêche le patient d'être au centre des décisions concernant sa santé avec un risque accru de mauvaise observance des traitements[4]. Celui-ci, s'il s'estime incorrectement informé, peut perdre la confiance établie envers le soignant, et le pousser à se retourner contre son médecin, même en l'absence de faute médicale[5]. Beckman et al.[7], ont montré que la très grande majorité des plaintes déposées par les patients contre leur médecin, étaient liées à une mauvaise communication et une incompréhension de la part des patients ou des familles.

Une confiance mutuelle est nécessaire pour améliorer la réception de l'information. Selon Ruberton et al.[8], les médecins les plus humbles auraient une communication plus efficace avec leurs patients.

Un comportement affectif du médecin (gestuelle, tonalité) permet d'entretenir une relation positive avec ses patients[9].

Un passage dans un service d'urgences est un évènement anxiogène pour le patient et son entourage risquant de les rendre moins réceptifs aux informations délivrées. Pourtant l'entretien de sortie des urgences avec le patient et parfois sa famille est un moment primordial de communication entre le médecin et le patient. Le praticien explique le diagnostic retenu, les examens complémentaires réalisés, donne un courrier de sortie destiné au médecin traitant avec les ordonnances et les consignes de sortie à respecter.

La charge de travail du médecin qui a considérablement augmenté ces dernières années[10,11], rend parfois les entretiens brefs, faute de temps et se limitent souvent à un flot d'explications données dans un jargon médical souvent incompréhensible pour le patient. Il est donc nécessaire de délivrer

l'information médicale sous forme orale mais aussi écrite, de façon lisible et compréhensible[3]. Il revient au médecin de prouver qu'il a bien transmis ces informations.

Dans le but d'évaluer l'évolution de la compréhension de l'information médicale dans la population martiniquaise, nous avons décidé de comparer notre travail à une récente étude réalisée en 2018 aux urgences de Martinique .

2) Précédente étude évaluant la compréhension de l'information médicale délivrée aux Soins d'Accueil des Urgences (SAU) de Trinité

Nous sommes partis d'une étude qui évaluait la compréhension de l'information médicale délivrée aux patients à la sortie du service des Urgences[11]. Il s'agit d'une étude prospective monocentrique menée de mai à juin 2018 au sein du service des Urgences du Centre Hospitalier de la Trinité en Martinique. L'évaluation de la compréhension des informations se faisait grâce à un questionnaire remis aux patients à leur sortie des urgences. Un médecin examinateur assistait à l'entretien de sortie entre le médecin et le patient, puis la compréhension des informations délivrées était évaluée à l'aide d'un questionnaire rempli par le patient. Les domaines testés étaient la compréhension des résultats des examens complémentaires, du diagnostic, du traitement, des consignes de sortie avec les éventuels examens à réaliser en externe et le courrier de sortie. La présence d'un médecin examinateur permettait de vérifier que l'information avait bien été donnée par le médecin au patient, de façon claire et intelligible.

L'analyse de ces paramètres était faite par le médecin observateur en les classant par concordance des réponses :

- Totale, si tous les éléments étaient compris
- Partielle, lorsque au moins un élément ne coïncidait pas ou n'était pas rapporté
- Nulle, si aucun élément pertinent ne coïncidait ou si le patient était incapable de répondre.

Le critère de jugement principal de l'étude était la compréhension globale des patients de l'ensemble des domaines d'information. Un patient obtenait une compréhension globale :

- Totale, si tous les domaines de compréhension évalués étaient compris
- Partielle, si au moins 1 domaine n'etait pas compris totalement
- Nulle, si aucun domaine d'information ne présentait de concordance.

Les critères d'inclusion concernaient tout patient, consultant aux urgences, consentant à participer à l'étude avec une orientation de retour à domicile.

Les critères d'exclusions étaient :

- 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.

Au total, 178 patients ont été inclus dans cette étude. Elle a montré que le niveau de compréhension totale des patients à leur sortie des urgences était faible (20%). Assez paradoxalement, les patients interrogés avaient globalement le sentiment d'avoir une compréhension satisfaisante avec une auto-évaluation de 4/5, et un taux de satisfaction de 8,4/10.

Les consignes de sortie étaient totalement comprises dans 44% des cas. 23 % des patients étaient conscient d'être en possession du courrier de sortie. Bien que les ordonnances étaient dactylographiées, minimisant le risque d'illisibilité, 34% des patients ne les ont comprises que partiellement.

Ces résultats révèlent l'importance de l'explication orale et de l'évaluation de la compréhension au delà de la simple question "avez vous tout compris", incitant le patient à une réponse fermée par oui ou non.

Cette étude a mis en évidence certains facteurs corrélés de façon significative à la compréhension : la **langue parlée**, un **haut niveau scolaire**, le **questionnement** et l'**âge** (annexe 2).

En effet, l'étude s'est déroulée à la Martinique, où la langue officielle est le français, mais où le créole est aussi communément parlé. 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. La majeure partie des patients observés étaient martiniquais (85%), avec 30% de patients préférant dialoguer en créole. Or, seuls une minorité des médecins parlaient le créole (4%) . 20% des patients ont déclaré qu'ils auraient obtenu une meilleure compréhension si l'information leur avait été donnée en créole.

L'étude a montré que les patients francophones avaient un taux de compréhension totale dix fois supérieur à celui des patients créolophones. Il est possible que les résultats auraient été différents avec davantage de médecins créolophones(annexe 3).

Le niveau d'étude était également intriqué au niveau de compréhension globale. Le niveau de connaissance en santé est fortement corrélé au niveau éducatif. Il existe un gradient social qui

renforce les inégalités. Un faible niveau de connaissance en santé est associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité précoce ainsi qu'une augmentation des hospitalisations et réhospitalisations.

L'impact du questionnement a été évalué. Il était défini par le fait de poser des questions pendant l'entretien de sortie. Celui ci était corrélé à une meilleure compréhension puisque 30% des patients obtenaient une compréhension de totale contre seulement 9% pour ceux qui n'en n'avaient pas posé.

Concernant l'âge, il est apparu que les 30-49 ans avaient le meilleur niveau de compréhension (31% de compréhension totale), suivi des 18-29 ans (22%). Les 50-70 ans n'ont présenté que 12 % de compréhension totale et les plus de 70 ans 8%.

3) Propositions d'axes d'amélioration de la compréhension

Même s'il apparaissait que la compréhension de l'information médicale semble essentiellement liée à des facteurs intrinsèques des patients (âge, langue parlée, niveau scolaire), les équipes médicales pourraient influencer ce niveau de compréhension en améliorant leur communication.

Devant le constat de l'étude (incompréhension des informations délivrées, manque de confidentialité lors de la délivrance des informations, barrière de langue), un certain nombre de changements ont été mis en place dans le service des urgences à partir du 1er mai 2019 afin d'améliorer la compréhension de l'information médicale :

- L'incitation à la méthode du **teach back** par l'équipe médicale. Le teach back est un outil simple et efficace basé sur une reformulation demandée au patient. Elle permet de s'assurer que les informations délivrées ont été claires, retenues et comprises[12,13] .

Prenons le cas d' un patient à qui on a diagnostique une entorse simple avec une radiographie normale. On lui demande de reformuler " qu'avez vous compris et pouvez vous m'expliquer ce que vous avez? ". Il peut répondre " la radiographie ne retrouve pas d'os cassé, mais mon ligament s'est trop étiré et c'est lui qui me fait mal". Par cette méthode, le médecin s'assure de la compréhension du patient et reformule s'il la juge incorrecte.

- La création d'un box double dédié à la traumatologie pourrait faciliter la délivrance des informations médicales au sein du box plutôt que dans le couloir. Ceci permet de créer un espace de **confidentialité** et un **environnement** plus propice pour recevoir et assimiler l'information médicale.

- L'implication des **agents de sortie** créolophones sollicités autant que possible pour reformuler les explications de sortie en créole si nécessaire, désigner le rôle des documents de sortie, demander en créole ce que le patient a compris pour s'assurer de sa compréhension.

II. MATERIEL ET METHODES

1) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude a été d'évaluer et de comparer (vs 2018) le niveau de compréhension globale des informations transmises aux patients lors de leur passage aux urgences.

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

2) Design de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale prospective monocentrique réalisée dans le service des Urgences du Centre Hospitalier Louis Domergue (CHLD) à Trinité en Martinique.

L'étude a été menée sur un mois, du 15 juin au 14 juillet 2019.

3) La population étudiée

Critères d'inclusion :

Tout patient consultant aux urgences, dont l'orientation était le retour à domicile et qui consentait à participer à l'étude.

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 majeurs
- Les patients ne parlant ni français ni créole.

4) Lieu de l'étude

L'étude a été menée au sein du service des Urgences du Centre Hospitalier Louis Domergue (CHLD) à Trinité en Martinique. Il accueille toutes les urgences du nord atlantique de l'île et reçoit en moyenne cinquante cinq patients par jour soit environ 16 500 patients par an.

5) Recueil des données

Condition du recueil

Lorsque le patient était jugé sortant par le médecin examinateur, le médecin observateur allait recueillir le consentement du patient pour participer à l'étude. Comme en 2018, le médecin observateur ne portait pas de blouse afin de ne pas être assimilé à l'équipe soignante et ne pas influencer les réponses du patient.

Ensuite le médecin observateur assistait à l'entretien de sortie entre le médecin examinateur et son patient. Ceci permettait d'évaluer comment l'information était délivrée et ce qui avait été expliqué au patient parmi les domaines suivant : les résultats des examens complémentaires, le diagnostic, l'ordonnance de traitement, les consignes de sortie avec les éventuels examens à réaliser en externe, ainsi que le courrier de sortie.

Dans un troisième temps, le médecin observateur procédait à l'interrogatoire des patients selon un questionnaire, sans la présence du médecin examinateur, juste avant sa sortie. Ce qui permettait de limiter un éventuel biais de mémorisation.

Questionnaire

Nous avons utilisé le même questionnaire que celui utilisé en 2018 pour assurer une comparaison optimale.

Nous avons classé les informations données 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 qui les classait par concordance des réponses :

- Totale, lorsque tous les éléments coïncidaient
- Partielle, lorsque au moins un élément ne coïncidait 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 donnée
- Partielle, lorsqu'il y avait au moins une discordance dans au moins un domaine d'information
- Nulle, si aucun domaine d'information ne présentait de concordance.

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 comportait trois parties :

- La première partie recueillait les caractéristiques socio-démographiques du patient (prénom, âge, sexe, lieu de naissance, niveau d'étude, profession, première langue parlée au quotidien).
- La deuxième partie interrogeait le patient sur son ressenti au sujet de la relation et la communication avec le médecin examinateur (niveau de stress, de douleur, sentiment d'avoir été écouté et compris…).
- La troisième partie recueillait les informations délivrées par le médecin, les informations retenues par les patients, et leur auto-évaluation sur leur niveau de compréhension des informations transmises.

Outils statistiques

Les données ont été traitées par le logiciel Excel. Les données socio-démographiques et la compréhension ont été traitées par des pourcentages. Les questions à choix multiples évaluant la satisfaction des patients ainsi que l'auto-évaluation de leur compréhension ont été traitées avec des moyennes pondérées.

Le test de corrélation de Pearson et le test exact de Fisher ont été utilisés pour chercher s'il existait un lien entre la compréhension générale et les facteurs socio-démographiques ou liés à la communication.

(Pour comparer la prévalence de la compréhension totale entre l'année 2018 et l'année 2019, un test du Chi-2 a été utilisé.)

Tous les tests utilisés étaient bilatéraux et une valeur de $p<0.05$ était considérée comme statistiquement significative.

L'auto-évaluation par les patients de la compréhension selon les domaines d'informations a été réalisée par une moyenne pondérée des notes sur une échelle allant de 1 (compréhension nulle) à 5 (compréhension parfaite). Les patients présentant une donnée manquante pour un domaine d'information ont été exclus du calcul de la moyenne pondérée pour ce domaine.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R Studio version 1.1.45 .

Ethique et protection des personnes

Une demande de conformité n°IL72727892P à la CNIL a été réalisé. Celle ci s'engageant à respecter les règles MR-1 Recherche dans le domaine de la santé avec recueil du consentement.

III. RESULTATS

1) La population

Médecins examinateurs

Il y a eu 18 médecins examinateurs, 12 médecins séniors urgentistes, 6 internes dont 1 interne de garde. Il n'y a eu qu'un seul médecin observateur.

Patients inclus

Nous avons proposé à 209 patients de participer à notre étude, finalement 185 patients ont été inclus.

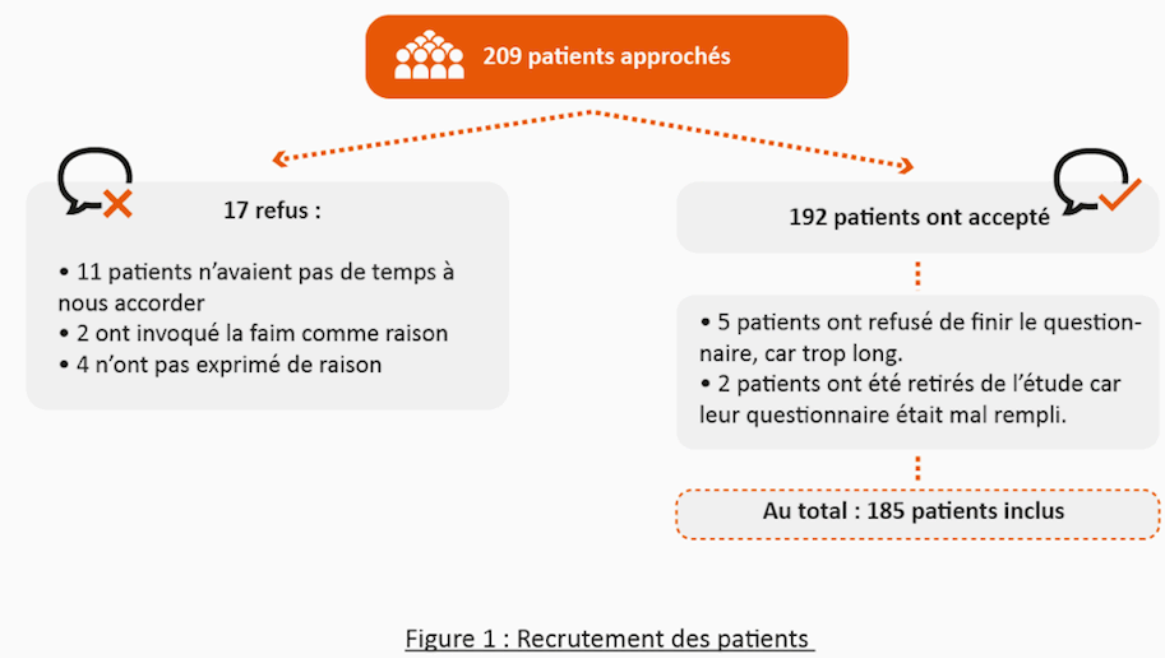

Figure 1 : Recrutement des patients

Répartition de notre échantillon selon l'âge

On dénombre 86 hommes soit 48,3% (vs 2018 : 72 hommes soit 42%) dans notre effectif et **92 femmes soit 51,7 %** (vs 2018 : 103 femmes soit 57%).

Les deux tranches d'âge les plus représentées sont les **30-49 ans**, qui comprennent 50 patients soit 28% (vs 2018:61 patients soit 34%), et les 50-69 ans avec 71 patients soit 40% (vs 2018 : 57 patients soit 32%).

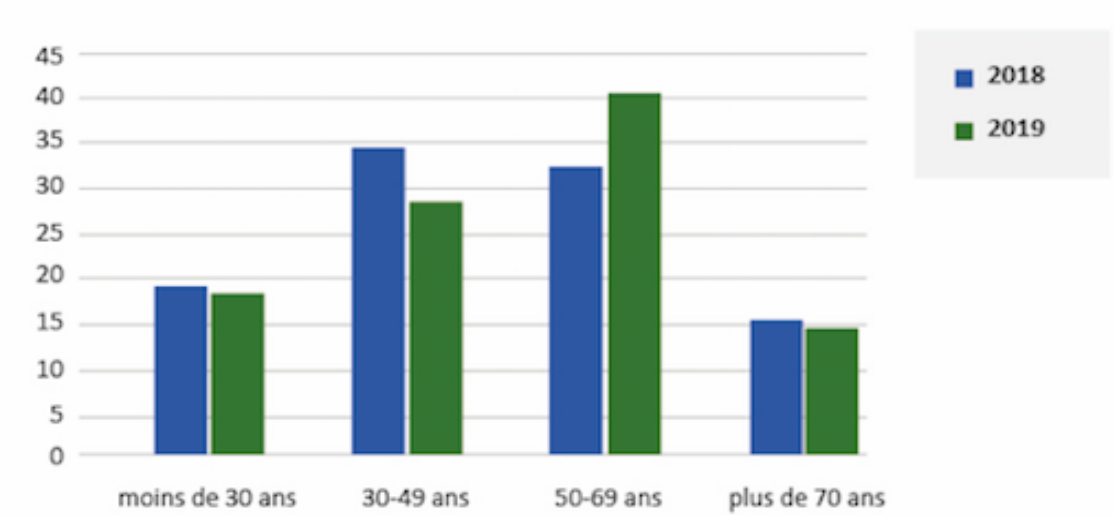

Figure 2 : Répartition selon l'age

Origine géographique des patients

La très grande majorité des patients étaient **originaires de la Martinique soit 162 patient soit 91,5% (vs 2018: 151 patients soit 85%).** Les patients originaires de la France métropolitaine étaient au nombre de 11 patients soit 6,2 % (vs 2018 : 15 soit 8%) et ceux ayant d'autres origines au nombre de 4 soit 2,3 % (vs 2018 : 12 patients soit 7%).

Répartition de la population selon la langue utilisée.

126 patients soit 68 % (vs 2018 125 soit 70%) des participants déclaraient utiliser plus souvent le **français** au quotidien car ils se sentaient plus à l'aise avec cette langue pour communiquer. 59 patients (32%) préféraient le créole. 1 patient était bilingue et préferait l'anglais.

Niveau de scolarité

5.9% (n = 11) des patients ne savait ni lire ni écrire (non précisé en 2018)

- Niveau inférieur au bac (59,9% de l'effectif 2019 contre 61% en 2018) :
  - 10,3 %(n=19) avaient arrêté leur scolarité avant la 3ème (29 % en 2018)
  - **43.8% (n=81) au certificat d'étude ou CAP/BEP** (33% en 2018)

- **30,3%** (n=56) avaient un diplôme du **BAC** (20 % en 2018)

- 9,7% (n=18) des participants ont fait des études supérieures (vs18 % en 2018).

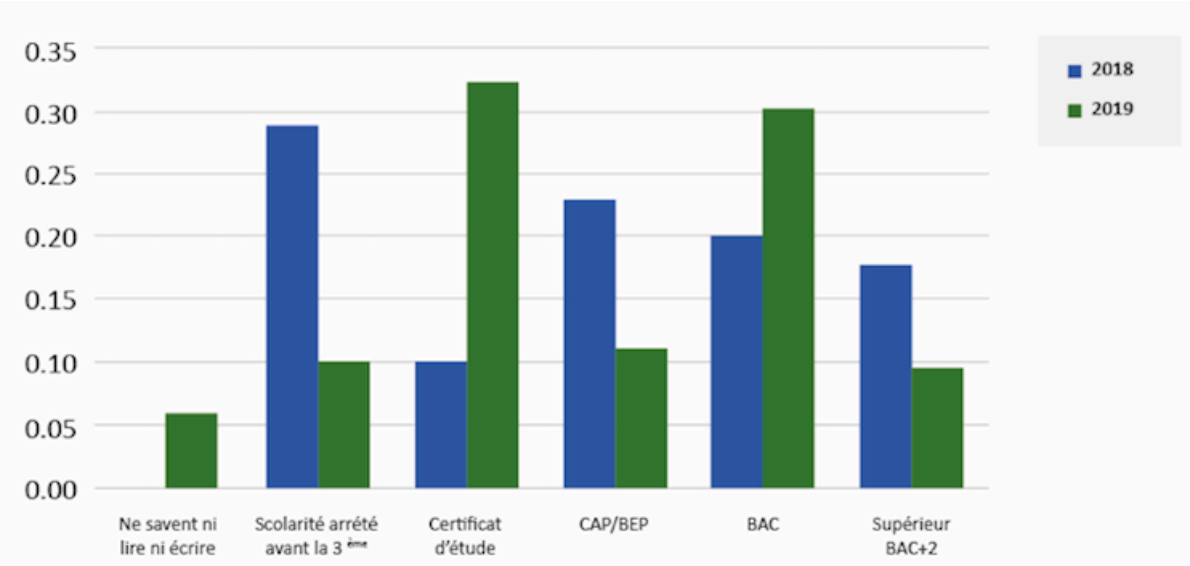

Figure 3 : Niveau de scolarité de la population des 2 études (2018 et 2019)

Motif de consultation

47 % = 88 patients ont consulté pour un problème traumatique (52% en 2018) et 52,4%= 97 patients pour un problème médical (48 % en 2018).

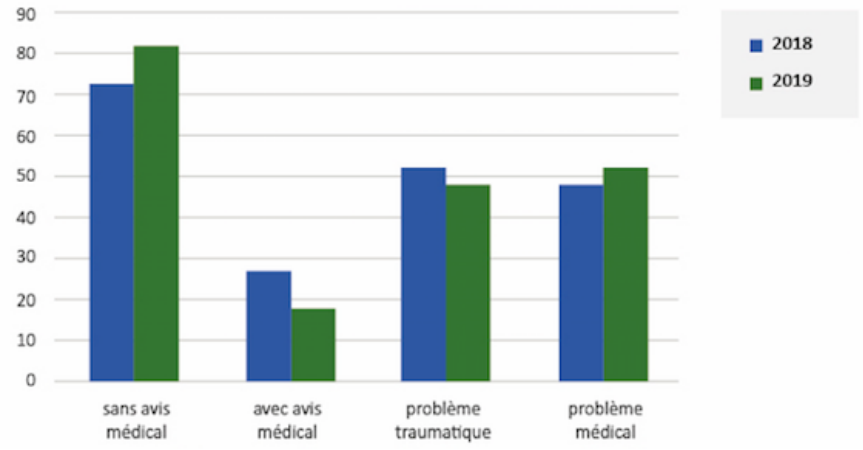

Figure 4 : Motif de consultation

2) Les conditions de la communication

Lieu de l'entretien

L'information de sortie a été transmise à 95 patients soit 51.4% dans le couloir du service (vs 119 patients soit 67% en 2018) et 90 patients soit 48.6% ont reçu l'information dans un box (vs 59 patients soit 33% en 2018).

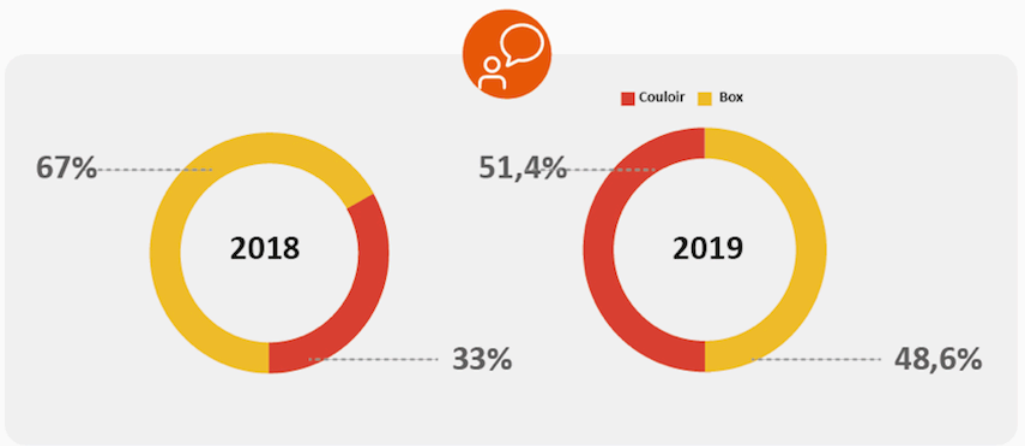

Figure 5 : Comparaison du lieu d'entretien entre box et couloir en 2018 et 2019

Ressenti du patient

98.4% (n= 182) des patients ont estimé être correctement installés pour pouvoir communiquer avec leur médecin (vs 80% en 2018).

50.9% des patients (n = 94) ont présenté une douleur.

Condition d'audition des patients

L'environnement des urgences est parfois bruyant, mais seuls **3 (vs 5 en 2018)** patients ont déclaré avoir présenté des difficultés à entendre leur interlocuteur.

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 3,82/5.

						2019	2018
	Notation du temps	Inexistant	Faible	Modéré	Suffisant	Parfait	Moyenne pondérée /5	Moyenne pondérée/5
	Nombre de patients	0	8	24	115	38	3.82 (76,4% de satisfaction)	4.01 (80,2% de satisfaction)

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

Niveau de stress des patients

Le niveau de stress présenté par les patients durant l'entretien de sortie était jugé par les patients nul ou faible ou modéré dans 77% des cas (35+16+26). Il était jugé fort ou intense dans 23% des cas (16+7).

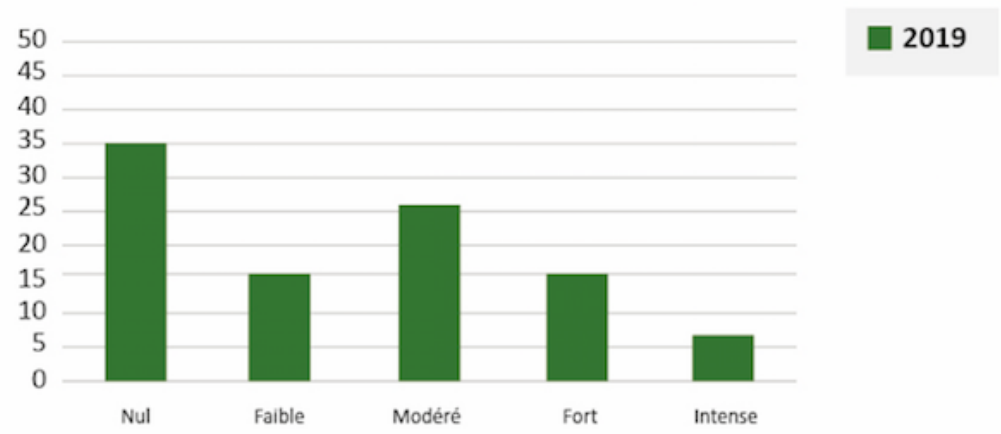

Figure 6 : Niveau de stress ressenti en 2019 en %.

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. Dans 20% des cas, l'électrocardiogramme n'avait pas été expliqué par le médecin (sur 65 patients ayant bénéficié d'un ECG vs 17% en 2018).

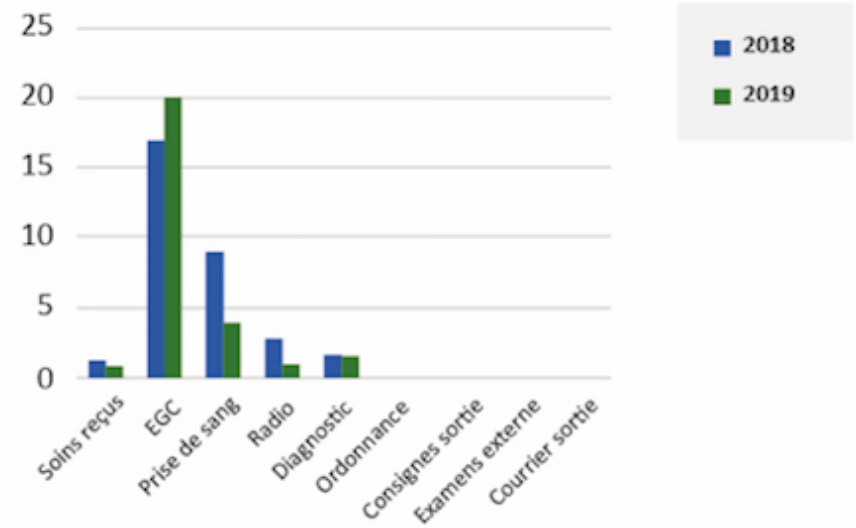

Figure 7: Pourcentage de patients n'ayant pas été informé selon le domaine

3) Relation patient médecin

97,8 % des patients (n =181) se sentaient en confiance face au médecin (vs 95% en 2018).

169 patients (91,4%) ont eu le sentiment d'avoir été au moins correctement écouté par le médecin, et 174 (94,1%) pensent que le médecin a été capable de les comprendre au moins correctement.

Difficultés à comprendre le médecin

Au sujet de la communication verbale, 87,6% (n = 162) des patients ne ressentent pas de difficultés à comprendre ce qui leur avait été dit (vs 85% en 2018)**. Seuls** 12,4%(n=23) **des patients déclarent ne pas avoir compris au moins un mot prononcé par le médecin (vs 15% en 2018).**

Les patients recherchent t-ils de l'information ?

44,3% (n = 82) des patients ont posé des questions sur ce qu'ils n'avaient pas compris ou ont posé des questions sur leur état de santé (vs 51% en 2018).

Les patients qui auraient préféré communiquer en créole

11 patients (5,9%) 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** (vs 20% en 2018).

b. 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 8,3/10** (vs 8,4/10 en 2018).

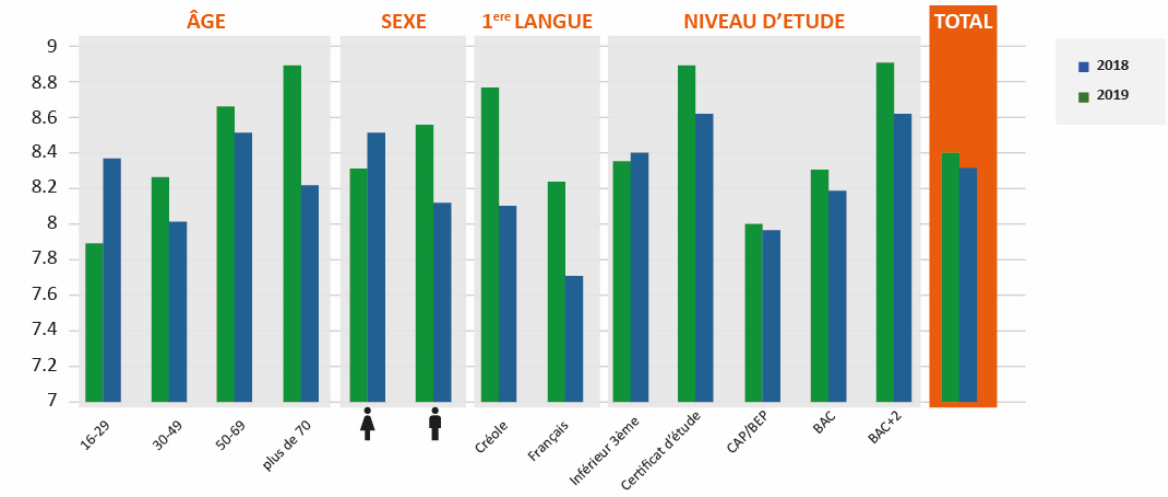

Figure 8 : Note moyenne comparative 2018/2019 de satisfaction des patients au sujet de la communication de leur médecin, en fonction des catégories sociodémographiques.

4) Compréhension par domaine d'information

Les consignes de sortie avaient été au moins correctement comprises dans 65,9% des cas (vs 44% en 2018).

70,8% (n=131) (vs 49% en 2018) des patients avaient parfaitement compris leur diagnostic et 10% (vs 19% en 2018) en avaient une compréhension nulle.

13,8% (23% en 2018) des patients ne savaient pas qu'ils avaient en leur possession le courrier de sortie.

79,2% des patients avaient compris parfaitement les résultats de leur ECG (vs 15% en 2018).

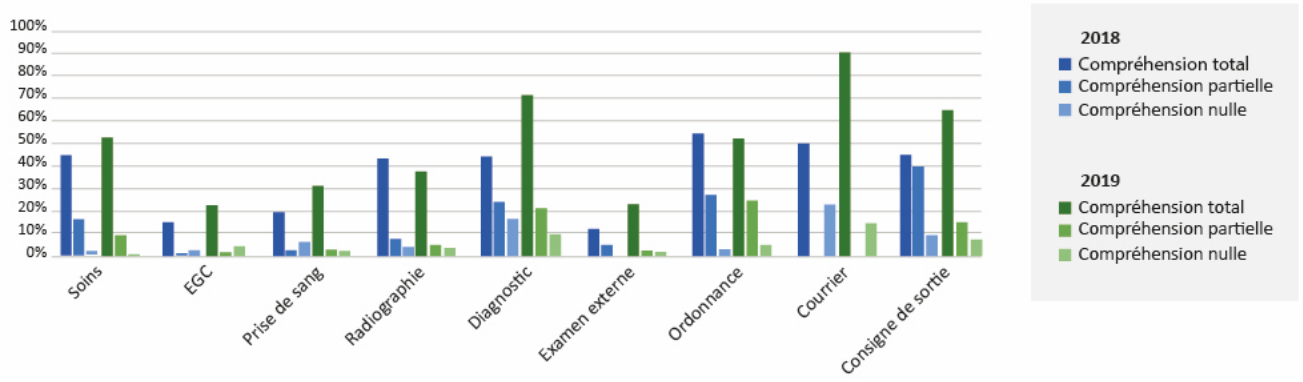

Figure 9 : Niveau de compréhension selon domaines d'information

5) Compréhension Globale

Niveau de compréhension globale des patients

Notre étude a montré que 52 de patients, soit **28,1% de notre échantillon, avaient une parfaite compréhension globale des informations** (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). **71,9%** des patients (n= 133) ont présenté une **compréhension partielle** des informations qui leur ont été données.

En 2018, l'étude avait montré qu'il n'y a eu que 35 de patients, soit **20%** des patients qui avaient **une compréhension globale totale** (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 avaient une **compréhension partielle** des informations qui leur ont été données.

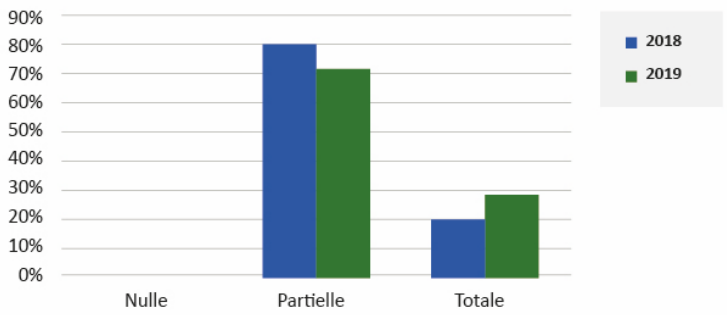

Figure 10 : Comparaison du niveau de compréhension globale des patients entre 2018 et 2019.

Un test du Chi 2 a été réalisé et semble montrer une **tendance à l'amélioration** de la compréhension globale par rapport à 2018

(**pvalue= 0,09** non significatif mais p<0,1 donc tendance à l'amélioration) :

Année de l'étude	Compréhension Totale	Compréhension Partielle	Total
2019	52	133	185
2018	35	140	175
Total	87	273	363

Test du Chi 2 pour la recherche d'une différence de compréhension totale entre l'année 2018 et l'année 2019 sur l'hypothèse H0 : pas d'amélioration de la compréhension globale par rapport à 2018

Pvalue = 0,09

0,05 <Pvalue < 0,1 ⟶ non significatif car supérieur à 0,05 ⟶ tendance possible car P<0,1

Tableau 2 : Test du Chi 2 d'une différence de compréhension générale entre 2018 et 2019.

La compréhension globale selon les caractéristiques socio-démographiques

La compréhension selon l'âge :

Nous avons étudié la concordance des réponses selon les tranches d'âges : les **18-30 ans ont présenté le taux le plus élevé de compréhension totale, soit 45,5%,** suivi des 30-50 ans avec 41,5%. En comparaison, en 2018, la tranche d'âge 30-50 ans avaient le taux le plus élevé de compréhension totale (31% puis les 18-30 ans avec 22%).

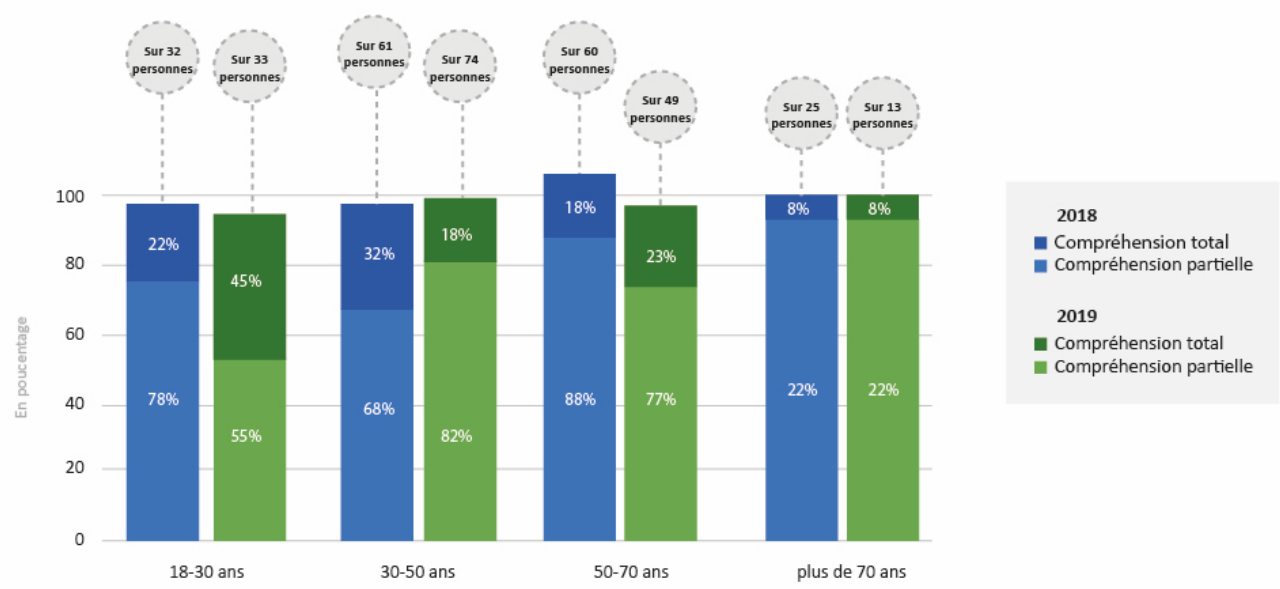

Figure 11 : Compréhension générale par tranche d'âges

La compréhension selon le niveau d'étude

La compréhension totale des patients ayant un niveau bac a été de 42,9% (vs 37% en 2018) et ceux de niveau bac+2 de 38,9% (vs 40% en 2018). En dessous du niveau Bac la concordance totale des réponses a chuté à 18,9% (vs 10% en 2018).

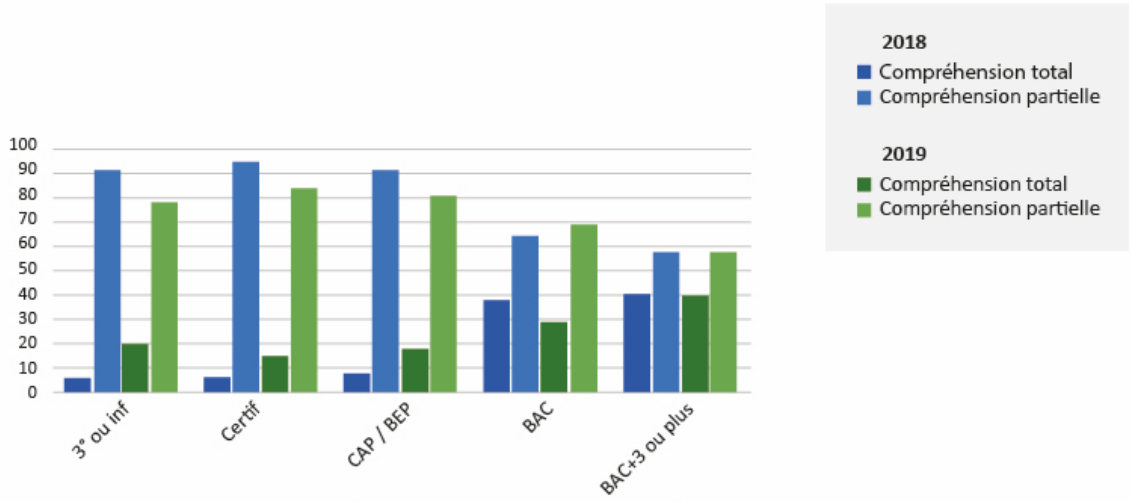

Figure 12 : Comparaison des niveaux de compréhension selon le niveau scolaire en 2018 et 2019

La compréhension selon la langue:

Les usagers se sentant plutôt francophones au quotidien ont présenté une compréhension totale de 34% (vs 28% en 2018) contre 12% (vs 3% en 2018) pour ceux qui préféraient le créole.

La compréhension selon la satisfaction du temps accordé par le médecin:

Nous n'avons pas retrouvé de lien 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.

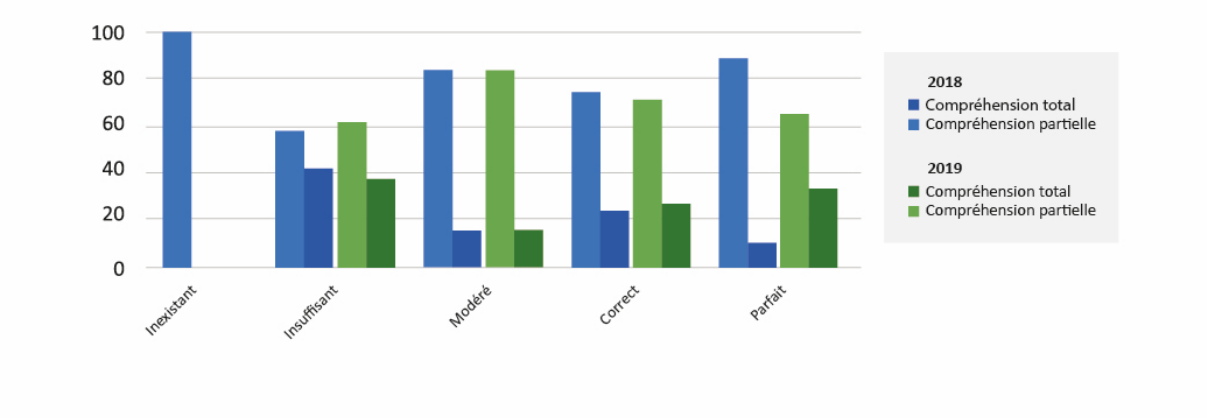

Figure 13 : Comparaison entre 2018 et 2019 de la compréhension selon la satisfaction des patients pour le temps accordé par le médecin pour les informer

La compréhension selon questionnement des patients:

Les patients **ayant posé des questions n'ont pas présenté un meilleur niveau de compréhension**, avec une compréhension de totale de 26,8 % (vs 30% en 2018) contre 29,1% pour ceux qui n'en n'avaient pas posé (contre 9% en 2018).

6) Défaut de compréhension

71,9% de notre échantillon n'ont pas présenté pas une compréhension totale (vs 80% en 2018).

45% des patients ayant une compréhension partielle ont présenté un défaut de compréhension dans un seul domaine d'information

55% ont présenté un défaut dans 2 domaines d'informations au moins.

	1 domaine	2 domaines	3 domaines
Nombre de patients presentant un défaut de compréhension	58	33	37
Pourcentage de patients	45%	26%	29%
Pourcentage 2018	29%	27%	44%

Tableau 3 : Répartition du nombre de défauts de compréhension 2019 en fonction du nombre de domaines concernés

7) Facteurs corrélés à la compréhension

Notre étude a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs ayant un lien avec la compréhension grâce au test exact de Fisher (plus adapté pour les effectif < 5 dans les sous groupes) avec un risque à 5% : l**'âge, le niveau d'étude, la langue préférée au quotidien.**

Contrairement à 2018, les patients qui ont posé des questions lors de leur entretien avec le médecin n'avait pas présenté une meilleur compréhension (p>0,05).

Comme en 2018, les patients ayant pour première langue le créole ont présenté une moins bonne compréhension que les patients ayant pour première langue le français (p<0,005).

Concernant le motif de consultation, un patient ayant un motif chirurgical était associé à une meilleur compréhension, alors qu'un patient venant pour un motif médical avait une moins bonne compréhension (p<0,001). En 2018, il n'avait pas été noté de corrélation significative.

De même, un patient recevant les informations au sein d'un box avait une meilleur compréhension par rapport au patient vu dans le couloir (p<0,001).

Par ailleurs, parmi les patients de traumatologie, nous n'avons pu relever qu'une tendance à la significativité si l'information était délivré au sein d'un box ou dans le couloir (p-value = 0,13).

	Corrélation (Pearson)	P Value 2019	PValue 2018
Âge	-0.25	p <0.005	p <0.025
Niveau d'étude (Fisher)	0.25	p <0.005	p <0.001
Langue principale (Fisher)	0.23 (pour le français) -0.23 (pour le créole)	p <0.005	p<0,001
Questionnement (Fisher)	-0.02 (ns)	p >0.5 (ns)	p<0,001
Niveau de stress	-0.15	p=0.035	p>0.05 (ns)
Motif de Consultation	0.37 (chirurgical) -0.37 (médical)	p<0.001	p>0.05 (ns)
Box	0.21	p<0.01	p>0.05 (ns)
Couloir	-0.21	p<0.01	p>0.05 (ns)

Tableau 4 : Facteurs corrélés à la compréhension

8) Facteurs non corrélés à la compréhension

Dans notre étude, le genre, la présence de douleur,le questionnement, la satifaction des patients pour le temps accordé ne sont pas associé de façon significative avec la compréhension du patient.

Facteurs évalués	p value
Genre	p value > 0,54
Présence douleur	p value > 0,37
Questionnement	p value > 0,5
Satisfaction des patients temps accordé	p value = 0,44
Satisfaction globale communication médecin	p value = 0,23

pvalue non significatif si p>0,05

IV DISCUSSION

1) Discussion des résultats

Notre étude visait à comparer la compréhension globale obtenue 2018 et celle de 2019 aprés la mise en place d'un courrier de sortie plus lisible, la création d'un double box de traumatologie, l'implication des agents de sortie et l'encouragement au teaching back.

Nous avons mis en évidence une tendance à l'amélioration de la compréhension globale. La quasi totalité des patients ne ressentaient pas de difficultés à comprendre ce qu'il leur a été dit alors que la majorité d'entre eux n'ont pas présenté une compréhension totale.

Dans une étude de 2010[14] interogeant 300 patients, 98,3% disaient avoir compris leur diagnostic alors que seulement 37,7% étaient capables de le reformuler. Une majorité des patients dans notre étude ont présenté une **compréhension partielle** des informations qui leur ont été données. Néanmoins la compréhension partielle peut correspondre à une compréhension de 10 à 90 %. Parmi eux, plus de la moitié a présenté des difficultés dans au moins 2 domaines.

En 2009, une étude faite par ENGEL et al[14] a évalué la compréhension globale de 140 patients à la sortie des urgences. Cette dernière montrait que 78 % des patients avait une compréhension générale incomplète dans au moins 1 domaine de compréhension. 51% présentait une défaillance dans 2 domaines ou plus. La majorité des patients présentant un déficit de compréhension ne les ont

pas perçus. Ces déficits mis en évidence juste avant la sortie des urgences risque fortement de s'aggraver avec le temps et de poser problème pour la prise en charge et le suivi du patient.

Afin de cerner et de remédier aux défauts de compréhension, le médecin peut évaluer la compréhension du patient en lui demandant de réexpliquer les informations qui lui ont été délivrés, tout en réexpliquant lorsqu'une lacune est mise en évidence. C'est le teach back method. Dans notre étude, la réalisation d'un teach back a été encouragé mais non imposé. Son utilisation sur chaque patient n'a pas été relevé et analysé, ce qui a postériori aurait été intéressant pour en évaluer l'impact.

En 2017, Sanchez et al[15] ont évalué par appel téléphonique de 97 patients laissés sur place en SMUR (Service Mobile d'Urgence et Réanimation), la compréhension des informations communiquées par le médecin (diagnostic, soins médicaux, traitements, éléments de surveillance et suivi et les conseils en cas de récidive ou d'aggravation). Ils ont montré que dans 81% des cas, les patients montraient un déficit dans au moins un des domaines, et plus particulièrement celui concernant le suivi préconisé et les motifs de rappel du 15. Ils en ont conclu à la nécessité de prendre le temps nécessaire pour informer les patients et vérifier leur compréhension, en dépit des contraintes liées à l'activité du SMUR. Ils préconisent la prise de conscience du médecin de ce problème de compréhension et proposent un rappel systématique, dans les heures qui suivent, des patients laissés sur place en SMUR pour assurer un feed-back des interventions. Il apparaît compliqué de mettre en place au sein des services de soins d'urgences un rappel systématique des patients au vu du nombre de passage journalier. En conséquence, le teach back method est une solution moins fastidieuse à mettre en place bien que celle-ci soit réalisé au moment de la sortie des urgences.

La circulaire du 16 avril 2003[17] , relative à la prise en charge des urgences, précise l'obligation de donner au patient « des instructions précises à sa sortie pour prévenir la répétition d'une situation qui l'a amené aux urgences». Un compte rendu de sortie remis au patient doit lui permettre de comprendre ou au besoin d'en discuter avec la personne de son choix[18]

Par rapport à 2018, nous avons constaté une meilleur compréhension des consignes de sorties. De plus, par rapport à 2018, une minorité de patients ne savaient pas être en possession de leur courrier de sortie. La transformation du document de sortie (titre : courrier de sortie en gros caractère et surligné, diagnostic suspecté visible, résultats examens complémentaires) ainsi qu'une meilleure explication des documents remis peuvent réduire ce défaut de compréhension.

Dans une étude[19] évaluant la compréhension des recommandations de sortie, les patients imputaient leur défaut de compréhénsion à un manque de clarté de l'ordonnance écrite En vue de pallier à ces lacunes, nous avons réalisé des ordonnances informatisées pré-remplies sans

abréviation avec une posologie claire. En 2018, le dossier informatisé imposait des ordonnances dactylographiées, un nombre non négligeable d'ordonnances manuscrites ont été réalisées malgré tout dans notre étude par habitudes de certains médecins. Nous avons retrouvé une compréhension totale des ordonnances de 50% contre 54% en 2018.

Dans de nombreuses études[20,21] , il a été démontré que le manque de confidentialité aux urgences était un facteur de mauvaise communication. Concernant notre étude, la confidentialité a été améliorée par rapport à 2018. Nous pensons que la création d'un double box a participé à cette amélioration.

De plus, nous avons retrouvé une corrélation statistiquement significative entre la compréhension et la délivrance de l'information dans un box plutôt que dans le couloir.

La satisfaction des patients est un indicateur de qualité de la bonne pratique médicale pour les établissements de soins en général et le service des urgences en particulier[22,23] . La satisfaction des patients ressentie pour la communication était globalement satisfaisante, semblable à 2018. De nombreuses études ont montré l'impact d'une meilleure compréhension sur la satisfaction notamment Boudreaux et al[24]. Comme en 2018, nous n'avons pas montré de corrélation significative entre une bonne satisfaction et une meilleure compréhension.

Dans notre étude, plusieurs facteurs mis en évidence ont été corrélés à la compréhension : l'âge, le niveau d'étude et la première langue .Comme en 2018, il apparaissait qu'être âgé de plus de 70 ans était un facteur négatif sur la compréhension. Deux études [25, 26] ont montré une association entre les informations fournies et l'âge des patients. Plus le patient était âgé, moins il était susceptible de percevoir des informations. Un niveau d'étude élevé était associé à une meilleure compréhension comme en 2018. Un motif de consultation chirurgical (traumatologie) était corrélé à une meilleure compréhension. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les pathologies traumatologiques demandent le plus souvent moins d'examens complémentaires et sont plus faciles à se représenter pour une personne étrangère au secteur médical.

2) Biais

Biais liés à la présence d'un observateur par recueil

Biais concernant le changement d'observateur : en 2018, le médecin observateur était différent du médecin observateur de 2019. Idéalement, nous aurions aimé pouvoir reprendre le même médecin

observateur. Malheureusement, celui ci devait être présent aux urgences pendant les entretiens et sans rémunération. Pour ces raisons, il a été difficile de garder le même médecin observateur.
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 jugé ou de se sentir en port à faux avec l'équipe.

Biais liés à la présence d'un unique observateur par recueil pour le traitement des données

La concordance de certaines réponses ambigües a été jugée selon l'appréciation du seul médecin observateur différent de 2018. Cette concordance aurait pu être discutée si les médecins observateurs avaient été plus nombreux, afin de limiter la subjectivité.

La différence de médecin observateur entraîne évidemment un biais de jugement car le médecin observateur est responsable de l'interprétation des réponses (en compréhension totale, partiel ou nulle).
Un jugement différent des réponses ambiguës entre 2018 et 2019 n'est pas à exclure du fait de cette différence de médecin observateur.

Biais de sélection

Les patients n'étaient inclus dans l'étude que s'ils étaient sortants des urgences. Ils ne présentaient donc que des pathologies légères, moins anxiogènes. 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 aurait pu induire un niveau d'attention moindre et par conséquence une diminution de la compréhension.
En vue de maintenir une comparabilité, le recueil de donnés 2018 et 2019 a pu être effectué dans les même conditions sur les même plages horaires.

3) Suggestions

La compréhension de l'information médicale par le patient à la sortie des urgences est essentielle pour assurer une prise en charge globale efficace et sûre. Bien que l'activité d'un service d'urgences est soutenue, le médecin ne doit pas négliger les informations délivrées au patient. Il doit prendre conscience des potentiels soucis de communication et placer le patient au centre de sa prise en charge.

La méthode du teach-back, c'est à dire l'évaluation de la compréhension de l'information et si nécessaire la reformulation directe, semble être adaptée et doit être ancrée dans nos habitudes. Lors du cursus médical, la communication avec le patient est assez peu abordée. Des formations au personnel médical, notamment aux médecins, devrait être effectuées régulièrement afin d'améliorer nos techniques de communication et permettre une meilleure délivrance de l'information.

De même, une bonne lisibilité des papiers de sorties et leur explication détaillée peuvent permettre une meilleure adhésion aux soins.

Le manque de confidentialité aux urgences impacte sur la transmission de l'information et donc sur la compréhension. Malgré un nombre limité de box dans la plupart des services d'urgences, et notamment au CHLD de Trinité, nous devons nous efforcer de délivrer une grande majorité des informations au sein des box. Pour éviter de délivrer l'information dans le couloir, la création d'un salle de sortie dédiée permettrait une information confidentielle délivrée dans de meilleures conditions.

Afin d'améliorer la compréhension de la prise en charge des patients, il serait possible de mettre à dispositions des supports (fiches patients, vidéo explicatives avec un langage approprié en français, anglais ou créole).

Concernant la prise en charge en post urgence, le courrier de sortie pourrait être envoyé par messagerie sécurisée au médecin traitant désigné ou intégrer au DMP. Par cette mesure, il y aurait plus de chances que les informations parviennent au médecin traitant pour que celui-ci puisse réexpliquer la prise en charge au patient.

V. CONCLUSION

Cette étude a permis d'évaluer l'évolution de la compréhensionde l'information médicale de 2018 à 2019. La compréhension médicale totale semble s'être améliorée par rapport à 2018. Cependant malgré les méthodes mise en place, la compréhension réelle des patients demeure assez faible. La

majorité des patients présentent un défaut de compréhension dans au moins 1 domaine de compréhension, et la moitié dans au moins 2 domaines de compréhension. Les traitements et le courrier de sortie sont les moins bien compris.

Bien que la compréhension de l 'ordonnance soit stable, la modification du compte rendu de sortie avec la mention courrier au médecin traitant semble avoir permis une meilleure conscience d'être en possession du courrier de sortie.

Malgré une tendance à l'amélioration de la compréhension générale, il demeure nécessaire de mettre en place d'autres mesures pour améliorer la compréhension du patient, son observance, son suivi et donc sa prise en charge globale.

ANNEXES

1) BIBLIOGRAPHIE

[1] République française (2012) Article R4127-35 modifié par décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2 portant modification du code de déontologie médicale. [15/08/2017].

[2] Code de déontologie médicale titre 2 : article 35

[3] Code de déontologie médicale titre 2 : article 34.

[4] Aspect-Cognet S. L'information favorise l'observance. La revue du praticien 2008 ; 22 (798) : 310

[5]Has, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, mai 2012

[6] Code de la santé publique - Article L1111-2

[7] Beckman HB, Markakis K, Suchamn A. et al. The doctor-patient relashionship and malpractice. Lessons from plaintif depositions. Archives of international medecine. Juin 1994 ; 154 : 1365-70.

[8] Ruberton P, Huynh H, Miller T, et al. The relationship between physian humility, physician-patient communication and patient health. *Patient education and counseling. 2016* ; 99 : 1138-1145.

[9] Ong L, Haes J, Hoos A et al. Doctor-patient communication : a review of the literature. *Soc Sci Med 1995* ; 40 (7) : 903-918.

[10] Zemmouche P, Delmas G, Pierrard O, Zaioua S, Weissenbach A, Gillet P, Streiff R, Rothmann C. L'information aux urgences. J Eur des Urgences 2007; 20 : 136-7.

[11] Drees, Panorama des établissements de santé 2015

[12] Tseng-Ching G,Evaluation de la compréhension de l'information médicale délivrée aux patients sortants du service d'urgences de trinité en martinique étude propective. 2018

[13] Yen, P. H., & Leasure, A. R. (2019). Use and effectiveness of the teach-back method in patient education and health outcomes. *Federal Practitioner*, *36*(6), 284.

[14] Perez-Carceles MD, Gironda JL, Osuna E, Falcon M, Luna A. Is the right to information fulfilled in an emergency department? Patients' perceptions of the care provided. J Eval Clin Pract 2010; 16 : 456-63

[15] Engel, K. G., Heisler, M., Smith, D. M., Robinson, C. H., Forman, J. H., & Ubel, P. A. (2009). Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand?. *Annals of emergency medicine*, *53*(4), 454-461

[16] Sanchez et al (Sanchez A, Bejinariu L, Schaeffer M, Pelaccia T. Que comprennent les patients laissés sur place par le Smur quant aux informations communiquées par le médecin ? Ann. Fr. Méd.Urgence 2017; 7 : 159-65.)

[17] Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

[18]Picault L, Jenvrin J, Appére P, Bourrigan P, Crom P, Mehu G. Information du patient: fiches de conseils, de soins et de prévention (fiches CSP). J Eur des Urgences 2004; 17 : 147.

[19] *Clarke C, Friedman SM, Shi K, Arenovich T, Monzon J, Culligan C. Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study. CJEM 2017; 7 : 5-11..).*

[20]Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-Patient/Visitor Communication in the Emergency Department. J Emerg Nurs 2009; 35 : 406-11.

[21] Crane JA. Patient comprehension of Doctor-Patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med 1997; 15 : 1-7.

[22]Diane Lallemand. La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence. Médecine humaine et pathologie. 2017. ffdumas01630330f

[23]Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. J Emerg Med 1996;14:679—83 et 5 : Cairns CB, Garrison HG, Hedges JR, Schriger DL, Valenzuela TD. Development of new methods to assess the outcomes of emergency care. Acad Emerg Med 1998;5:157—61)

[24]Boudreaux ED, O'Hea EL. Patient satisfacion in the Emergency Department : a review of the literature and implications for practice. J Emerg Med 2004; 26 : 13-26.

[25]Perez-Carceles MD, Gironda JL, Osuna E, Falcon M, Luna A. Is the right to information fulfilled in an emergency department? Patients' perceptions of the care provided. J Eval Clin Pract 2010; 16 : 456-63

[26]Pérez-Cárceles, M. D., Lorenzo, M. D., Luna, A. & Osuna, E. (2007) Elderly patients also have rights. Journal of Medical Ethics, 33, 712–716)

2) ANNEXES

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 : 3e- 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) ?

Le Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

NOM et PRENOM : BAUCHET Antoine

SUJET DE LA THESE : EVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DE L'INFORMATION MÉDICALE DÉLIVRÉE AUX PATIENTS SORTANTS DU SERVICE DES URGENCES DE TRINITÉ : Comparaison de deux études prospectives à 1 an, après mise en place de supports d'amélioration de la compréhension

THESE : Médecine Générale (DES)

ANNEE : 2020

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2020ANTI0579

MOTS CLES : **Compréhension, information médicale, urgences**

RESUME :

L'objectif de notre étude visait à évaluer l'impact des mesures mises en place pour améliorer la compréhension globale des patients au sujet des informations médicales délivrées à la suite d'une étude réalisée en 2018 au CHLD de Trinité. Les objectifs secondaires ont été de comparer à 2018 les facteurs impactant la compréhension, et l'auto-évaluation par le patient de sa compréhension.

Etude prospective monocentrique menée sur 1 mois dans le service d'urgence à l'hopital Louis Dormergue à la Martinique. Un médecin observateur assistait aux entretiens de sortie et à la suite les patients étaient soumis à un questionnaire lors de la sortie des urgences. Les modifications effectuées à la suite de l'étude de 2018 : création d'un double box de traumatologie, ordonnances pré-faites sans abréviations, courrier de sortie dactylographié et l'encouragement au teach-back method. Comme en 2018, les domaines de compréhensions évalués ont été les soins reçus, les examens complémentaires, le diagnostic, les traitements et consignes de sorties, les examens complémentaires à réaliser en externe, et le courrier de sortie.

185 patients ont été inclus lors de cette étude. Nous avons noté une tendance ($p=0,09$) à l'amélioration de la compréhension totale de l'ensemble des domaines par rapport à 2018 (28% vs 20%). 87,6% des patients ne ressentaient pas de difficultés à comprendre l'information délivrée (85% en 2018). La compréhension totale était meilleure lorsque l'information était délivrée dans un box ($p<0,01$). La compréhension de l'ordonnance était stable et les patients avaient une meilleure conscience d'être en possession du courrier de sortie (86% contre 77%). Comme en 2018, les facteurs corrélés significativement à la comprehension étaient l'âge, le niveau d'étude et la première langue parlée. Les patients étaient satisfaits de la communication (note moyenne de 8,3/10) mais la satisfaction n'était pas corrélée de façon significative avec la compréhension des informations médicales.

L'étude a retrouvé une tendance à l'amélioration de la compréhension des patients malgré un niveau de compréhension restant faible et une quasi totalité des patients n'ayant pas conscience de ce défaut de compréhension. Une prise de conscience du médecin délivrant l'information de ces défauts de compréhension est nécessaire et doit amener le médecin a réévaluer constamment la compréhension du patient.

JURY : **Professeur CÉSAIRE Raymond (Président du jury)**

Professeur MEHDAOUI Hossein

Maitre de conférences des universités MASSE Franck

Docteur STEPHAN (Directeur de thèse)