



HAL
open science

Améliorer la compréhension des patients en sortie d'hospitalisation : étude autour de la lettre de liaison dans un service de médecine polyvalente

Hannah Maugué

► **To cite this version:**

Hannah Maugué. Améliorer la compréhension des patients en sortie d'hospitalisation : étude autour de la lettre de liaison dans un service de médecine polyvalente. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04474935

HAL Id: dumas-04474935

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04474935>

Submitted on 23 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Hannah MAUGUÉ

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2023

**Améliorer la compréhension des patients en sortie d'hospitalisation : étude
autour de la lettre de liaison dans un service de médecine polyvalente**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pascal FOURNIER

Directeur de thèse : Madame la Docteure Albane HAMELIN

Membres du jury : Messieurs les Docteurs Cyrille Vartanian et Renaud Defebvre

Remerciements

Au Dr Albane Hamelin, pour m'avoir proposé ce sujet, pour tes conseils avisés et pour ton accompagnement patient dans cette entreprise qui a pris un peu de temps ! Merci de m'avoir laissé la main mais d'avoir été là pour faire avancer chaque étape. Merci pour ta confiance, pour cette thèse et pendant le stage. Je suis impressionnée par tes compétences médicales et humaines, et surtout par cette façon que tu as d'être efficace sans sacrifier ton empathie ni le temps que tu passes avec les patients.

Aux Dr Jean-Pascal Fournier, Cyrille Vartanian et Renaud Defebvre, merci d'avoir accepté de juger ce travail ! Je vous en remercie sincèrement. Merci pour vos engagements respectifs dans la formation des médecins.

Merci aux médecins et aux équipes soignantes que j'ai eu la chance de côtoyer, aux urgences de Châteaubriant, à l'hôpital Bellier, en pédiatrie au Mans et en médecine polyvalente à Saint Nazaire, dans les cabinets de médecine générale.

Merci de m'avoir montré différents exercices et différentes facettes de la médecine, merci pour la confiance et le travail d'équipe, et bien sûr merci pour la bonne ambiance.

Au Dr Pascal Chevalet, pour tes enseignements précis et bienveillants, et pour les innombrables fous rires que j'ai eu en visite avec toi.

A Christelle, je savais que la journée allait être bonne quand je te voyais dans le service le matin.

A tout le cabinet de Saint Père en Retz, merci pour l'accueil chaleureux. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler avec vous.

A Frank, tu m'as énormément apporté par tes connaissances, ta pédagogie, ton humour. Merci de m'avoir laissé me tromper et de n'avoir jamais jugé les erreurs. Merci de partager autant de ce que tu aimes dans le métier, et dans la vie.

A mes Co-internes, à ces beaux liens qui se créent quand on travaille un peu dur, et aux barrières qui tombent sous le stress. Aux erreurs qu'on partage sans se juger et aux belles tranches de rigolade. Vous m'avez beaucoup appris techniquement et humainement.

A tous ceux qui ont rendu ce travail possible,

Aux patients, merci d'avoir partagé vos expériences et vos idées. Merci de m'apprendre autant et de me remettre en question parfois. Merci de me faire beaucoup rire. J'espère que la communication ne cessera jamais de s'améliorer.

Aux médecins et internes du service de médecine polyvalente, pour avoir donné de leur temps avec le sourire.

A Maud, pour ton œil d'expert sur les statistiques, mais surtout pour les moments de qualité passés pendant la préparation et le mariage de nos amis lorrains.

Au personnel de la bibliothèque universitaire, pour votre disponibilité et votre patience.

A la petite famille,

A mes parents, pour votre gros travail de relecture sur cette thèse, pour tout ce que vous faites sans rien demander en retour.

Maman, merci pour le soutien actif, merci d'être franche dans les échanges et d'essayer de transformer chaque tâche pénible en expérience enrichissante. J'aime nos discussions animées et constructives.

Papa, merci d'avoir essayé de nous inculquer la rigueur, le respect, et l'humour. Merci aussi de m'avoir transmis ta morphologie qui m'a appris la persévérance et m'a donné le goût du sport. Mon estime pour toi est inversement proportionnelle à ta capacité à comprendre le second degré.

A mon frerot, je suis impressionnée par ta force de caractère et ton esprit critique, même s'il m'arrive de penser que tu es le pire des chieurs. J'apprécie chaque moment avec toi, et peu importe ce que tu fais, je serai là. Merci pour tes commentaires subtils et ta tolérance sans limite. A moins que ce ne soit l'inverse.

A Clémence, ma belle-sœur préférée, pour ton ouverture d'esprit.

A Lulu, pour ton panache et ta résilience. Tu nous apprends régulièrement qu'on a encore des progrès à faire avec les personnes hors norme.

A Tata, Tonton, Delphine et Ludo, c'est toujours un vrai plaisir de vous voir.

A celles qui ne sont plus là mais qui ont beaucoup apporté :

Mémère, merci pour ces parties de petits chevaux endiablées, pour ta générosité, et pour la joie que tu avais à nous accueillir. J'espère avoir aidé malgré moi quand ça n'allait pas.

Mamie, merci de nous avoir nourris et habillés, de nous avoir appris l'essentiel et d'avoir partagé ton art de la blague subtile. Pour moi tu étais une vraie force de la nature. Cette malice que tu avais dans le regard j'espère ne jamais l'oublier.

Aux copains du Nantais,

A la fine équipe Castelbriantaise ! Quelle chance et quelle joie de vous avoir rencontrées pour ce premier semestre haut en couleur.

A Marie, pour ta curiosité et ton anticonformisme, pour tous ces moments de vie quotidienne si agréables, pour ta franchise quand je me plains. Je crois que j'ai beaucoup bougé à ton contact.

A Léa, pour ta présence rayonnante et pour nos moments festifs, je suis impressionnée par ton endurance et par ce dépassement de soi dont tu es capable.

A Morgane, à ton efficacité dans le travail et pour l'adorable personnalité que tu caches derrière tes airs de démon.

A Leïla, pour cette façon que tu as de mettre tout le monde sur un pied d'égalité et ne pas juger les gens autrement que par leur façon d'être avec les autres.

A Thuy, pour ta détermination à mener ta barque comme tu l'entends.

A Corentin, merci pour ta présence joyeuse et ta créativité.

A Benjamin, ton beau jeu d'acteur m'a donné envie de reprendre le théâtre ! Au sens que tu mets dans ta vie et qui donne envie de se bouger, à ton implication dans ce que tu fais. Merci aussi pour ton écoute et tes petites attentions.

A Fabien, à ta capacité d'action et à ta résilience que j'admire mais aussi à ce soutien sincère que tu sais donner quand il faut. Tu m'as beaucoup appris contre mon gré. Merci d'être un homme évolué.

Et c'est un docteur qui le dit.

A Charlotte, à ta détermination contagieuse, ton envie de faire bouger les choses et ta fougue dans le débat. Merci de si bien mêler sport, culture et houblon.

A Tiphaine, je respecte beaucoup la médecin passionnée et investie que tu es, mais c'est la coloc' que j'ai envie de remercier ! Je repense avec émotion à tes compétences de danseuse et tes imitations si réalistes.

Au groupe de RCP, pour les échanges motivants qui donnent envie de progresser, et pour le partage sincère. Meghan, Adeline, Alice, Cécile, Charlotte, je suis très heureuse de vous avoir rencontrées ! A nos futures performances vocales.

A Tom, pour ton sens du spectacle. A Mike, pour les techniques de survie. A Agatha, ton art du suspens me laisse à chaque fois sans voix.

A Thibaut et Marjolaine, vous déchirez.

A Mathilde, tu mérites un remerciement sobre et sincère qui ne flattera ni tes compétences médicales ni tes connaissances littéraires, et qui ne blâmera pas tes goûts cinématographiques. Alors merci d'être là autant dans les moments de joie que dans les sales passes. Merci pour le soutien quotidien, pour les fous rires même dans les coups durs, pour ton autodérision, pour ton authenticité. Chacune sa vie, mais j'ai quand même beaucoup de chance de pouvoir partager un petit bout avec toi.

Aux Eparpillés, pour ces belles années d'externat.

A Juliette, à notre belle rencontre au bloc, à ta ténacité et ta constance dans le travail et dans la vie. Merci pour toutes les fois où tu m'as remotivée à finir un chapitre, pour nos discussions physiopathologiques, pour nos aventures palpitantes. Un merci à Thomas et aux filles qui te rendent si heureuse.

A Céline, la vieille meuf par excellence, merci d'être si drôle et merci pour tes attentions sous tes airs bourrus, à Marie et à ta gaieté contagieuse, à Lilia, à ta capacité à réussir ce que tu entreprends et à ta force de conviction, à Thomas, pour tes goûts musicaux délicats et pour ta gentillesse, à Marie DS, Justine, Guillaume.

A l'incroyable duo de la cafétéria de science, celui des projets inspirants et des plans quinquennaux. Nous illustrons à merveille le circuit de la récompense.

A Marine, la force tranquille. A ta présence apaisante et ta capacité d'analyse, tes sorties de zones de confort, et ta détermination à réaliser tes rêves.

A Dédé, le coup de foudre amical. Merci pour ces moments passés à ne pas travailler ensemble. Rien ne paraît impossible avec toi, j'admire ton indépendance, ton ouverture d'esprit, ton écoute sans a priori. Sois mon Maverick, je suis ton Goose.

Aux Lunévillains,

Marie, je ne sais même pas pour quoi te remercier tellement il y aurait à dire. Merci d'avoir toujours été là et de me supporter. Merci pour nos instants théâtres et pour nos blagues parfois ratées. Merci d'être toujours aussi drôle. A ta volonté quand tu t'engages dans un projet, à ton audace quand tu veux vraiment quelque chose, à tes idées originales qui transforment le quotidien.

Thibaut, merci d'être là au quotidien, pour tous les moments de joie sur le kayak, dans le jardin ou à ne rien faire, pour cette impression d'être à la maison que j'ai quand je suis chez vous. Merci pour tous les questionnements que tu écoutes patiemment et pour nos discussions sur l'avenir. Tu comptes beaucoup. Merci pour la relecture même si je sais que tu n'as pas dû voir beaucoup de fotes d'orthographe. Et bien sûr, merci de m'avoir suivie à Nantes.

Nicolas, merci pour le glamour, pour ce mystère que tu gardes entier après des années à te cuisiner sans relâche, et pour les agréables surprises de tes retours.

Matthieu, mon plus vieil ami, merci pour ces années de coopération et de challenge. Tu as été le ciment de ma croissance, c'est pour ça que notre amitié est béton. Merci pour ta franchise et tes conseils avisés, merci de ne pas m'épargner mais aussi de ne pas douter de moi. J'admire ta confiance et ton incroyable capacité à prendre des décisions. Nos choix nous ont un peu éloignés mais je sais que je peux compter sur toi.

A Soso, merci de partager le quotidien et merci pour nos petites escapades culturelles, à Yolène et Julia. Merci de les supporter et de les rendre heureux.

A Jo, merci d'avoir choisi cette belle blonde légère, j'ai hâte de te retrouver cette fois pour une bonne brune bien forte.

A ceux qu'on ne côtoie qu'un temps mais qui font bouger les lignes.

Table des matières

Abréviations	7
Introduction	8
1- La compréhension des patients n'est la plupart du temps pas optimale	8
A – La capacité de compréhension du patient : tous les patients ne sont pas égaux dans leur capacité de compréhension et n'ont pas une bonne perception de celle-ci.	9
B – La compétence du médecin à délivrer une information adaptée au patient : les médecins n'arrivent pas toujours à identifier les problèmes de compréhension et à transmettre une information adaptée.	10
C – La qualité de la communication entre médecin et patient : l'écart entre les préoccupations des médecins et des patients est source d'incompréhension.	10
D – Le contexte de la transmission de l'information.....	11
2- Quelles pistes envisager pour améliorer la compréhension des patients à la sortie du service de médecine polyvalente ?	12
A - Optimiser l'usage de la lettre de liaison en en faisant un moyen d'impliquer le patient au moment de l'entretien de sortie.	12
B - Optimiser l'entretien de sortie en utilisant la méthode « teach back ».	13
C - Projet de recherche	14
Méthodologie	15
1- Intervention	15
2- Objectifs et hypothèse	15
3- Déroulement de l'étude	15
4- Population cible	16
5- Outil de mesure : le questionnaire	17
6- Analyse statistique	18
7- Aspect éthique	18
Résultats	19
1- Caractéristiques des patients	19
2- Résultats quant à l'objectif principal : l'intervention a-t-elle amélioré la compréhension globale	22
3- Résultats quant à l'objectif secondaire : catégories les moins bien comprises et avis des patients ..	23
A – Compréhension par catégorie.....	23
B – L'avis des patients.....	24
C – Influence de certaines variables sur la compréhension.....	41
D – Profils et avis des patients n'ayant pas tout compris	43
Discussion	46
1- Discussion des résultats	46
A - Efficacité réelle de l'intervention	46
B - Faisabilité de l'intervention	49
2- Biais et imprécisions de l'étude	51
A – Biais différentiels - Comparabilité des groupes	51
B- Biais non différentiels.....	52
C- Manque de puissance.....	54
D - Limitation de la comparabilité des résultats avec d'autres études	54
3- Avis des patients et « profils » des patients ayant le moins bien compris	55
A - Les attentes générales des patients	55
B - « Profils » des patients n'ayant pas compris dans les deux groupes.....	55
Conclusion	58
Bibliographie	60
Annexes	65
Annexe 1. Lettre d'information	65
Annexe 2. Questionnaire	66

Abréviations

CH Centre hospitalier

CRH Compte rendu d'hospitalisation

EHPAD Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS Haute autorité de santé

Introduction

La compréhension est le fait de saisir le sens, le fonctionnement de quelque chose. Dans le domaine de la santé, une bonne compréhension qu'a le patient de sa maladie, des modalités de traitement et du suivi nécessaire est un préalable à une bonne prise en charge de sa pathologie.

En effet, une bonne compréhension permet au patient d'être mieux informé et lui donne la possibilité d'être plus actif dans la prise en charge de sa santé. Cela suit l'évolution du modèle de relation de soin, partant d'un modèle plutôt « paternaliste » dans lequel le patient s'en remettait aux connaissances et aux choix du médecin, et allant vers un modèle plus collaboratif dans lequel le patient prend les décisions avec le médecin. Ainsi une compréhension solide des effets d'un médicament ou des différentes options de traitement est importante pour que le patient ait un avis qui soit le plus éclairé possible. C'est d'ailleurs une obligation légale pour le médecin de donner une information « claire et loyale » et de s'assurer qu'elle a été comprise (1) (2) (3).

Selon certaines études, une bonne compréhension est aussi un des facteurs améliorant l'adhérence à la prise en charge (4) (5) et l'observance thérapeutique (6). On estime que près de 50% des patients ne prennent pas correctement leurs traitements, cela altère la santé des populations et augmente les dépenses de santé. Une mauvaise compréhension peut aussi être source d'erreurs médicamenteuses : les patients n'ayant pas compris le but de leur traitement se trompent plus fréquemment dans la prise de celui-ci (7), ce qui peut altérer leur état de santé et occasionner des hospitalisations évitables (8) (9). A l'inverse un patient qui a compris le but de son traitement ou d'une action de prévention devrait être plus motivé à le prendre ou à y participer (10).

On pense également que l'information et l'éducation des patients leur permettraient de devenir plus autonomes, c'est-à-dire d'avoir un recours plus adapté au soin, et pourraient donc aider à réduire la pression sur le système de santé ; celle-ci étant croissante actuellement avec l'augmentation du nombre de malades âgés et/ou polyopathologiques (11).

1- Or la compréhension des patients n'est la plupart du temps pas optimale.

Beaucoup de patients n'ont pas une bonne compréhension des soins qu'ils reçoivent, que cela concerne la connaissance du diagnostic, du but et de la posologie des traitements, ou des consignes de suivi. C'est le cas aussi bien en cabinet de médecine générale (12) (13) qu'aux urgences (14) (15) (16) (17) ; et également en sortie d'hospitalisation (18) (19) (20) (21) (22), avec dans les études françaises des pourcentages de compréhension allant de 57 à 75% pour le diagnostic, entre 50 et 71% pour l'introduction de nouveaux traitements (et cela chute à 45% quand la compréhension du but du traitement est évaluée), entre 58 et 69% pour les consignes de suivi. Donc plus d'un tiers des patients ne comprend pas au moins un des aspects de sa prise en charge.

Les raisons sont multiples, parce que la compréhension est un processus complexe. Elle fait intervenir le patient qui reçoit ou cherche l'information, le médecin qui la délivre, la complexité de l'information en elle-même et le cadre dans lequel la communication se

passé. On peut ainsi essayer de résumer les différents facteurs en quatre points (sachant qu'en fait ces différents champs se chevauchent) :

- A- La capacité de compréhension du patient
- B- La compétence du médecin à délivrer l'information pour qu'elle soit adaptée au patient
- C- La qualité de la communication entre les deux
- D- La complexité de l'information et le contexte de l'interaction

A – La capacité de compréhension du patient : tous les patients ne sont pas égaux dans leur capacité de compréhension et n'ont pas une bonne perception de celle-ci.

Tout le monde n'a pas la même capacité de compréhension, en fonction de ses capacités cognitives initiales, du milieu de vie, de l'éducation reçue, de l'expérience acquise. Elle n'est pas la même selon le domaine dans lequel on se trouve. **La capacité de compréhension de l'information médicale renvoie au concept de littératie en santé**, qui désigne la « *capacité d'obtenir, de traiter, de comprendre les informations de base en santé et de déterminer les ressources nécessaires pour prendre les décisions appropriées et suivre les instructions concernant les traitements* » (Pearson DL, La communication professionnelle en santé, Montréal, 2016). Le concept est plus large que la « simple » compréhension car il sous-entend la recherche d'informations et la prise de décision. Mais il est un des déterminants de la compréhension du patient, et il est très intéressant parce qu'il a été fréquemment étudié ces dernières années (surtout dans les pays anglosaxons). Beaucoup d'informations sont disponibles sur l'impact d'une basse littératie, pouvant entraîner une mauvaise compréhension, et une moins bonne santé des populations (23), et sur l'impact d'une basse littératie sur la communication des patients. Car ces patients qui comprennent moins bien (24) (25) (26) (27) et retiennent moins bien (28) ne sont pas faciles à identifier pour les médecins.

En effet, à l'incompréhension des informations peut s'ajouter une honte qui les conduit à adopter des comportements d'esquive : ils parlent peu, posent moins de questions et évitent de dire qu'ils ont mal compris (29) (30). Si le médecin demande au patient s'il a compris et lui laisse la possibilité de poser des questions, ce type de patient répondra probablement oui par peur d'avouer une mauvaise compréhension. Ces comportements sont souvent ancrés depuis longtemps et ne sont pas faciles à identifier. La basse littératie en santé concerne au moins 10% de la population française (31). Cela représente finalement beaucoup de patients à risque de mauvaise compréhension.

De plus, les patients surestiment la plupart du temps leur capacité de compréhension (18) (32) (33). Dans certaines études, près de la moitié des patients rapportant avoir compris le but du traitement et les consignes de suivi n'a en fait pas tout compris !

Enfin l'état physique et psychique dans lequel se trouve le patient va aussi influencer sur sa capacité de compréhension : un patient dont les besoins vitaux ne sont pas satisfaits (faim, froid, douleur, manque de sommeil) va voir ses capacités d'intégration diminuer. De

même que des symptômes dépressifs ou anxieux influencent négativement la compréhension (34) (35).

B – La compétence du médecin à délivrer une information adaptée au patient : les médecins n'arrivent pas toujours à identifier les problèmes de compréhension et à transmettre une information adaptée.

Le premier défi est de savoir identifier ce que le patient est capable de comprendre. On a vu précédemment que ce n'était pas évident parce que les patients n'ont pas toujours conscience de ce qu'ils n'ont pas compris et ne sont pas toujours sincères. Parallèlement, les médecins aussi ont tendance à surestimer la compréhension des patients (36) (37) et donc à ne pas adapter leur discours à ceux-ci (38).

Ensuite, même en ayant bien cerné le malade, il faut aussi avoir certaines qualités communicationnelles pour se mettre à son niveau. Même si le patient a de bonnes capacités de compréhension, si le médecin parle en utilisant des termes techniques et ne laisse pas le temps au patient de poser ses questions, il y a de grandes chances que ce dernier ne comprenne pas tout (39) (40).

Les médecins en France ne sont pas nécessairement formés aux techniques pédagogiques facilitant la compréhension. L'usage d'un vocabulaire inadapté, des informations trop complexes, une quantité trop importante d'informations simultanées sont source de plaintes fréquentes des patients (41).

C – La qualité de la communication entre médecin et patient : l'écart entre les préoccupations des médecins et des patients est source d'incompréhension.

Même si le patient a de bonnes capacités de compréhension, et que le médecin fait preuve de pédagogie dans ses explications, les projets des médecins sont souvent différents des attentes des patients, ce qui peut être source de malentendus et d'erreurs.

Le médecin, qui connaît la maladie et sait ce qu'elle implique, doit faire comprendre au patient l'importance de certaines informations, comme les effets secondaires des médicaments ou les signes cliniques qui doivent le faire reconsulter (20), car une information jugée importante est mieux retenue (42).

Le médecin peut aussi parfois avoir déjà pris sa décision sur la conduite à tenir et donc ne pas en discuter forcément avec le patient (43), qui pourrait ne pas être d'accord.

Les patients, quant à eux, peuvent avoir des préoccupations différentes : l'anxiété générée par la maladie, la peur de ne pas arriver à gérer les traitements ou les rendez-vous, le besoin d'organiser le retour à la maison en anticipant une sortie d'hospitalisation, ou de planifier les rendez-vous car il y a des contraintes financières et familiales, le besoin de connaître les possibles effets secondaires d'un médicament pour le retour à domicile, l'impact de la maladie sur les activités, etc. Tout cela est parfois difficile à prendre en compte pour le médecin, en particulier à l'hôpital (44). Lorsqu'elles ne sont pas formulées ou entendues, ces préoccupations peuvent être sources d'incompréhension entre médecin et malade, et aboutir à des problèmes d'observance et de suivi : traitement non voulu qui

ne sera pas pris, règles hygiéno-diététiques qui ne seront pas appliquées, rendez-vous non honorés (45).

Ce que les patients veulent n'est pas toujours ce dont ils ont besoin mais ceux dont les interrogations n'ont pas été prises en compte sont moins disposés à écouter d'autres informations importantes sur leur maladie (46).

Cette incompréhension résulte souvent de non-dits et de suppositions de la part des médecins et des patients (47). Le cadre doit donc être posé pour que la communication soit la plus simple possible, afin que l'avis de chacun puisse être pris en compte.

D – Le contexte de la transmission de l'information

Le cadre de la communication impacte la compréhension. L'état d'esprit du patient change selon que l'échange se passe avec son médecin traitant au cabinet de médecine générale, dans un box aux urgences ou lors d'une hospitalisation. La connaissance des lieux, l'état de santé du patient à ce moment-là et le temps dédié à l'explication vont jouer sur la réceptivité du patient.

Le cadre particulier de l'hospitalisation

L'hospitalisation est un moment crucial pour intégrer de nouvelles informations, mais elle se déroule dans un contexte peu propice à la compréhension.

En effet l'hospitalisation est une période décisive au cours de laquelle des diagnostics sont établis et des traitements sont modifiés. Le patient doit vivre avec ces changements une fois chez lui, et une mauvaise compréhension de ce qu'il s'est passé à l'hôpital peut occasionner des erreurs et des réadmissions (48), et ceci indépendamment d'autres facteurs de risque de réhospitalisation comme une sortie un peu rapide, ou sans avoir prévu les aides nécessaires, ou alors que l'état du patient n'était pas stabilisé.

Mais ce n'est clairement pas un environnement qui favorise la compréhension. Les patients sont souvent dans un état de faiblesse psychique et physique, dans un cadre dont ils ne connaissent pas le fonctionnement, entourés de nombreux soignants qu'ils n'ont pour la plupart jamais vus et qui changent régulièrement. La diminution des durées d'hospitalisation et la pression croissante du nombre de malades limitent encore le temps disponible des médecins qui est plus tourné vers le médical et le technique que vers la communication avec le patient (49). Le manque d'anticipation des sorties, source d'erreurs de compréhension, est également un élément souvent rapporté par les patients (50).

Le service de médecine polyvalente du CH de Saint Nazaire, où j'ai travaillé six mois en tant qu'interne, est soumis à ces mêmes contraintes. C'est un service de cinquante lits avec pour chaque secteur de dix lits une infirmière, un interne et un médecin. Les pathologies prises en charge sont nombreuses, pathologies aiguës : infections pulmonaires, urinaires, décompensations cardiaques, déséquilibres ou découvertes de diabète, maladies hématologiques (il y a un hôpital de jour d'hématologie et une infirmière d'éducation thérapeutique pour les diabétiques), et pathologies chroniques : sevrage alcoolique, prise en charge de douleurs chroniques.

Un nombre remarquable de patients ne se présente pas aux rendez-vous de suivi ou aux examens complémentaires à la suite d'hospitalisations. Les médecins se sont rendu

compte que certaines informations, pourtant expliquées longuement, n'étaient pas bien comprises ni retenues.

C'est à partir de ce constat d'une incompréhension chez de nombreux patients que le Dr Hamelin, responsable de ce service, m'a proposé de travailler avec elle sur la question de la compréhension des patients, pour essayer de l'améliorer.

2- Quelles pistes envisager pour améliorer la compréhension des patients à la sortie du service de médecine polyvalente ?

Améliorer la compréhension est donc une tâche complexe, au vu de tous les facteurs précédemment cités. Il est bien sûr impossible d'agir sur tous ces facteurs à la fois lors d'un séjour dans un service d'hospitalisation de courte durée : les capacités à communiquer du médecin et du patient ne peuvent être changées comme ça, le temps alloué aux communications restant par ailleurs limité. En revanche, **on peut travailler avec le support de l'information et sur l'échange entre le médecin et le patient.**

Le but est que l'information sur l'hospitalisation soit correctement comprise, au moins temporairement, jusqu'à ce que le patient revoie son médecin et ses proches pour consolider le savoir.

La question était donc la suivante : Comment améliorer la compréhension avec des moyens adaptés à un service de médecine polyvalente ?

A cette fin, ne pourrions-nous pas optimiser deux outils déjà existants tout en les reliant ?

C'est en s'appuyant sur **la lettre de liaison** que nous avons décidé de réfléchir à comment en optimiser l'usage en en faisant un **complément de l'entretien de sortie.**

A - Optimiser l'usage de la lettre de liaison en en faisant un moyen d'impliquer le patient au moment de l'entretien de sortie.

La lettre de liaison est un outil déjà existant et c'est une obligation légale de la délivrer au patient (51). C'est une synthèse de l'hospitalisation qui permet une structuration de l'information et peut être relue par le patient et partagée avec son entourage. Elle doit être écrite dans un langage compréhensible par le patient. Elle contient le diagnostic, un résumé de ce qui a été fait en hospitalisation, une description des traitements de sortie et les rendez-vous à venir. **Dans le service, elle est remise par le médecin au moment de l'entretien de sortie à tous les patients en même temps que les traitements de sortie**, et est envoyée en copie au médecin traitant, en attendant le CRH plus détaillé.

Associée à des explications orales, la remise d'une lettre de liaison au patient a montré une amélioration de la compréhension dans d'autres services de médecine (52) (18). Le support écrit permet d'aller rechercher les informations ensuite, et de s'affranchir de l'effort de mémorisation. Il est apprécié par les patients (53).

Nous avons pensé qu'elle pourrait devenir le point de départ et l'élément central de l'entretien de sortie.

Sachant que les patients qui ont la possibilité de poser des questions comprennent mieux ce qui leur arrive (37), la lettre de liaison pourrait devenir le support de l'échange entre les patients et les médecins **à condition que le patient ait le temps de la lire et d'y réfléchir avant cet échange**. La proposition est donc de la lui remettre, non pas juste au moment de l'entretien de sortie mais **au moins 1h avant celui-ci**, en l'invitant à réfléchir aux questions qu'il voudrait poser, aux inquiétudes qu'elle suscite, etc., en lui précisant qu'il pourra échanger à ce sujet avec les médecins.

Le but de cette légère modification de la procédure **est d'une part d'impliquer davantage le patient** en lui donnant un peu de temps pour intégrer des informations et éventuellement de se projeter dans un retour à domicile, **d'autre part de le mettre en confiance** en l'invitant à un échange où ses interrogations seront les bienvenues. L'idée est de faciliter la communication avec le médecin.

Mais un autre point me semblait important et complémentaire : la possibilité de vérifier ce que le patient a effectivement compris avant qu'il quitte le service.

B - Optimiser l'entretien de sortie en utilisant la méthode « teach back ».

Pour **vérifier cette compréhension du patient**, une méthode nous a paru adaptée : la **méthode du rappel**. Publiée en 2015 dans une brochure de la HAS (54), **aussi appelée « teach back » ou « closing the loop »** au Royaume Uni et en Amérique du nord, **elle consiste à faire reformuler au patient ce qu'il a compris après lui avoir fourni des explications**. Le but est de repérer ce qui a été mal compris, pour ensuite réexpliquer ce qui doit l'être. Un des intérêts est de **ne pas présupposer que tout a été compris** par le patient.

Elle a montré une **amélioration de la compréhension** du diagnostic, des traitements et du suivi pour les patients hospitalisés en secteur de médecine (55) (56), et permet une rétention de ces informations parfois jusqu'à 2 mois après l'hospitalisation (57). Elle paraît aussi **adaptée aux patients avec une basse littératie en santé**, avec des situations sociales complexes (58) et aux personnes âgées (59), population qu'on retrouve fréquemment dans le service.

Cette méthode du teach back est **bien acceptée par les patients (60) si elle est présentée en signifiant bien que le but final est la compréhension et pas le jugement (61) (62)**.

Elle est **recommandée par les médecins qui l'utilisent (63) (64)**.

Elle semble n'allonger que légèrement le temps des entretiens avec les patients (65) (66) et donc paraît bien adaptée à l'utilisation dans un service de médecine polyvalente.

C - Projet de recherche

L'idée est de tester l'hypothèse selon laquelle une prise de connaissance de la lettre de liaison avant l'entretien, associée à l'utilisation par le médecin du teach back lors de l'entretien, permet aux patients de mieux comprendre leur hospitalisation.

Pour cela l'objectif principal est de comparer la compréhension des patients de deux groupes :

- Un groupe où les patients recevraient les papiers de sortie en même temps que les explications selon les habitudes du médecin qui les prend en charge.
- Un groupe où les patients recevraient la lettre de liaison au moins 1h avant l'entretien et dont on vérifierait la compréhension par l'utilisation de la méthode teach back lors de cet entretien.

Quant à l'objectif secondaire, il est d'identifier les points où la compréhension est la plus mauvaise et de recueillir l'avis des patients sur la lettre de liaison et sur leurs attentes quant aux explications qu'on leur donne.

Méthodologie

1- Intervention

L'intervention se fait en 2 temps :

- **Un temps permettant au patient de lire la lettre de liaison et de réfléchir à ses questions.** Concrètement, au moins une heure avant la sortie (et si possible la veille pour les sorties programmées), le médecin ou l'interne référent du patient lui remet la lettre de liaison avec les ordonnances s'il y en a. Il explique au patient qu'il doit en prendre connaissance et qu'il repassera pour répondre à ses questions.
- **Puis un temps d'échange : l'entretien de sortie avec l'utilisation de la méthode « teach back » pour estimer la compréhension réelle du patient.** Concrètement, au moment de la sortie, le médecin répond aux questions du patient et l'invite à reformuler ce qu'il a compris, en le formulant de manière à le mettre en confiance et pour qu'il comprenne que le but n'est pas le jugement, par exemple : « Je veux m'assurer que je vous ai expliqué correctement les informations. Pouvez-vous me dire ce que vous avez compris comme si vous expliquiez à quelqu'un de votre famille ou à un ami ? », et le cas échéant, il reprend les points mal compris avec le patient.

2- Objectifs et hypothèse

L'objectif principal est de comparer la compréhension des patients entre les 2 groupes. On espère une amélioration de la compréhension dans le groupe qui aura eu l'intervention.

Le critère de jugement principal est la compréhension globale (= compréhension du diagnostic, du traitement ET du suivi)

L'objectif secondaire est d'identifier les points où la compréhension est la plus mauvaise et d'en rechercher les causes, en interrogeant les patients sur leur besoin d'information.

3- Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur 2 mois, de fin mai à mi-juillet 2023, dans le service de médecine polyvalente du centre hospitalier de Saint Nazaire. C'est une étude prospective et monocentrique. Le service se compose de 50 lits d'hospitalisation, répartis en 2 secteurs. Il y a un médecin, un interne et une infirmière pour 10 patients. Le service accueille environ 230 patients par mois.

Le consentement des patients a été recueilli oralement par les médecins ou les internes du service. Cela pouvait se faire de l'entrée jusqu'au jour de la sortie, pour permettre d'inclure un patient ne répondant pas aux critères à l'entrée mais dont l'état pourrait s'améliorer (par exemple un patient hospitalisé pour confusion mais qui ne l'est plus à la sortie) ou pour exclure un patient initialement inclus mais qui ne répondrait ensuite plus aux critères (par exemple un patient transféré dans un autre service).

Une lettre d'information sur le déroulement de l'étude a été remise au patient en même temps que le recueil du consentement (annexe 1).

15 jours après leur sortie, j'ai rappelé les patients pour **un entretien téléphonique afin d'évaluer leur compréhension à l'aide d'un questionnaire**. Si un patient ne répondait pas aux appels, je laissais un message sur le répondeur, et après 5 jours de rappel, il était considéré comme perdu de vue.

15 jours est la durée de prescription des traitements de sortie dans le service avant de revoir le médecin traitant, donc les interroger dans ce délai devait permettre d'évaluer la compréhension du patient sur l'hospitalisation, en limitant l'intervention du médecin traitant.

L'étude a été faite selon un schéma séquentiel, c'est à dire d'abord l'évaluation de la compréhension dans le groupe contrôle, puis la mise en place de l'intervention et l'évaluation de la compréhension dans le groupe intervention.

Ce choix a été fait pour éviter un biais de performance : si on avait choisi un schéma parallèle, les médecins auraient pu être influencés dans leur façon de délivrer l'information dans le groupe contrôle par leur pratique dans le groupe intervention.

Je suis passée toutes les semaines au CH pour relever les inclus et rappeler les patients. Il avait été convenu avec le délégué à la protection des données que les appels seraient passés depuis le CH afin que les informations permettant d'identifier les patients (noms, date de naissance des patients, numéros de téléphone, etc.) ne sortent pas de la base de données de l'hôpital.

Les données ont été anonymisées pendant le remplissage du questionnaire.

4- Population cible

Les critères d'exclusion étaient :

- Décès dans les 15 jours suivant l'hospitalisation
- Fin de vie à domicile
- Sortie en EHPAD ou autre institution
- Transfert dans un autre service
- Troubles neurocognitifs sévères (sur appréciation clinique)

La taille de l'échantillon a été fixée à priori avec risque de première espèce alpha = 5%, puissance 1-beta = 80%, pour une étude de supériorité en faveur du groupe intervention.

La différence à mettre en évidence entre les deux groupes est en théorie à calculer en se fondant :

- Sur la compréhension moyenne dans le service, ou vue dans des travaux similaires
- Et sur l'amélioration attendue par l'intervention au vu des résultats des études antérieures

Or il n'y avait pas de données sur la compréhension dans le service et elle varie beaucoup dans les études sur d'autres services de médecine polyvalente, selon les modes de recueil (questionnaires à score avec réponses multiples ou binaires) et selon le critère étudié (diagnostic, consignes de suivi, traitement). Elle va de 57% à 75% pour le diagnostic, de 50% à 71% pour la compréhension de l'introduction d'un nouveau traitement, et de 45% à

66% pour le but des traitements, et de 58 à 69% pour la compréhension des consignes de sortie.

Et pour estimer l'amélioration attendue par l'intervention, je n'ai pas trouvé d'études avec exactement le même type d'intervention.

Finalement, les informations n'étaient pas suffisantes pour calculer un nombre fiable de sujets à inclure.

Après avis de la statisticienne de la faculté, un objectif de 100 patients par groupe paraissait raisonnable afin de conclure sur l'objectif principal.

5- Outil de mesure : le questionnaire

Je n'ai pas trouvé de questionnaire unique standardisé pour l'évaluation de la compréhension des patients.

J'ai donc choisi d'élaborer le questionnaire à partir d'un questionnaire validé et utilisé plusieurs fois dans des études françaises pour évaluer la compréhension dans des services d'urgence (67). J'ai réutilisé la formulation des questions en modifiant les aspects de la compréhension étudiés :

- L'item « pronostic » a été retiré parce que sa compréhension est difficile à évaluer dans un service de médecine polyvalente. Il y a en effet beaucoup de cancérologie et de diagnostic de maladies chroniques. Donc si les pathologies sont déjà connues, le patient connaît le pronostic avant l'hospitalisation ; et si elles sont découvertes pendant l'hospitalisation, il faut du temps au patient pour intégrer les informations liées au pronostic.
- L'item « suivi » a été créé car il était plus adapté à une sortie d'hospitalisation ou contrairement à un service d'urgences, il y a parfois beaucoup de modifications thérapeutiques, et souvent des diagnostics impliquant un suivi ou d'autres examens complémentaires.

Le questionnaire final (Annexe 2) contient trois parties :

La première, quantitative, répond à l'objectif principal avec l'évaluation de la compréhension en 3 items : le diagnostic, les changements de traitements et le but du nouveau traitement s'il y en a eu un, le suivi prévu.

Pour chaque item, la réponse du patient a été comparée à la lettre de liaison et au CRH, et considérée comme comprise ou non comprise.

- Pour **le diagnostic**, si le patient savait expliquer l'organe touché et le mécanisme, j'ai considéré qu'il avait compris. Par exemple « une infection du rein » était acceptée, pas « infection » seule, ni « problème au rein » seul. Un patient qui citait le nom de la pathologie sans savoir l'expliquer était considéré comme n'ayant pas compris.

Quand le motif touchait plusieurs organes, comme une décompensation cardiaque sur pneumopathie, seul le diagnostic principal ou ayant le plus d'impact était demandé.

De même quand plusieurs diagnostics étaient retenus pendant l'hospitalisation, par exemple : chute sur décompensation cardiaque sur pneumopathie, anémie à explorer, etc., je n'ai considéré que les diagnostics ayant un impact sur le suivi ou la modification des traitements.

- Pour **le traitement**, il devait savoir s'il y avait eu des modifications thérapeutiques et lesquelles. Le nom des médicaments n'était pas exigé si le patient pouvait me donner leur but (par exemple « antibiotiques », « médicaments pour la douleur » « le truc pour le mal d'estomac »).

Je n'ai pas demandé les posologies journalières exactes, mais le patient devait pouvoir dire si les traitements devaient être pris pendant une durée précise ou au long cours. Il avait la possibilité de revérifier son ordonnance.

- Pour **le suivi**, le patient devait savoir combien d'examens il avait à passer, quels types (consultation, imagerie, prise de sang) et leur but (influence ou non sur la prise des traitements, sur la suite de la prise en charge). Un patient qui disait « examen pour les os fragiles à cause de ma fracture » en parlant de l'ostéodensitométrie était considéré comme ayant compris car il savait pourquoi il allait le passer. Les dates exactes des examens n'étaient pas requises.

La deuxième partie regroupe les caractéristiques socio-économiques : âge, sexe, profession, statut marital et familial, niveau d'études. Ce sont des variables qui influent sur la compréhension dans certaines études.

La troisième partie est qualitative et vise à recueillir les besoins des patients en matière d'information, et leur avis sur l'intervention.

Les questions portaient sur le besoin d'information du patient, les facteurs influençant la compréhension, et sur l'utilité de l'intervention. Le but était de recueillir l'avis des patients sur ce qui leur semblait important et pourrait être amélioré.

Les questionnaires téléphoniques étaient retranscrits en direct dans le logiciel Epi info.

6- Analyse statistique

Les données ont été enregistrées avec le logiciel Epi Info, et stockées sur un tableur Excel. Les statistiques ont été faites avec le logiciel Epi Info. Les variables qualitatives ont été étudiées avec le test du Chi-2 ou le test de Fisher. Les variables quantitatives avec le test de Student.

7- Aspect éthique

Bien que non obligatoire, l'accord du Cerni n° 22052023 a été obtenu.

Résultats

- Après une présentation des caractéristiques des patients dans **la partie I**, les résultats seront divisés en deux parties.
- **La partie II** présentera les résultats quant à l'objectif principal, qui répond à la question « L'intervention a-t-elle amélioré la compréhension ? »
- **La partie III** présentera les résultats quant à l'objectif secondaire, qui a pour but d'identifier les catégories de la compréhension (diagnostic, traitement, suivi) les plus mal comprises et d'essayer de comprendre pourquoi à l'aide de l'avis des patients. Cette partie se divisera en 4 sous parties :
 - A - La description de la compréhension des différentes catégories
 - B- L'avis des patients sur les déterminants de leur compréhension, leurs attentes et leur avis sur la lettre de liaison et l'intervention (présentés dans l'ordre du questionnaire)
 - C- Les variables qui ont pu influencer la compréhension
 - D- Le profil et l'avis des patients ayant le moins bien compris

1- Caractéristiques des patients

Pendant les 6 semaines de la période d'inclusion, 211 patients sont passés dans le service. 87 n'ont pas été inclus car ne répondant pas aux critères d'inclusion, 8 ont été exclus au moment du rappel, 14 ont été perdus de vue. Au total, j'ai pu faire passer 52 questionnaires dans le groupe témoin et 50 questionnaires dans le groupe qui a reçu l'intervention (Figure 1).

Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 1.

Figure 1. Diagramme de flux

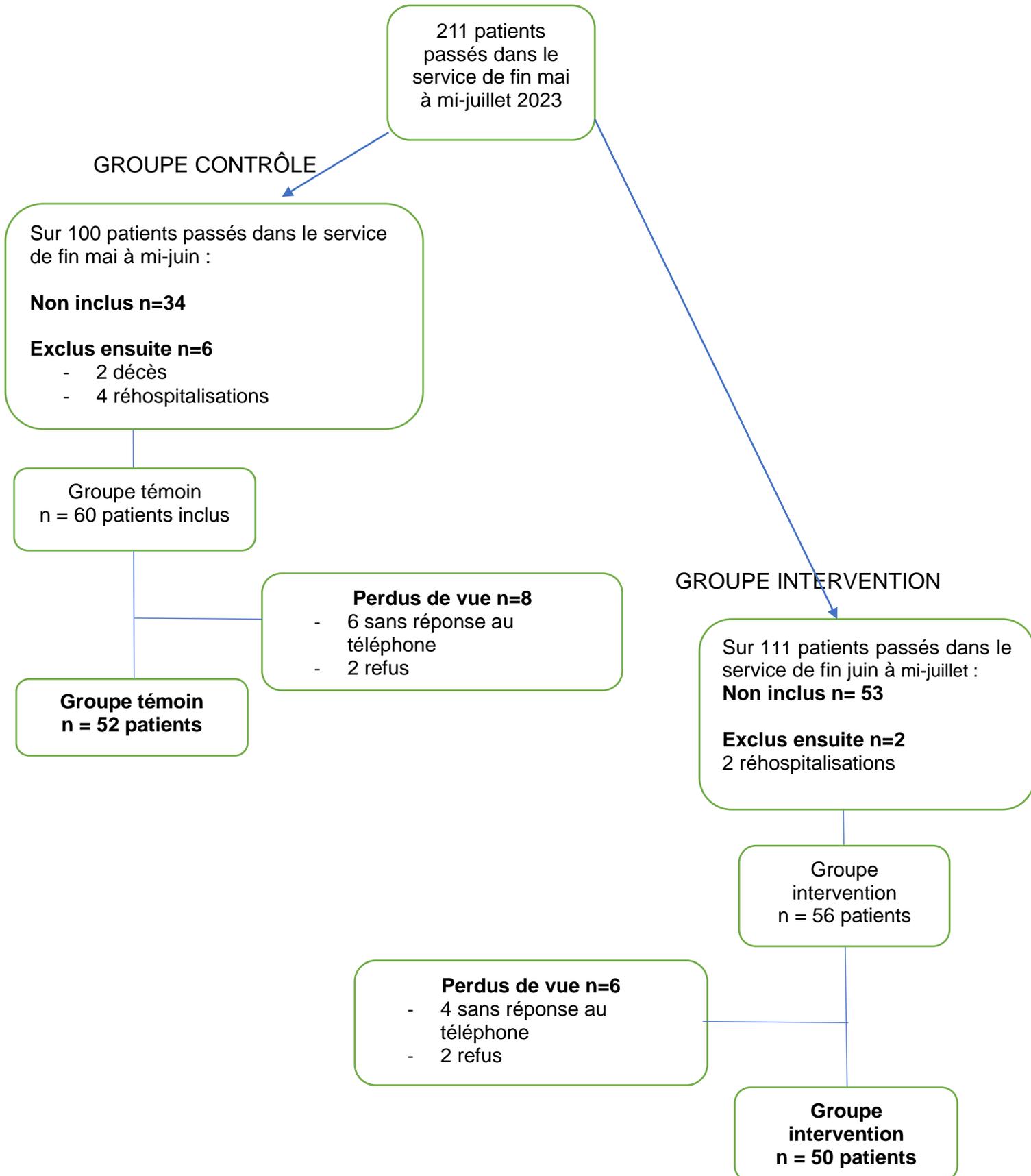


Tableau 1. Caractéristiques de la population

	Groupe témoin	Groupe intervention	Total
Âge moyen	62,6 ans	62,2 ans	62,4 ans
Sexe			
Femme	33 (63,5%)	25 (50,00%)	58 (56,86%)
Homme	19 (36,5%)	25 (50,00%)	44 (43,14%)
Niveau d'études			
Pas de diplôme	1 (1,9%)	0 (0,0%)	1 (0,98%)
Brevet	8 (15,4%)	14 (28,0%)	22 (21,57%)
Bac	18 (34,6%)	25 (50,0%)	43 (42,16%)
Licence	18 (34,6%)	9 (18,0%)	27 (26,57%)
Master ou plus	7 (13,5%)	2 (4,0%)	9 (8,82%)
Enfants			
Oui	41 (78,8%)	42 (84,0%)	83 (81,4%)
Non	11 (21,2%)	8 (16,0%)	19 (18,6%)
Situation familiale			
Célibataire	16 (30,8%)	11 (22,0%)	27 (26,47%)
Marié ou en couple	30 (57,7%)	33 (66,0%)	63 (61,76%)
Veuf	6 (11,5%)	6 (12,0%)	12 (11,76%)
Catégorie socioprofessionnelle			
-Agriculteurs, artisans, commerçantes et chefs d'entreprise, cadres et libéraux	15 (28,85%)	21 (42,00%)	36 (35,29%)
-Professions intermédiaires et employés	30 (57,69%)	23 (46,00%)	53 (51,96%)
-Ouvriers, en recherche d'emploi et sans emploi	7 (13,46%)	6 (12,00%)	13 (12,75%)

2- Résultats quant à l'objectif principal : l'intervention a-t-elle amélioré la compréhension globale

La compréhension globale regroupe la bonne compréhension du diagnostic, du traitement et du suivi. Elle n'a pas été améliorée significativement dans le groupe intervention (tableau 2) avec 66% de patients ayant compris contre 63,5% dans le groupe contrôle.

Tableau 2. Compréhension globale (et compréhension des 3 catégories)

	Total (n=102)	Contrôle (n=52)	Intervention (n=50)	OR 95%]	[IC	P value (chi2)
Compréhension globale	66 (64,71%)	33 (63,46%)	33 (66%)	1,11	[0,49-2,52]	0,0719
Compréhension du diagnostic	90 (88,24%)	46 (88,46%)	44 (88%)	0,95	[0,28-3,19]	0,9423
Compréhension du traitement	70 (68,63%)	35 (67,31%)	35 (70%)	1,13	[0,49-2,62]	0,0858
Compréhension du suivi	91 (89,22%)	45 (86,54%)	46 (92%)	1,79	[0,49-6,53]	0,7903

3- Résultats quant à l'objectif secondaire : catégories les moins bien comprises et avis des patients

A – Compréhension par catégorie

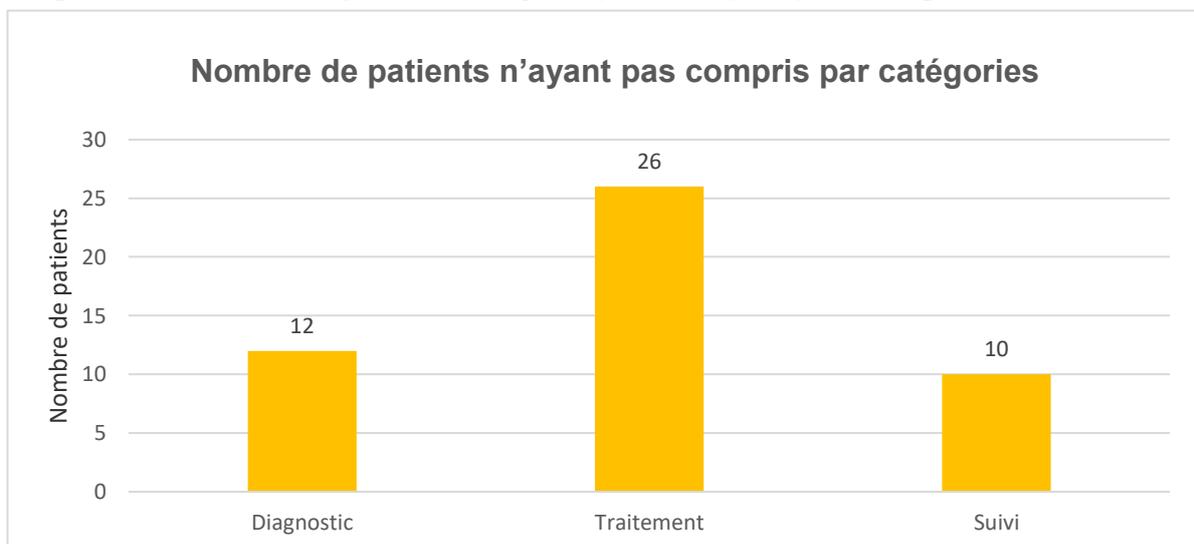
La compréhension de chaque catégorie indépendante : diagnostic, traitement et suivi, n'a pas été pas non plus améliorée dans le groupe intervention (Tableau 2).

La compréhension globale dans les 2 groupes confondus est de 64,7 %.

Elle est de 88,2 % pour le diagnostic, 68,6 % pour le traitement qui est donc la partie la moins bien comprise, et 89,2 % pour le suivi.

Donc 36 patients soit 33% des patients n'ont compris que partiellement leur hospitalisation. Pour 26 d'entre eux, le traitement n'a pas été compris, pour 12 d'entre eux, c'est le diagnostic qui a été mal compris, et pour 10 autres les consignes de suivi n'ont pas été comprises (Figure 2). Parmi eux, 8 patients n'ont compris ni diagnostic ni traitement, 6 patients n'ont compris ni traitement ni suivi ; enfin 2 patients n'ont totalement compris aucune des 3 catégories.

Figure 2. Nombre de patients n'ayant pas compris par catégories



B – L'avis des patients

Ces données sont **le résultat de la troisième partie du questionnaire**, dans laquelle les patients étaient interrogés sur :

b1 - Leur besoin de compréhension

b2 - Les déterminants de leur compréhension selon eux

b3 - Ce qui aurait pu être fait pour l'améliorer

b4 - Leur avis sur l'utilité et la facilité de compréhension de la lettre de liaison

b5 - Leur avis sur l'intervention (pour les patients du groupe intervention)

Les réponses sont présentées dans l'ordre des interrogations du questionnaire (Annexe 2), les questions correspondantes sont rappelées en italique dans chaque paragraphe.

Il est important de savoir que les patients étaient libres de donner leur avis ou non et certains ne l'ont pas donné ; de ce fait, les chiffres rapportés et les schémas proposés ne permettent que de dégager des tendances. Les résultats bruts sont regroupés dans les tableaux, les figures montrent les tendances.

Les patients n'ayant pas donné leur avis apparaissent dans ces résultats sous l'intitulé « sans avis ». Lorsque ce n'est pas précisé, c'est qu'ils ont tous donné leur avis sur la question.

b1 – Besoin de compréhension, indépendamment des 2 groupes

Dans le questionnaire : Qu'est-ce qu'il est important pour vous de savoir en quittant l'hôpital ? Qu'est-ce qui vous paraît important ?

Y a-t-il des choses que vous auriez voulu savoir ? Qu'est-ce que vous attendiez comme informations ?

Ou au contraire des choses que vous ne voulez pas savoir ?

Je n'ai **pas retranscrit les besoins de compréhension des patients sur le type d'informations qu'ils souhaitaient avoir** car ceux-ci sont à chaque fois **très liés à leur pathologie**. Les patients sortant avec un doute diagnostic souhaitent plus de réponses à ce sujet, les patients en chimiothérapie souhaitent connaître les prochaines échéances et la gestion des symptômes à domicile, les patients hospitalisés pour découverte de diabète ont des questions sur l'alimentation et l'utilisation des traitements à domicile, etc.

La plupart veulent savoir ce qui est utile pour gérer leur pathologie.

Ceux qui ne souhaitent pas en savoir plus l'ont précisé sur les questions suivantes.

b2– Déterminants de leur compréhension selon les patients

Dans le questionnaire : Qu'est-ce qui, à votre avis, vous a aidé à comprendre ce qui s'est passé pendant votre hospitalisation ?

Et au contraire, qu'est-ce qui a gêné votre compréhension ?

Selon les patients, ce qui a favorisé leur compréhension (Tableau 3a)

Facteurs liés au personnel soignant :

- Confiance dans les soignants (19 fois cité)
- Explications claires et vulgarisées (13 fois cité)
- Disponibilité des soignants (12 fois cité)
- Explications au fur et à mesure et/ou répétition des informations (9 fois cité)
- Sortie « cadrée » c'est-à-dire suivi prévu ou déjà en cours au CH (6 fois cité)
- Explications données en présence du médecin du service et du spécialiste (3 fois cité), un patient a également apprécié que les informations soient données par le médecin en présence de l'infirmière qui pouvait ensuite réexpliquer

Facteurs liés au patient :

- Facilité à poser des questions (20 fois cité)
- Connaissance préexistante du milieu hospitalier et/ou de la pathologie (11 fois cité)
- Capacité à se documenter ensuite : entourage personnel, médecin traitant, internet (6 fois cité)

Tableau 3a. Selon les patients, ce qui a favorisé leur compréhension
Facteurs liés au personnel soignant

Confiance dans les soignants	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	7	5	12
Pas compris	5	2	7
Total des patients	12	7	19

Disponibilité des soignants	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	6	4	10
Pas compris	0	2	2
Total des patients	6	6	12

Explications claires/ vulgarisées	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	6	4	10
Pas compris	2	1	3
Total des patients	8	5	13

Explications au fur et à mesure/répétition	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	2	5	7
Pas compris	0	2	2
Total des patients	2	7	9

Sortie cadrée/suivi prévu	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	2	1	3
Pas compris	2	1	3
Total des patients	4	2	6

Explications données en présence du spécialiste	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	2	0	2
Pas compris	1	0	1
Total des patients	3	0	3

Facteurs liés au patient

Facilité à poser des questions	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	12	5	17
Pas compris	2	1	3
Total des patients	14	6	20

Connaissance préexistante de la pathologie ou de l'hôpital	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	5	2	7
Pas compris	3	1	4
Total des patients	8	3	11

Capacité à se documenter	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	3	3	6
Pas compris	1	1	2
Total des patients	4	2	6

Sur les remarques **concernant les facteurs favorisant la compréhension, on constate que la plupart des patients ayant déclaré avoir pu facilement poser des questions ont compris** (17 patients) (Tableau 3a). Pour les autres remarques, les patients ayant compris ou non sont à peu près également répartis en proportion dans les groupes témoin et intervention.

Les figures 3a et b représentent ces différences entre les groupes témoins et intervention, et entre les patients ayant compris ou non.

Figure 3a. Déterminants de la compréhension selon groupe

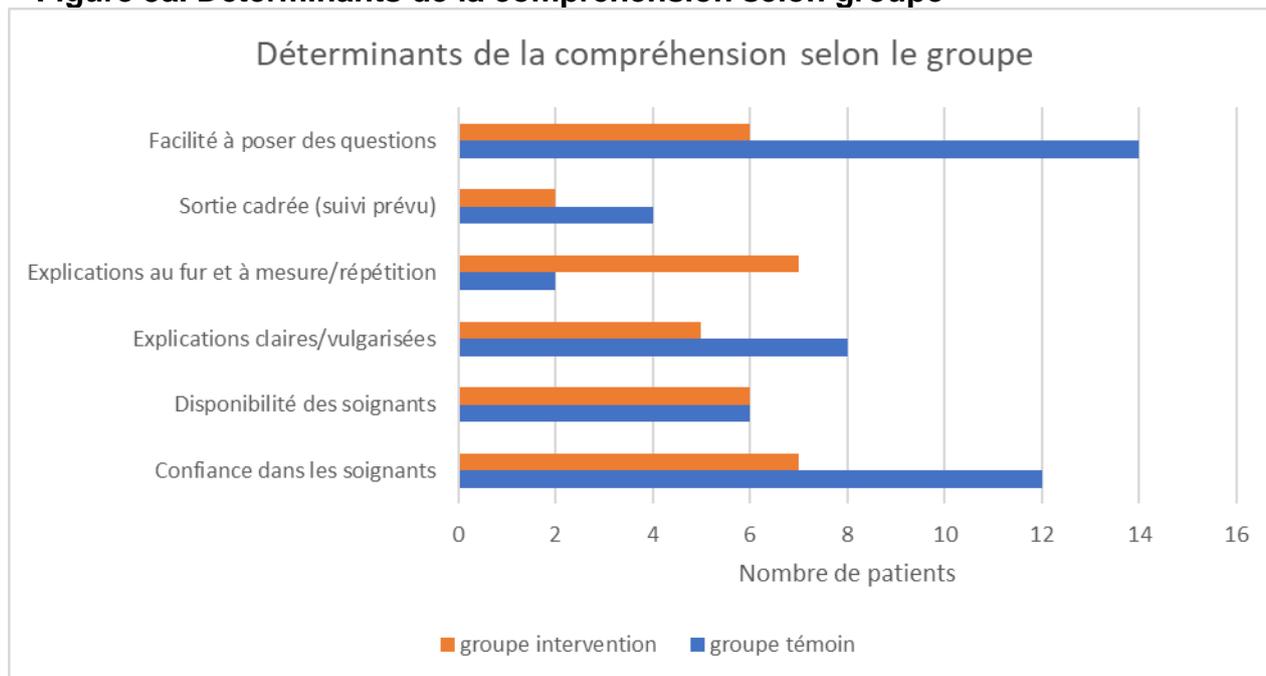
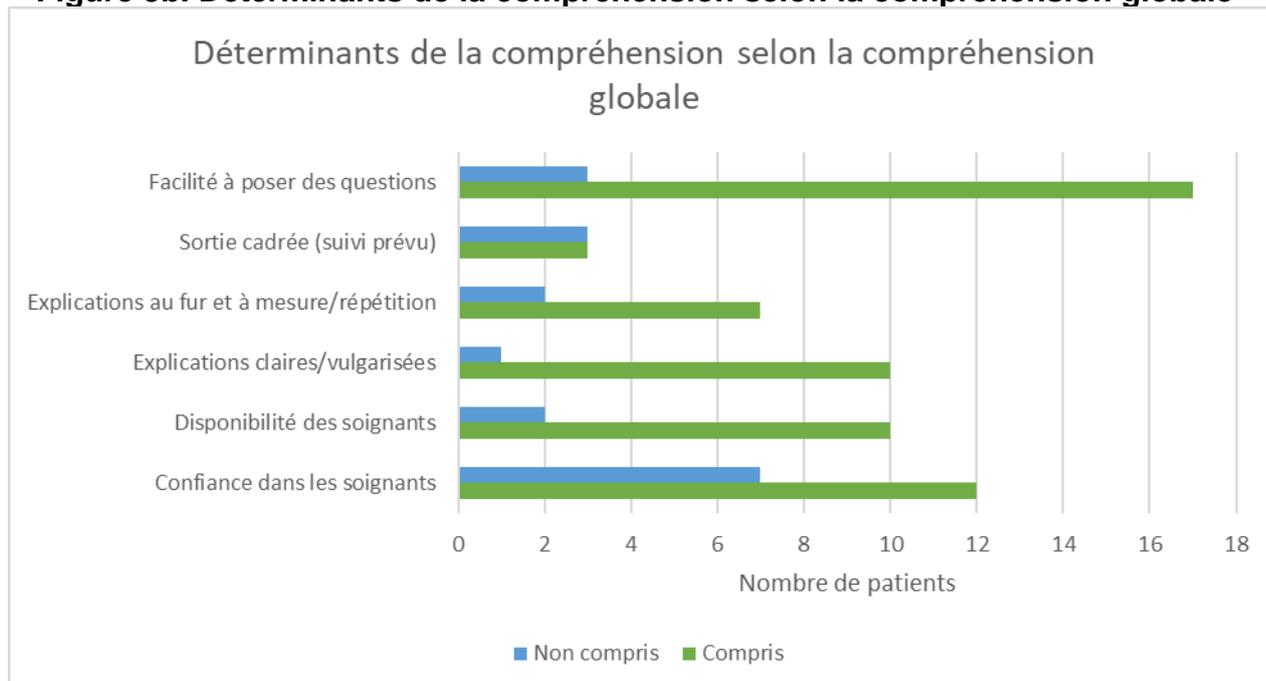


Figure 3b. Déterminants de la compréhension selon la compréhension globale



Selon les patients, ce qui a **défavorisé** la compréhension (Tableau 3b)

Facteurs liés au personnel soignant :

- Manque de disponibilité du personnel soignant (8 fois cité)
- Trop d'interlocuteurs différents/ contradiction entre les différents interlocuteurs (7 fois cité)
- Manque d'explications des examens ou du vocabulaire (7 fois cité)
- Pas assez de temps pour poser les questions (6 fois cité)
- Mauvaise communication avec le médecin/ sentiment de ne pas avoir été compris ou écouté (5 fois cité) (« impression de pas d'écoute », « se sont mal compris [avec le médecin] », « n'ont pas pris en compte mes besoins », « je ne me suis pas senti entendu »).
- Doute diagnostic (4 fois cité)

Facteurs liés au patient :

- Manque de confiance dans le personnel (2 fois cité)
- Autre préoccupation que celle de comprendre la pathologie : sociale/professionnelle/familiale (2 fois cité)

Facteurs environnementaux :

- Inconfort : literie, matériel non adapté, chambre double (15 fois cité)
- Fatigue (11 fois cité)
- Mauvaise organisation des examens (10 fois cité)
- Anxiété/attente (10 fois cité)
- Douleur (5 fois cité)

Sur les remarques concernant les facteurs défavorisant la compréhension, les effectifs sont plus petits et les patients ayant compris ou non sont à peu près également répartis en proportion dans les groupes témoin et intervention. Cela ne permet pas de dégager de tendance concernant l'intervention ou la compréhension.

Tableau 3b. Selon les patients, ce qui a défavorisé leur compréhension
Facteurs liés au personnel soignant

Manque de disponibilité du personnel soignant	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	1	2	3
Pas compris	3	2	5
Total des patients	4	4	8

Trop d'interlocuteurs différents/contradictions entre les interlocuteurs	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	5	1	6
Pas compris	0	1	1
Total des patients	5	2	7

Manque d'explications des examens ou du vocabulaire	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	3	1	4
Pas compris	0	3	3
Total des patients	3	4	7

Pas assez de temps pour poser des questions	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	1	3	4
Pas compris	2	0	2
Total des patients	3	3	6

Sentiment de ne pas avoir été compris ou écouté	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	1	2	3
Pas compris	0	2	2
Total des patients	1	4	5

Doute diagnostic	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	1	3	4
Pas compris	0	0	0
Total des patients	1	3	4

Facteurs liés au patient

Manque de confiance dans le personnel	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	0	0	0
Pas compris	2	0	2
Total des patients	2	0	2

Autre préoccupation que celle de comprendre la pathologie	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	0	0	0
Pas compris	1	1	2
Total des patients	1	1	2

Facteurs liés à l'environnement

Inconfort (litterie, matériel, chambre double)	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	4	6	10
Pas compris	3	2	5
Total des patients	7	8	15

Fatigue	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	4	5	9
Pas compris	1	1	2
Total des patients	5	6	11

Mauvaise organisation des examens	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	3	7	10
Pas compris	0	0	0
Total des patients	3	7	10

Anxiété/attente	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	3	4	7
Pas compris	2	1	3
Total des patients	5	5	10

Douleur	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	1	2	3
Pas compris	0	2	2
Total des patients	1	4	5

b3– Ce qui aurait pu être fait pour améliorer la compréhension

Dans le questionnaire : De quoi auriez-vous eu besoin pour comprendre mieux ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer votre compréhension ?

Parmi tous les patients :

- **17 n'ont pas donné leur avis**
- **50 patients n'avaient besoin de rien de plus et étaient satisfaits de ce qui avait été fait pour qu'ils comprennent**
- **35 auraient souhaité les améliorations suivantes :**
 - Plus d'informations (plus régulièrement, examens complémentaires, explications des termes techniques) (13 fois cité)
 - Plus de temps (personnel pas assez disponible, pas assez de temps pour poser des questions) (9 fois cité)
 - Plus d'écoute et de considération pour leurs problèmes (notamment plainte douloureuse) (6 fois cité)
 - Mise en confiance (peur de déranger, manque de confiance) (3 fois cité)
 - Meilleure organisation (médecins référents, coordination entre services et/ou soignants) (3 fois cité)

Tableau 4. Avis des patients sur ce qui auraient pu être fait pour améliorer leur compréhension

Sans avis	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	6	4	10
Pas compris	4	3	7
Total des patients	10	7	17

Rien de plus	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	17	16	33
Pas compris	10	7	17
Total des patients	27	23	50

Plus d'informations	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	2	8	10
Pas compris	1	2	3
Total des patients	3	10	13

Plus de temps	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	5	2	7
Pas compris	1	1	2
Total des patients	6	3	9

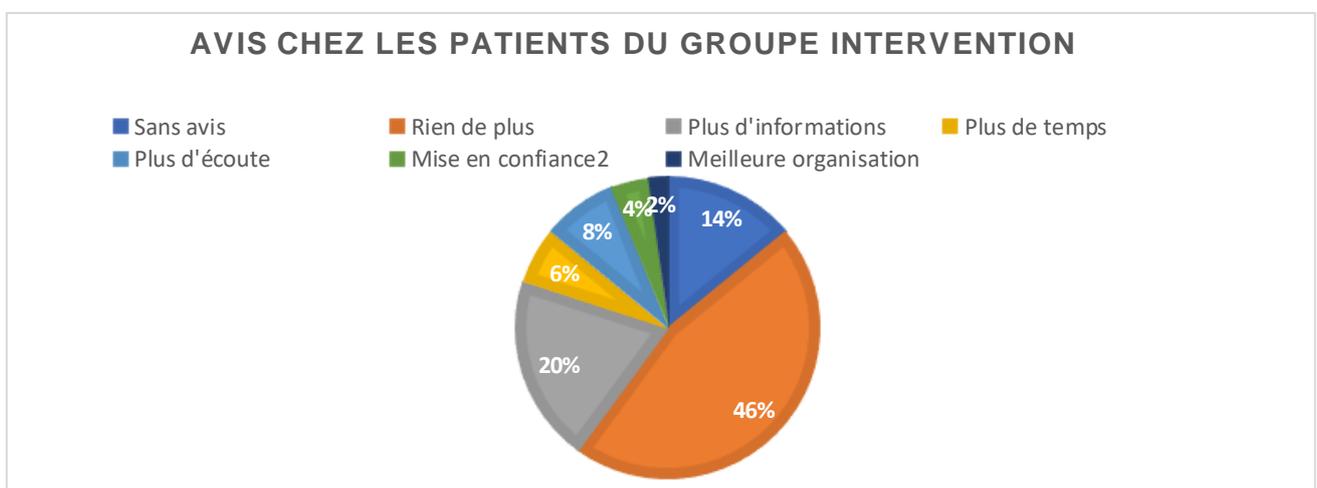
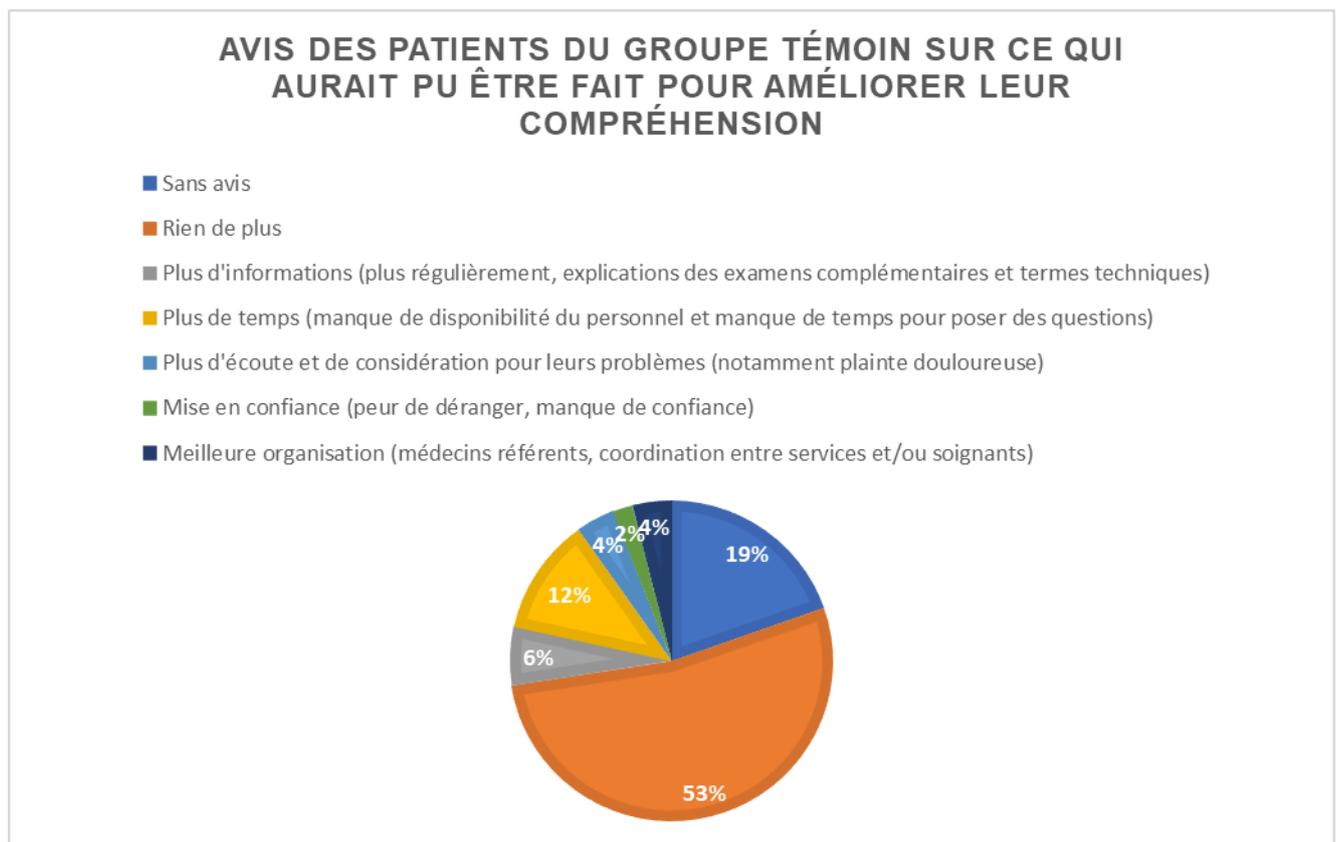
Plus d'écoute	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	1	3	4
Pas compris	1	1	2
Total des patients	2	4	6

Mise en confiance	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	0	1	1
Pas compris	1	1	2
Total des patients	1	2	3

Meilleure organisation	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	2	1	3
Pas compris	0	0	0
Total des patients	2	1	3

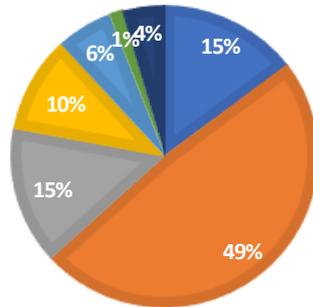
Sur les attentes des patients sur ce qui aurait pu être fait pour améliorer leur compréhension, on constate que les patients du groupe intervention auraient souhaité plus d'informations (10 patients contre 3 dans le groupe témoin). Les patients ayant mieux compris auraient souhaité plus d'informations en comparaison avec les patients ayant le moins bien compris (10 contre 3) Sinon la répartition des attentes est sensiblement la même chez les patients des 2 groupes, et parmi les patients ayant ou non compris (Figure 4).

Figure 4. Ce qui aurait pu être fait pour améliorer la compréhension



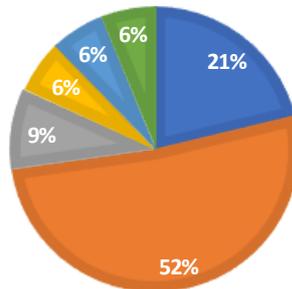
**AVIS DES PATIENTS AYANT BIEN COMPRIS
(COMPRÉHENSION GLOBALE : OUI)**

- Sans avis
- Rien de plus
- Plus d'informations
- Plus de temps
- Plus d'écoute
- Mise en confiance
- Meilleure organisation



**AVIS DES PATIENTS N'AYANT PAS TOUT COMPRIS
(COMPRÉHENSION GLOBALE : NON)**

- Sans avis
- Rien de plus
- Plus d'informations
- Plus de temps
- Plus d'écoute
- Mise en confiance



b4– Avis sur la lettre de liaison

Dans le questionnaire : Le courrier remis avant la sortie vous a-t-il été utile ? Si oui ou non, pourquoi ?

Les avis dans cette partie ne concernent que les 74 patients ayant lu la lettre de liaison **(répartition selon groupe et compréhension dans le Tableau 5)**

En effet, **28 patients ne l'ont pas lue** :

- **18 patients ont déclaré ne pas l'avoir lue.** 13 patients pensaient qu'elle était destinée au médecin traitant ou à leur IDE.
- **10 patients ne se souvenaient pas de l'avoir eue.**

Donc **74 patients l'ont effectivement lue.**

- **29 patients ont trouvé cela utile**

Voici les commentaires positifs les plus fréquents :

- Meilleure compréhension de l'hospitalisation et nouvelles informations sur le diagnostic/suivi/traitement (16 fois cité)
- Utile pour le médecin traitant ou l'IDE libérale (14 fois cité)
- Bon résumé de l'hospitalisation (7 fois cité)
- **28 patients ont déclaré qu'elle n'apportait pas plus d'informations** que ce qu'ils avaient déjà appris pendant l'hospitalisation. 4 patients auraient souhaité qu'elle leur soit mieux expliquée. 2 patients l'ont trouvé trop peu détaillée.
- **17 patients n'avaient pas d'avis sur son utilité**

Tableau 5. Avis des patients sur l'utilité de la lettre de liaison

Lettre non lue	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	7	3	10
Pas compris	9	9	18
Total des patients	16	12	28

Lettre lue	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	26	30	56
Pas compris	10	8	18
Total des patients	36	38	74

Lettre lue et utile	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	9	13	22
Pas compris	4	3	7
Total des patients	13	16	29

Lettre lue et n'apportait pas plus d'informations	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	7	12	19
Pas compris	5	4	9
Total des patients	12	16	28

Lettre lue et sans avis	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	10	5	15
Pas compris	1	1	2
Total des patients	11	6	17

Au sujet de l'avis des patients sur l'utilité de la lettre de liaison, il y a peu de différences dans les avis des patients du groupe témoin et du groupe intervention. En revanche on constate que 50% des patients n'ayant pas compris n'ont pas lu la lettre de liaison, alors qu'ils ne sont que 15% à ne pas l'avoir lue chez les patients à avoir bien compris (Figure 5).

Figure 5a. Avis des patients sur l'utilité de la lettre de liaison selon leur groupe

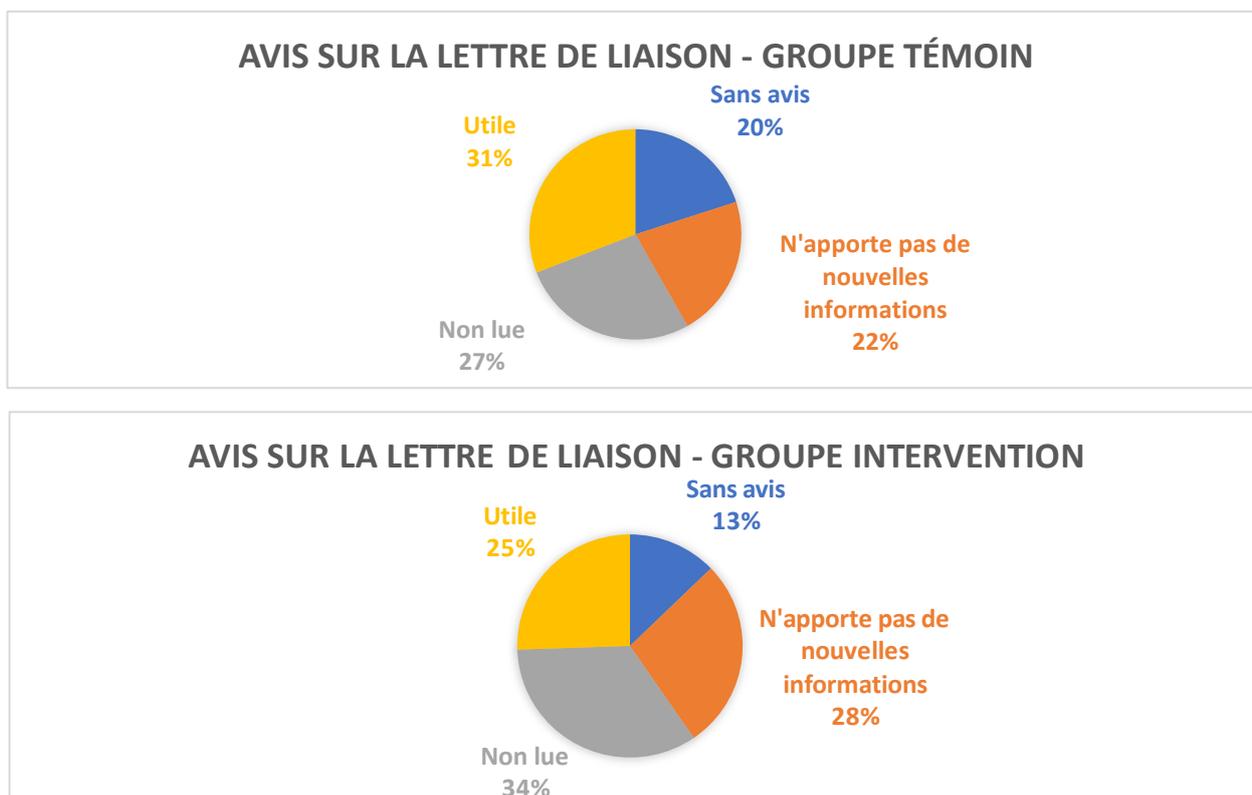
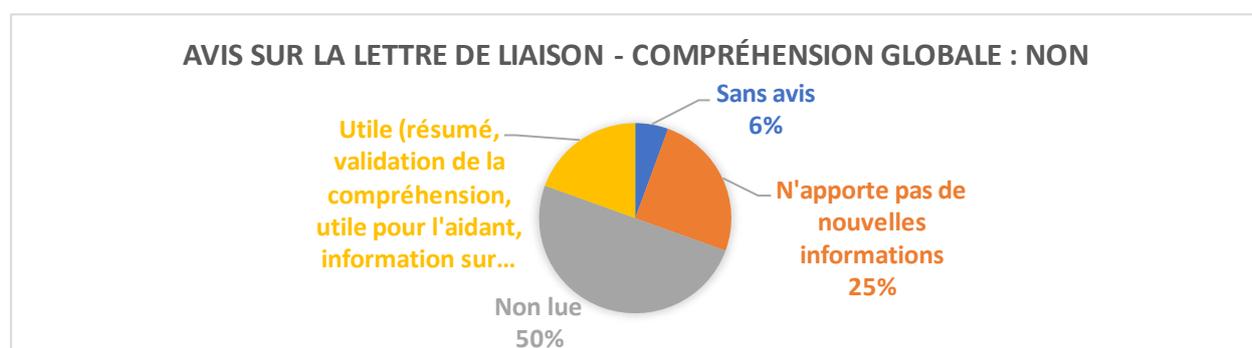
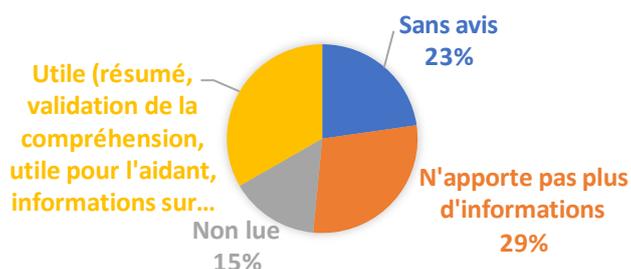


Figure 5b. Avis des patients sur l'utilité de la lettre de liaison selon leur compréhension



AVIS SUR LA LETTRE DE LIAISON - COMPRÉHENSION GLOBALE : OUI



Une des questions était aussi de savoir si la lettre de liaison était compréhensible pour les patients.

Parmi les patients l'ayant lue, près de la moitié des patients (51 patients) l'ont trouvée compréhensible (43 patients), ou compréhensible car elle avait été expliquée avant (8 patients).

Les patients ayant déclaré ne pas l'avoir bien comprise ont cité le vocabulaire trop « technique » (23 patients). Parmi eux, 7 l'ont revue avec leurs proches ou leur médecin traitant/IDE pour la comprendre, 6 sont allés chercher les définitions sur internet ; les autres n'ont pas cherché ou ont compris les termes dans le contexte.

Tableau 6. Compréhensibilité de la lettre de liaison selon les patients

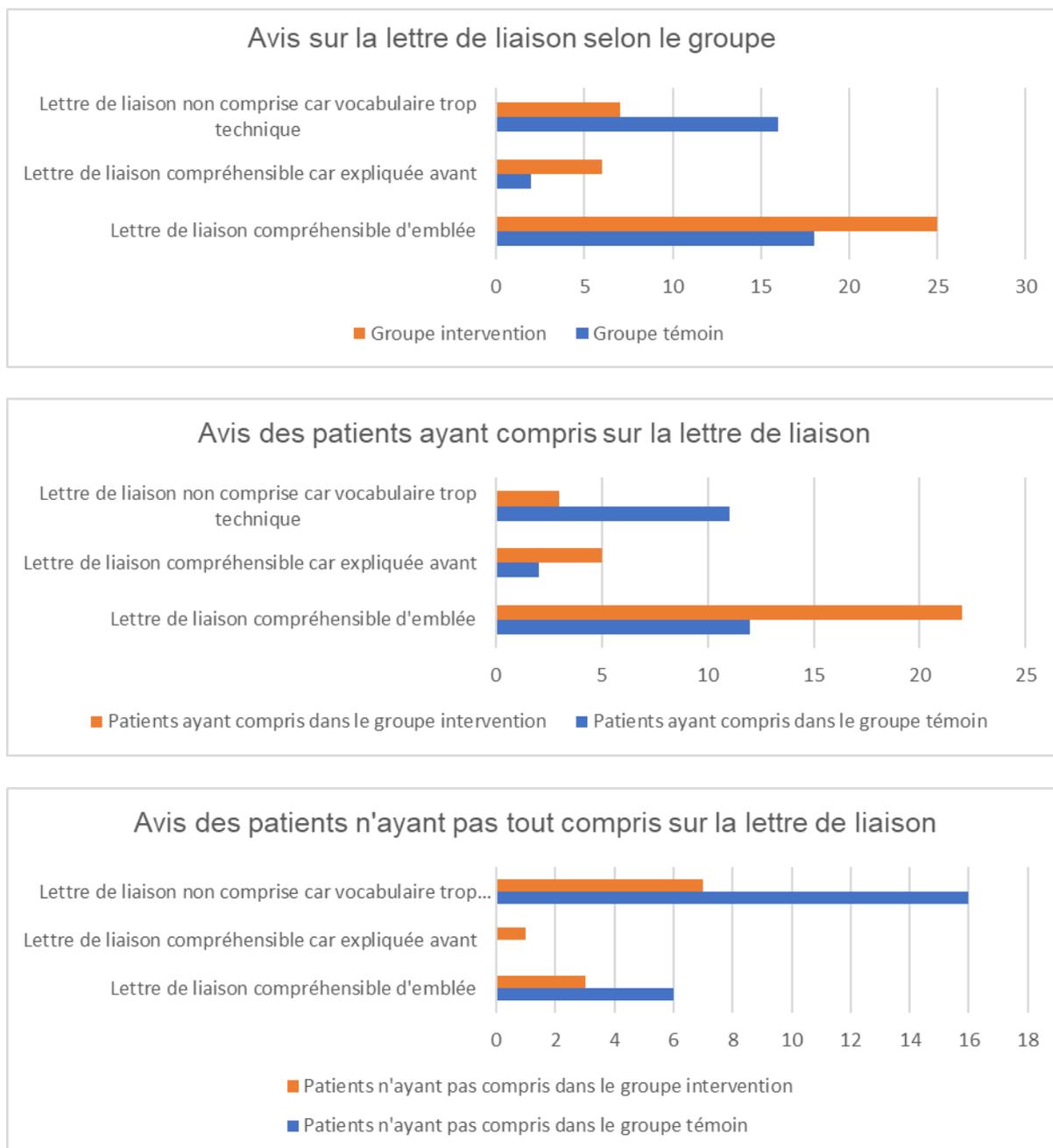
Lettre de liaison compréhensible	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	12	22	34
Pas compris	6	3	9
Total des patients	18	25	43

Lettre de liaison compréhensible car expliquée avant	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	2	5	7
Pas compris	0	1	1
Total des patients	2	6	8

Lettre de liaison non comprise car vocabulaire technique	Groupe témoin	Groupe intervention	Total des patients
Compris	11	3	14
Pas compris	5	4	9
Total des patients	16	7	23

On remarque que plus de patients du groupe intervention ont trouvé la lettre de liaison compréhensible, ou compréhensible car elle avait été expliquée avant. Également ils sont plus nombreux à ne pas avoir compris à avoir trouvé le vocabulaire de la lettre trop compliqué.

Figure 6. Compréhensibilité de la lettre de liaison selon le groupe et la compréhension globale



b5– Avis des patients sur l'utilité de l'intervention

Dans le questionnaire : Est-ce que ça vous a paru utile de pouvoir réfléchir à vos questions avant la sortie ? Cela vous a-t-il paru utile de répéter les informations avec le médecin ? Si oui ou non, pourquoi ?

Cette question **ne concerne que les patients qui ont eu la lettre de liaison en avance avec l'entretien de sortie basé sur le rappel** (50 patients). Sur cette question, tous ont donné leur avis.

17 patients soit 34% des patients ont trouvé cela utile.

- 7 d'entre eux ont déclaré que c'était utile pour le rappel de ce qui s'est passé, et pour bien ancrer ce qu'ils avaient compris.
- 7 ont pu poser des questions sur le déroulement de l'hospitalisation, la pathologie (4) ou pour vérifier les traitements et leurs indications (3).
- 3 ont pu planifier la suite de la prise en charge (suivi et RDV).

Parmi eux, 6 n'avaient pas tout compris.

18 patients soit 36% des patients n'ont pas jugé cela utile et n'avaient pas plus de questions. La raison principale évoquée était que tout avait déjà été expliqué en amont sauf pour 2 patients qui avaient prévu de revérifier avec leur médecin traitant.

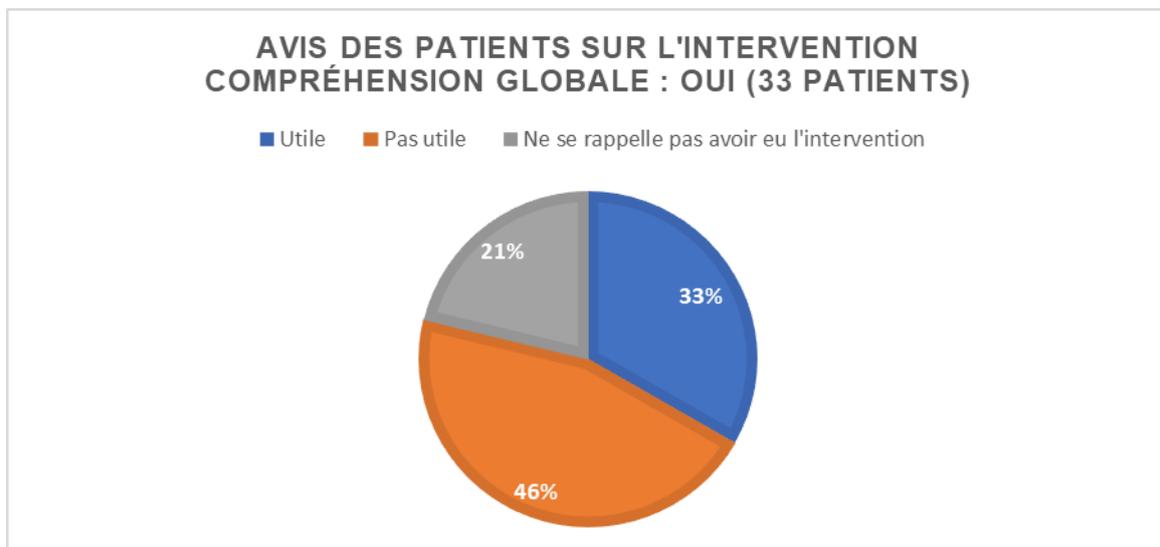
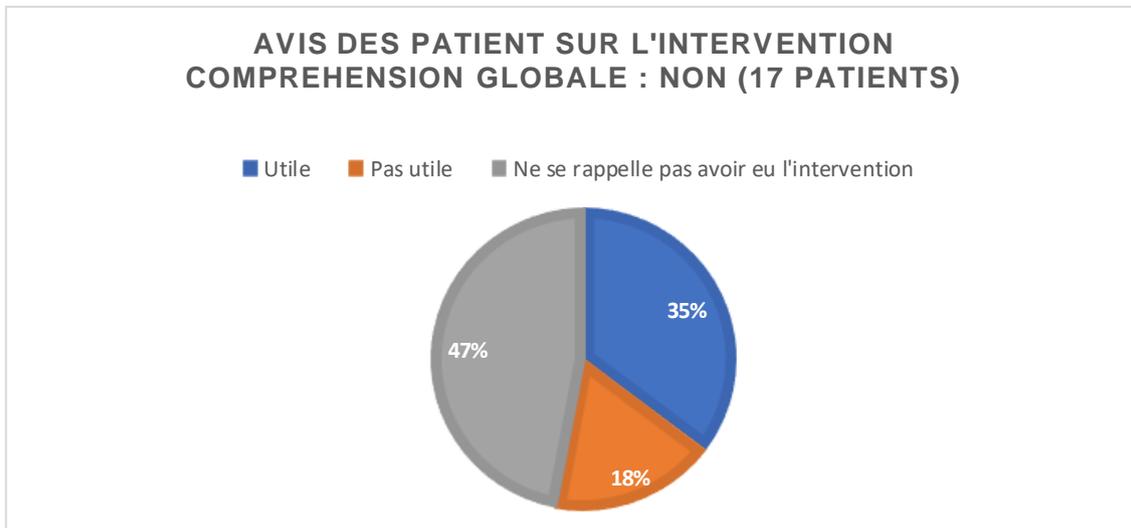
Parmi eux, 3 n'avaient pas tout compris.

15 patients soit 30% des patients ne se rappelaient pas avoir eu la lettre de liaison en avance, ou ne se rappelaient pas avoir eu l'entretien. 2 patients étaient en désaccord avec l'équipe et ont déclaré ne pas avoir lu les papiers ou n'avaient pas envie d'échanger.

Parmi eux, 8 n'avaient pas tout compris.

En ce qui concerne l'avis des patients sur l'intervention, **on constate que 47% des patients ayant moins bien compris ne se souviennent plus avoir eu l'intervention, contre 21% des patients ayant compris.**

Figure 7. Avis des patients sur l'intervention



C – Influence de certaines variables sur la compréhension

Les variables concernant la population ont été sélectionnées parce que dans d'autres études, on a constaté que certaines influencent la compréhension. Voici les 2 variables avec un impact significatif sur la compréhension :

L'âge

Les patients n'ayant pas compris au moins une des trois catégories sont significativement plus âgés que ceux ayant tout compris : 69,7 ans contre 59,5 ans.

Le niveau d'études

Le nombre de patients avec un niveau bac, licence et master ou plus est significativement plus élevé dans le groupe des patients ayant tout compris ($p=0,019$).

Les autres variables étudiées étaient le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la situation familiale, le fait d'avoir des enfants ou non. Il n'a pas été retrouvé de différence significative pour ces variables entre les patients ayant compris partiellement et les patients ayant compris totalement.

De plus, une autre variable m'a semblée intéressante à retenir : la lecture ou la non-lecture de la lettre de liaison.

Il y a une plus grande proportion de patients ayant lu la lettre de liaison dans le groupe de patients qui ont tout compris que dans le groupe avec une compréhension partielle (81% contre 55%). Cette différence est significative ($p=0,005$).

Ces patients étaient également répartis entre les 2 groupes avec 36 patients (soit 69%) l'ayant lue dans le groupe témoin, et 37 patients (soit 74%) l'ayant lue dans le groupe intervention.

Tableau 7. Compréhension globale

Variables étudiées	Nombre	Compréhension globale : OUI	Compréhension globale : NON	p-value
Âge moyen		59,5	69,7	0,019
Sexe				
Homme	44	27 (40,91%)	17 (47,22%)	0,38
Femme	58	39 (59,09%)	19 (52,78%)	
Catégorie socioprofessionnelle				
- Agriculteurs, artisans, commerçantes et chefs d'entreprise, cadres et libéraux	36	26 (39,39%)	10 (27,77%)	0,25
- Professions intermédiaires et employés	53	34 (51,51%)	19 (52,77%)	
- Ouvriers, en recherche d'emploi et sans emploi	13	6 (9,10%)	7 (19,44%)	
Niveau d'études				
Pas de diplôme	1	0 (0%)	1 (2,78%)	0,002
Brevet	22	7 (10,61%)	15 (41,67%)	
Bac	43	33 (50,00%)	10 (27,78%)	
Licence	27	19 (28,79%)	8 (22,22%)	
Master ou plus	9	7 (10,61%)	2 (5,56%)	
Enfants				
Oui	83	55 (83,33%)	28 (77,78%)	0,47
Non	20	11 (16,67%)	8 (22,22%)	
Situation familiale				
Célibataire	27	17 (25,76%)	10 (27,78%)	0,16
Marié/en couple	53	44 (66,67%)	19 (52,78%)	
Veuf(ve)	12	5 (7,58%)	7 (19,44%)	
Lettre de liaison				
Lue	74	54 (81,82%)	20 (55,56%)	0,005
Non lue	28	12 (18,18%)	16 (44,44%)	

D – Profils et avis des patients n'ayant pas tout compris

Les patients n'ayant pas compris au moins un des items sont 36, soit 33% de tous les patients.

Ils sont donc **plus âgés de 10 ans en moyenne** (69,7 ans contre 59,5 ans pour les patients ayant compris), et **sont moins à avoir lu la lettre de liaison** (44% d'entre eux ne l'ont pas lu contre 18% chez les patients ayant compris).

**Pensaient-ils avoir compris et quelles attentes avaient-ils sur leur compréhension ?
Sur les 36 patients n'ayant pas tout compris :**

- **16 déclaraient n'avoir pas besoin de plus d'explications et être satisfaits des explications reçues. On peut supposer qu'ils pensaient avoir compris**
- **20 étaient conscients de ne pas tout avoir compris**, et parmi eux :
 - **7 auraient souhaité mieux comprendre.**

Ils ont évoqué des problèmes de compréhension liés à l'environnement, notamment la fatigue et les chambres doubles (4 patients), au vocabulaire trop technique (2 patients), et un manque de temps pour assimiler (1 patient chez qui on venait de découvrir un lymphome).

- **8 ne souhaitaient pas plus d'informations.**

5 ont développé des moyens pour pallier le manque de compréhension. Pour 2 d'entre eux, c'est leur conjoint qui gère les traitements et qui leur réexplique. Pour un autre, c'est le médecin traitant et l'infirmière libérale qui s'occupe de la prise en charge. Enfin les 2 derniers patients suivent les instructions à la lettre et consultent fréquemment.

3 patients ont fait confiance au personnel soignant et n'ont pas souhaité plus d'informations.

- **5 patients ont rapporté des conflits avec l'équipe médicale :** désaccord sur le diagnostic, impression de ne pas avoir été écoutés, manque de confiance dans le corps médical.

Parmi les 36 patients n'ayant pas tout compris, 17 patients faisaient partie du groupe intervention. Parmi eux :

- **5 déclaraient n'avoir pas besoin de plus d'explications**
- **13 étaient conscients de ne pas tout avoir compris :**
 - **3 auraient souhaité mieux comprendre** (1 manquait de temps, 1 évoquait l'environnement, le dernier avait été gêné par le vocabulaire).
 - **6 ne souhaitaient pas plus d'informations. 5 ont développé des moyens pour pallier le manque de compréhension et 2 ont fait confiance au personnel.**
 - **4 ont rapporté des conflits avec l'équipe médicale.**

On remarque que les patients du groupe intervention semblent plus conscients de ne pas avoir tout compris. Ils sont également plus à avoir été en conflit avec l'équipe, à ne pas souhaiter plus d'informations et à avoir des solutions pour pallier leur manque de compréhension.

Figure 8. Ressenti des patients sur leur compréhension – chez les patients ayant le moins bien compris

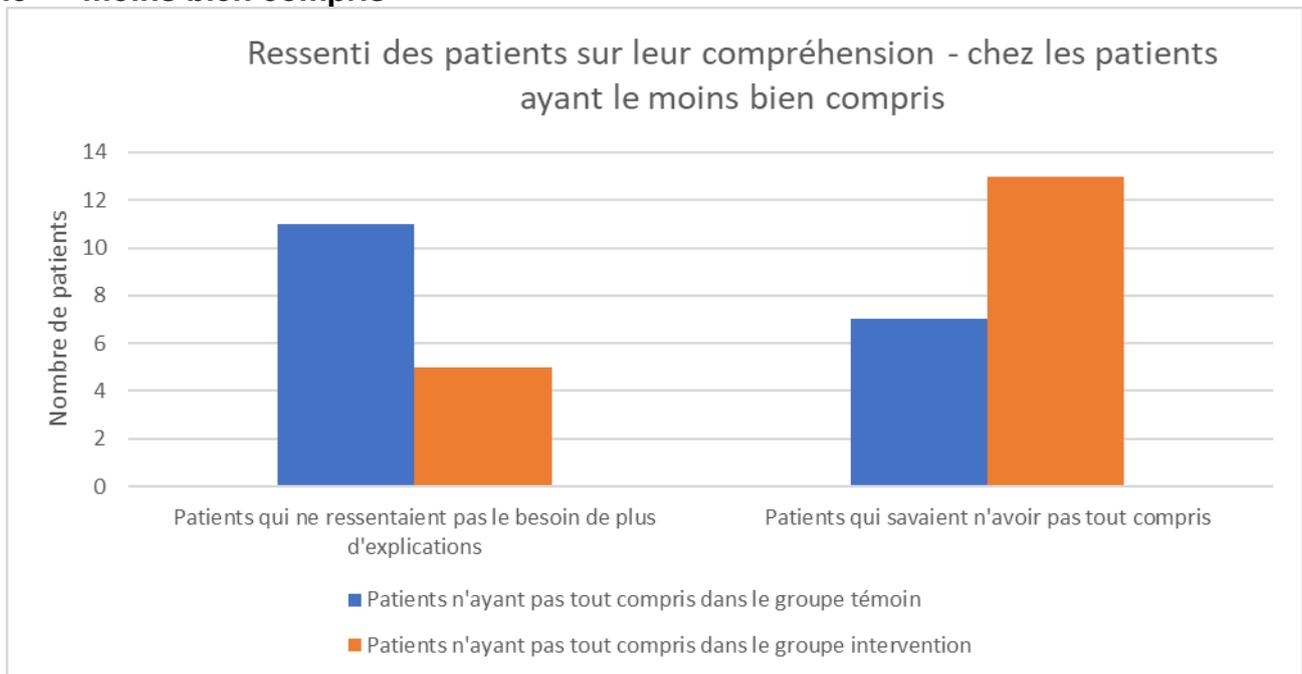


Figure 9. Profil des patients qui avait conscience de ne pas avoir tout compris

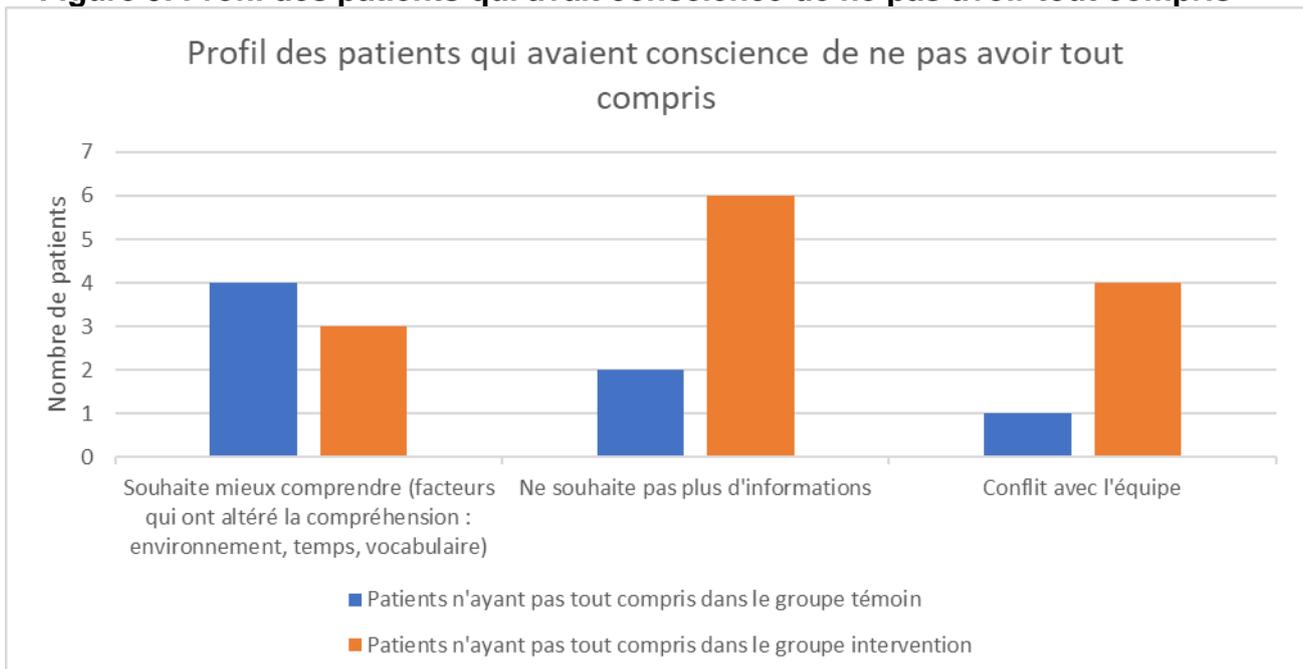
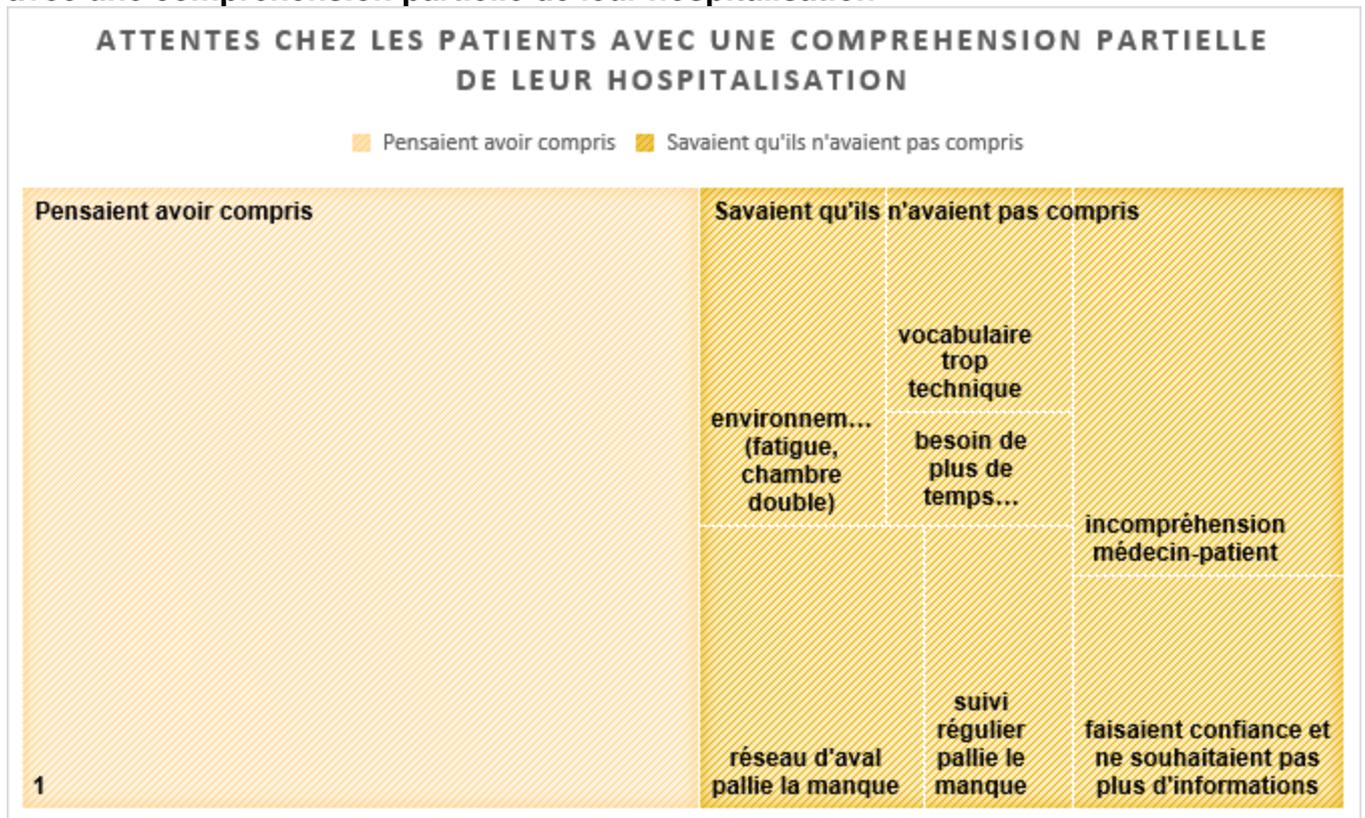


Figure 10. Patients qui pensaient ou non avoir compris et attentes chez les patients avec une compréhension partielle de leur hospitalisation



Discussion

Notre étude n'a pas montré d'amélioration dans le groupe qui a eu la lettre de liaison à l'avance avec l'entretien pour poser les questions.

Nous aborderons d'abord :

- 1- Les résultats en discutant de l'efficacité de l'intervention et nous commenterons sa faisabilité.
- 2- Puis, nous reviendrons sur les biais de l'étude.
- 3- Enfin nous analyserons les différents « profils » de patients n'ayant pas compris qui ont pu être dégagés lors de l'analyse de leurs réponses et qui peuvent être des pistes d'amélioration.

1- Discussion des résultats

A - Efficacité réelle de l'intervention

a1 - Efficacité de la possibilité de poser des questions :

La possibilité de poser des questions n'a pas amélioré la compréhension, bien qu'elle ait été citée par un quart des patients comme la favorisant, avec plus des trois quarts de ces patients qui avaient bien compris leur hospitalisation. Les études sur le sujet présentent des résultats hétérogènes : Jacqueminet et al. avaient montré en 2008 une amélioration de la compréhension des patients à qui on demandait s'ils avaient des questions en sortie d'un service d'UHCD (67), alors que Claessens et al en 2017 ne retrouvaient pas d'amélioration chez des patients à qui on demandait s'ils avaient des questions, en sortie des urgences cette fois (68). Les 2 études étaient multicentriques et concernaient plus de 300 patients. Le simple fait de demander au patient s'il a des questions semble utile, mais pas suffisant en soi.

Il est probable que le délai d'une heure avant la sortie ait été trop court pour permettre aux patients d'intégrer les informations et d'anticiper la sortie. Il est parfois difficile de se projeter dans le retour à domicile et de visualiser l'impact des traitements et de la maladie sur le quotidien. Certains patients ne se posent des questions que lorsqu'un symptôme survient, ou en rentrant à la maison (69).

Je n'ai pas relevé le temps entre la remise de la lettre de liaison et la sortie des patients (au minimum 1h avant), donc il n'est pas possible de savoir si celui-ci a pu influencer la compréhension dans notre cas.

Une autre possibilité est que la compréhension se fait également tout au long de l'hospitalisation, et qu'il est difficile de rattraper les erreurs de compréhension juste au moment de la sortie. Une vingtaine de patients a apprécié la répétition des informations et la disponibilité du personnel. Et ils sont plus nombreux dans le groupe témoin, où pourtant ils n'ont pas eu les papiers à l'avance. Cela peut s'expliquer par une bonne prise en charge et une bonne communication dès l'entrée dans le service, plus liées à l'équipe et à la pathologie qu'à l'intervention au moment de la sortie.

a2 - Efficacité de la lecture de la lettre de liaison :

En revanche, une constatation intéressante est qu'une plus grande proportion de patients ayant compris a lu la lettre de liaison : 82% des patients ayant compris l'ont lue contre 55% des patients ayant moins bien compris ($p=0.005$) (tableau 7 des résultats).

Ce constat rejoint les conclusions de Jean Baptiste Castell en 2021 (18) dans son étude sur des patients sortant de médecine polyvalente dans le Chinonais, qui retrouvait une amélioration de la compréhension des patients par rapport à une étude antérieure, alors que la seule modification intervenant dans la pratique du service avait été la mise en place de la lettre de liaison.

Par ailleurs, **davantage de patients du groupe intervention ont trouvé la lettre de liaison compréhensible, et moins ont rapporté avoir été gênés par le vocabulaire (figure 6)**. On peut penser que l'incitation à la lecture de la lettre a joué un rôle, sans toutefois permettre une amélioration assez importante de la compréhension.

Les patients qui ont déclaré ne pas avoir lu la lettre étaient également répartis dans les groupes témoin et intervention (respectivement 15 et 13 patients), cela n'a donc pas influencé les résultats.

Les patients qui ne l'ont pas lue, ont jugé cela inutile au vu de ce qu'ils savaient déjà, ou ont pensé qu'elle ne leur était pas destinée et qu'elle devait être donnée aux infirmières ou au médecin traitant (paragraphe b4 des résultats). Les médecins du service, lors de la réunion, n'étaient pas tous d'accord sur le destinataire de la lettre – médecin traitant ou patient – et donc sur la façon de la rédiger, soit avec un vocabulaire technique, soit en simplifiant pour le patient. Une rédaction plus adaptée au patient pourrait être une piste d'amélioration

Il semble en tout cas que la lettre puisse être utile à la compréhension.

a3 - Efficacité du Teach back

De même que la possibilité de poser des questions et que la lecture de la lettre de liaison, le Teach back a fait preuve de son efficacité sur la compréhension (55) (56), en tout cas dans des études anglaises. Je n'ai pas trouvé de travaux français similaires, en dehors de la brochure « Faire Dire » que la HAS a publié en 2015 et qui incite à utiliser le Teach back. Il faudrait plus d'études pour pouvoir juger de son efficacité en France.

Sur les 36 patients qui n'avaient pas compris, 16 déclaraient n'avoir pas besoin de plus d'informations : 11 dans le groupe témoin et 5 dans le groupe qui a reçu l'intervention (figure 8). **Donc, on constate qu'il y a moitié moins de patients pensant avoir compris dans le groupe qui a pu avoir la lettre de liaison à l'avance et qui a bénéficié du Teach back.** Également, plus de patients du groupe intervention aurait souhaité avoir plus d'informations (Tableau 4). On peut donc penser que le Teach back a quand même permis d'améliorer la conscience que les patients ont de leur compréhension, et l'a peut être améliorée sans toutefois permettre une compréhension jugée satisfaisante. Une revue de 2016 (70) suggère que pour être efficace, la méthode ne doit pas seulement permettre de se rendre compte de la mauvaise compréhension, il faut pouvoir ensuite réexpliquer pour l'améliorer. Les auteurs suggèrent de sélectionner l'information la plus importante et de ne faire répéter que celle-ci,

ou d'orienter les questions vers des actions permettant d'impliquer le patient, comme « pouvez-vous me dire exactement comment vous allez prendre vos traitements ? », plutôt que d'uniquement demander de reformuler ce qui vient d'être expliqué. Dans notre étude, les patients devaient reformuler ce qu'ils avaient compris mais la question, « Je veux m'assurer que je vous ai expliqué correctement les informations. Pouvez-vous me dire ce que vous avez compris comme si vous expliquiez à quelqu'un de votre famille ou à un ami ? », ne ciblait pas le diagnostic ou le traitement en particulier. Par ailleurs, il n'y a pas eu de formation des médecins à l'utilisation de la technique. En pratique, il pourrait être plus pertinent de ne faire répéter au patient que ce qu'il est vraiment indispensable de savoir, par exemple les consignes de surveillance des corticoïdes, les examens de suivi d'une prescription de diurétiques, ou encore l'évolution attendue dans une prise en charge de plaie chronique. Des outils pour l'utilisation du Teach back sont proposés dans l'étude (71).

Dans cette même revue, il est aussi **conseillé d'utiliser le Teach back de façon répétée lors de chaque entretien plutôt que d'attendre la fin de l'hospitalisation**, ce qui permet de se rendre compte rapidement des capacités de compréhension du patient et de s'y adapter plus tôt, et en même temps favorise la mémorisation des informations (72). Cela rejoint l'idée (déjà évoquée dans le paragraphe sur l'efficacité de la possibilité de poser des questions) que la compréhension se fait tout au long de l'hospitalisation. On verra également plus tard que la méthode en elle-même n'est peut-être pas si facile à mettre en place.

a4 – Quelle possibilité d'amélioration avec une compréhension finalement très bonne dans le service ?

La compréhension est globalement très bonne dans notre étude, approchant les 90% pour le diagnostic et le suivi ! Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans les autres études françaises en sortie d'hospitalisation (18) (19) (20) (21) (22), avec des pourcentages de compréhension allant de 57 à 75% pour le diagnostic, entre 50 et 71% pour l'introduction de nouveaux traitements (et cela chute à 45% quand la compréhension du but du traitement est évaluée), entre 58 et 69% pour les consignes de suivi. Il n'y a que le traitement qui est la catégorie la moins bien comprise avec 74% de compréhension, ce qui reste tout de même supérieur à sa compréhension dans les autres études.

Même si l'échantillon ne permet pas de tirer des conclusions définitives, c'est tout de même une bonne nouvelle pour le service et les patients, mais cela limite aussi les possibilités d'amélioration.

B - Faisabilité de l'intervention

Il est possible que tous les patients n'aient pas eu l'intervention : en effet 14 patients du groupe intervention (soit 29%) ne se rappelaient pas avoir eu la lettre de liaison ou l'entretien. Parmi eux, 9 patients (64% de ceux qui ne se rappelaient pas avoir eu la lettre) n'avaient pas tout compris (tableau 5 et figure 5 des résultats). Même **s'il est également possible que les patients aient oublié** (et alors cela signifie que l'intervention était insuffisante pour leur capacité de mémorisation, et peut être aussi de compréhension), **on peut se poser la question de l'éventuelle difficulté à mettre en place l'intervention.**

b1 - Contrainte de temps

La mise en œuvre de l'intervention nécessitait une modification des pratiques des médecins en ajoutant un temps supplémentaire accordé au patient à la sortie. Lors de la réunion d'information pour expliquer le projet, certains médecins avaient fait part de leurs **doutes quant à la faisabilité de l'intervention à cause des contraintes de temps**, qui ne leur permettaient pas de passer beaucoup plus de temps avec le patient s'ils voulaient que les autres tâches – techniques et médicales - soient correctement effectuées. Ils me l'ont confirmé pendant l'étude. Une étude qualitative néerlandaise de 2012 qui interrogeait les médecins sur les freins aux soins centrés patients (59) rapportait déjà cette problématique de manque de temps, à laquelle s'ajoutait la pression du nombre croissant de patients et du manque de lits, qui concernent également le service de médecine polyvalente. Cela a pu jouer sur la bonne mise en pratique de l'intervention, d'autant plus que les deux dernières semaines de l'étude, pendant lesquelles l'intervention avait lieu, se sont déroulées sur une période de vacances des médecins, donc avec un effectif réduit et une augmentation de la charge de travail pour chacun.

Le problème du temps concerne également les patients. Plusieurs médecins m'ont rappelé qu'il n'était pas toujours facile de revenir pour répondre aux questions après avoir donné la lettre de liaison car le patient était parfois déjà parti. En effet les sorties se font souvent en fin de matinée ou en début d'après-midi. Donc en donnant les papiers une heure avant la sortie, il était possible que le patient soit parti avant que le médecin revienne de sa pause déjeuner, et donc que l'entretien n'ait pas lieu. Cela peut arriver quand les ambulances ou les proches arrivent en avance, et lorsque les patients sont pressés de rentrer.

Il aurait pu être intéressant de n'inclure que les patients dont on était sûr qu'ils avaient eu l'intervention, pour évaluer précisément son impact. Mais on aurait alors minimisé l'effet des contraintes de temps et les imprévus qui font le quotidien des hospitaliers (49), et on n'aurait pas évalué l'efficacité de l'intervention en conditions réelles.

b2 - Acceptabilité de la méthode

Les médecins n'étaient pas tous à l'aise avec le Teach back. Ils trouvaient qu'il pouvait y avoir un côté « scolaire » à faire répéter le patient, qui pouvait occasionner de la gêne. D'ailleurs **plusieurs études ont montré que les médecins étaient réticents à l'usage du Teach back, par manque de temps, mais aussi par peur de vexer ou blesser les patients** en leur donnant l'impression de douter de leur compréhension (60). La méthode semble effectivement peu utilisée spontanément par les médecins. Comme c'est décrit dans cette étude américaine de 2007 (recensant les méthodes de communication utilisées par les médecins), très peu de médecins utilisent le rappel, en comparaison avec des méthodes comme la répétition, la structuration de l'entretien ou le fait de poser des questions (73). La faible utilisation du Teach back est également décrite dans une étude néerlandaise de 2020, dans laquelle des professionnels de santé décrivent les stratégies de communication mises en place pour répondre au manque de littératie des patients. Dans cette étude, le Teach back est peu utilisé alors que ceux qui l'ont testé le recommandent à 99% (64).

A contrario, **les patients n'ont pas rapporté avoir été gênés par le Teach back**, ce qui va dans le sens de la littérature dans laquelle le Teach back ne dérange pas les patients s'il est présenté comme une manière de vérifier la compréhension sans jugement (61). Il n'y a qu'un patient qui a trouvé « qu'on les prend parfois pour des enfants » mais qui a quand même apprécié la « répétition de l'information » et la « bonne communication ». Le blocage pour l'utilisation de la technique semble être plutôt lié aux médecins. Il résulte peut-être des a priori des médecins imaginant la gêne du patient. Cela pourrait être une piste à explorer pour améliorer notre communication avec les patients.

2- Biais et imprécisions de l'étude

A – Biais différentiels - Comparabilité des groupes

L'essai n'a pas été randomisé donc les groupes ne sont pas comparables à priori. De plus, nous avons identifié des variables qui ont influencé la compréhension : **l'âge** et **le niveau d'études** qui sont des variables connues pour influencer négativement la compréhension dans la plupart des études (19).

Une autre variable qui ne concerne pas les caractéristiques sociodémographiques mais qui est liée à l'intervention est **la lecture ou la non-lecture de la lettre de liaison**. Nous allons regarder son influence et sa répartition dans les 2 groupes pour savoir si cela a pu constituer un biais de confusion.

a1 - L'âge

Les patients ayant le moins bien compris sont en moyenne 10 ans plus âgés que ceux ayant bien compris, 69,7 ans contre 59,5 ans (Tableau 7 des résultats). Des informations nouvelles ou en contradiction avec un savoir préexistant peuvent être plus difficiles à intégrer pour des personnes âgées (74). De plus, les troubles cognitifs débutants qui ne sont pas toujours repérés par les médecins (75) peuvent également jouer sur le processus de mémorisation, et donc sur la compréhension, évaluée ici 15 jours après la sortie.

Ces patients sont également répartis dans les 2 groupes donc cela n'a pas influencé les résultats. Cependant il faut peut-être une attention supplémentaire dans la délivrance de l'information aux patients de plus de 75 ans.

a2 – Le niveau d'étude

Il y avait plus de niveau bac et de licence dans le groupe ayant compris, (respectivement 50% et 29% dans le groupe ayant compris contre 28% et 22% dans celui des patients ayant moins bien compris), mais moins de niveau brevet chez les patients ayant compris avec 11% contre 42% dans le groupe n'ayant pas tout compris (tableau 7). **La différence est significative, mais avec autant de catégories il est difficile d'en localiser l'origine : cela pourrait aussi bien être la différence entre les 10.61% et les 41.67% sur les proportions de niveau brevet qu'entre les 50% vs 27.78% de niveau bac.**

Ces patients ne sont pas également répartis entre les 2 groupes avec 15% de brevet dans le groupe témoin contre 28% dans le groupe intervention, 34% de bac dans le groupe témoin contre 50% dans le groupe intervention, 34% de licence dans le groupe témoin contre 18% dans le groupe intervention. **Il y a plus de patients avec un niveau bac ou plus dans le groupe témoin, mais il est difficile d'affirmer que cela a pu avantager ce groupe sur la compréhension.**

a3 – La lecture de la lettre de liaison

Comme décrit dans la partie A, **une plus grande proportion des patients ayant compris ont lu la lettre de liaison : 82% des patients ayant compris l'ont lue contre 55% des patients ayant moins bien compris (p=0.005) (tableau 7 des résultats).**

Ces patients sont toutefois également répartis dans les 2 groupes et la variable n'a donc pas influencé les résultats.

B- Biais non différentiels

b1 – Biais de sélection

50% des patients passés dans le service sur la période de l'étude n'ont pas pu être interrogés parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

On n'a pas inclus les patients qui étaient transférés dans d'autres services, donc potentiellement des patients avec des pathologies plus graves, plus complexes ou plus nombreuses. Cela a pu influencer la compréhension globale et peut expliquer qu'elle ait été aussi bonne.

Également, on n'a pas non plus inclus certains patients âgés mais sans troubles cognitifs car résidant en EHPAD. Or cela ne les empêchait pas d'avoir une bonne compréhension et de gérer certains de leurs traitements, et ils auraient pu bénéficier de l'intervention et donner leur avis et influencer positivement la compréhension globale

b2 - Biais de mesure : biais de réalisation

L'étude n'a pas été faite en aveugle. Les médecins n'avaient pas connaissance du questionnaire mais ils connaissaient l'objectif de l'étude qui était d'améliorer la compréhension des patients, cela a pu jouer sur leur communication avec les malades.

Il en était de même pour les patients qui étaient informés du sujet de l'étude via la lettre d'information donc ils ont également pu faire des efforts pour comprendre mieux.

b3 – Biais de mesure : Biais d'évaluation

Mesure de la compréhension

Il n'est **pas facile de mesurer la compréhension** en tant que telle. Qu'est-ce qu'une bonne compréhension ? Une compréhension suffisante pour gérer la pathologie dans la vie quotidienne ? Une compréhension exhaustive ? Un maximum d'informations retenues ? La capacité à interpréter des symptômes qui pourraient survenir en fonction des connaissances ? Les critères sont fixés par les auteurs. On peut la mesurer avec des questionnaires ciblés sur certaines pathologies dont on connaît l'impact de la connaissance dans l'amélioration de la santé, comme par exemple la connaissance des règles hygiéno-diététiques dans l'insuffisance cardiaque ou la connaissance du fonctionnement de l'insuline et de l'administration du traitement dans le diabète (76).

C'est plus compliqué dans un service de médecine polyvalente avec une multitude de pathologies différentes. **Les critères que j'ai choisis pour l'évaluer (cf. matériels et**

méthode) étaient assez souples et n'exigeaient pas une connaissance poussée du diagnostic et des traitements, dans l'idée que les patients venaient d'apprendre beaucoup de choses pendant l'hospitalisation et qu'il fallait surtout qu'ils aient retenu l'essentiel pour les semaines à venir, avant de revoir leur médecin et de poursuivre le suivi. J'ai pu surestimer la compréhension réelle en n'allant pas creuser dans les détails. Par exemple je n'exigeais pas des patients qu'ils me donnent les posologies des traitements, alors que c'est une étape dans la bonne prise du médicament.

Le fait que je sois la seule à faire passer le questionnaire implique que les réponses ont été analysées avec un seul regard, ce qui est un plus pour la reproductibilité. Toutefois la mesure n'étant de toute façon pas complètement objective, une mauvaise estimation est toujours possible.

Il existe aussi un biais d'interprétation : bien que j'aie essayé de poser les questions de manière ouverte, j'ai pu influencer certaines réponses en orientant les patients vers des sujets allant dans le sens de mon intuition ou de mes premières impressions. Par exemple, si plusieurs patients me précisaient avoir posé des questions, j'ai pu demander au patient suivant s'il en avait posé et si cela avait été facile sans qu'il me le dise spontanément.

Ces biais de réalisation et d'interprétation semblent être récurrents dans les études sur la compréhension depuis que celle-ci est étudiée. Ils ont été décrits dans des revues de la littérature. L'une en 2018 qui étudiait la compréhension des patients concernant leur hospitalisation et les différentes interventions testées pour l'améliorer (19), et l'autre en 2021 qui recensait les outils de communication utilisés par les médecins et leur effet sur la compréhension (77).

De plus la revue de 2021 montrait également que les outils développés gagneraient à s'inspirer davantage de théories de la communication utilisées en marketing, économie ou politique. En faisant la revue de littérature au début du projet, je me suis effectivement centrée sur des études réalisées dans le domaine médical sans chercher des éléments de pédagogie dans d'autres domaines.

La méthode utilisée pour le recueil de l'avis des patients

Dans la dernière partie du questionnaire, les questions étaient ouvertes et les patients n'étaient pas obligés de donner leur avis. J'ai recueilli des réponses qui étaient spontanées en essayant de ne pas les induire. Par exemple, si un patient avait apprécié la disponibilité du personnel soignant mais ne parlait pas du fait d'avoir ou non pu poser assez de questions, j'essayais de ne pas l'amener sur ce sujet. La limite à cela, c'est que les personnes disent d'abord ce qui leur vient à l'esprit, donc ce qui est important pour elles, mais il peut y avoir des informations perdues parce qu'elles n'y ont pas pensé ou parce qu'elles étaient gênées d'en parler.

Il aurait pu être intéressant de relever précisément les attentes des patients quant aux informations reçues, par exemple avec un questionnaire à choix multiples comme celui employé par E.Guerreiro dans sa thèse de 2011 (16), où les patients avaient une liste de facteurs influençant leur compréhension et devaient choisir les 3 plus importants pour eux. Mais je ne voulais pas que cela suggère des réponses « stéréotypées » aux patients. Par exemple, un patient aurait pu cocher la proposition « disponibilité du personnel soignant », parce qu'il trouvait que c'est important de manière générale, sans que ça ait eu une importance capitale pour lui, lors de son hospitalisation. Mais j'aurais peut-être pu orienter la recherche seulement sur les patients n'ayant pas compris, avec alors un questionnaire à choix multiples, pour explorer plus précisément les raisons de l'incompréhension.

C- Manque de puissance

Le nombre de patients à inclure fixé avant le début de l'étude étaient de 100 patients, par groupe. Il n'a pas été atteint puisqu'on a seulement une cinquantaine de patients dans chaque groupe. L'étude manque par conséquent de puissance, ce qui a pu entraîner une mauvaise évaluation de l'effet de l'intervention.

D - Limitation de la comparabilité des résultats avec d'autres études

Le questionnaire utilisé n'est pas standardisé et ne permet donc pas de comparer rigoureusement nos résultats avec ceux d'autres études. La quantité d'études faites sur le sujet de la compréhension des patients est dense, et **ce problème de mesure standardisée de la compréhension a également déjà été pointé par les revues de littérature** citées plus haut :

La revue de 2018 (19) étudiait la compréhension des patients de leur hospitalisation et les différentes interventions testées pour l'améliorer. Les auteurs rapportaient que si les différentes interventions menées semblaient efficaces et amélioraient la compréhension, celles-ci n'étaient pas comparables car la mesure de la compréhension n'était jamais la même : les catégories mesurées (diagnostic, traitements, etc.), le critère de mesure ainsi que le délai entre l'intervention et la mesure différaient. La revue de 2021 suggère d'utiliser une méthode mixte basée sur le rappel spontané des informations données, avec en complément des questions plus ciblées selon la pathologie.

3- Avis des patients et « profils » des patients ayant le moins bien compris

A - Les attentes générales des patients

Les facteurs favorisant leur compréhension (Tableau 3 et Figure 3 des résultats) cités par les patients rejoignent ce qui avait été retrouvé par H.Cazaban en 2021 en interrogeant des patients hospitalisés (46), avec en tête la facilité à poser des questions, la confiance dans le personnel et sa disponibilité, la clarté des explications. Les patients souhaitent être écoutés et mis en confiance.

En ce qui concerne les facteurs défavorisant la compréhension, plus de la moitié des facteurs cités sont liés à l'environnement : la fatigue, l'inconfort matériel et l'anxiété, mais aussi l'organisation des examens, et l'attente. Viennent ensuite dans des proportions égales l'indisponibilité des soignants, le manque de temps des médecins, le manque d'explications. Cela valide le fait que l'environnement hospitalier n'est pas propice à la compréhension (il n'y a d'ailleurs aucun facteur environnemental cité dans les facteurs favorisants). Et cela donne plusieurs pistes d'amélioration pour le service, notamment sur le temps et l'attention accordés au malade.

Pour ce qui est de leurs attentes sur ce qui pourrait être fait pour améliorer la compréhension, elles étaient les suivantes : plus d'informations plus régulièrement, une plus grande disponibilité du personnel, plus d'écoute. Cela rejoint également l'étude d'H. Cazaban, et également les avis de patients rapportant avoir déjà bien compris les papiers de sortie car ils avaient eu les informations tout au long de l'hospitalisation.

B - « Profils » des patients n'ayant pas compris dans les deux groupes

Si l'intervention n'a pas montré d'efficacité, **l'analyse des réponses et des caractéristiques des patients ayant moins bien compris nous fournissent néanmoins des informations sur les problèmes rencontrés. L'avis des patients, sur la base du volontariat et avec des petits effectifs, est bien sûr à analyser avec prudence**, mais on constate quand même que se dessinent certains profils de patients (partie D des résultats) :

b1 - Les patients qui pensent avoir compris

16 patients sur les 36 patients n'ayant pas compris (Figures 8 et 10 des résultats), ont déclaré qu'ils n'avaient pas besoin de plus d'informations, qu'ils étaient satisfaits des informations reçues. On peut supposer qu'ils pensaient avoir compris assez d'éléments concernant leur hospitalisation. Là encore le délai était peut-être trop court pour intégrer de nouvelles informations, mais il est aussi possible que ces patients qui pensaient avoir tout ce qu'il leur fallait pour rentrer chez eux n'aient pas vraiment réfléchi. Cela rejoint le constat que les patients surestiment souvent leur compréhension (18) (33), c'est donc au médecin de vérifier la bonne compréhension des informations et le cas échéant, de les répéter ou réexpliquer.

Ceux du groupe intervention auraient dû bénéficier du Teach back, mais cela ne semble pas avoir été suffisant dans notre étude, possiblement à cause de la difficulté de sa mise en place.

Ces patients, parce qu'ils représentent près de la moitié des patients n'ayant pas compris ici, semblent être ceux sur lesquels il faudrait concentrer les efforts pour améliorer la compréhension. Un patient a d'ailleurs suggéré de « passer plus de temps avec ceux qui en ont le plus besoin », ce qui rejoint les conclusions d'un article italien de 2004 étudiant les réactions de médecins et de patients quant à la délivrance de l'information. Selon cette étude, les patients qui auraient besoin de plus de temps pour recevoir les informations médicales sont souvent ceux à qui l'on donne le moins d'explications et ceux à qui l'on consacre le moins de temps (78).

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur les patients que les médecins considèrent « à risque de mauvaise compréhension » et de voir comment ils abordent le problème, le temps passé avec chaque patient, puis de vérifier la compréhension de ces patients.

b2 - Les patients qui n'ont pas envie de trop en savoir

8 patients sur les 36 n'ayant pas tout compris n'ont pas manifesté le besoin de comprendre mieux ni de poser des questions (Figures 9 et 10 des résultats). Ils font confiance aux médecins et ne souhaitent pas trop s'impliquer dans la prise en charge, par manque de connaissances, ou parce qu'ils ne veulent pas en savoir plus tout simplement.

Or dans son ouvrage sur l'apprentissage chez les adultes inspiré des théories de Malcolm Knowles, S.Lieb cite l'intérêt et le bénéfice perçus comme deux des facteurs les plus importants favorisant l'apprentissage (79). On peut donc penser que ces patients qui ne souhaitent pas forcément comprendre ne vont pas réfléchir s'ils ont la lettre de liaison à l'avance, parce qu'ils n'en voient ni l'intérêt ni le bénéfice. Et ils ne retiendront pas forcément mieux après le Teach back puisqu'ils ne veulent pas spécialement recevoir les informations. Ces patients n'ont probablement pas été très réceptifs à l'intervention.

D'autre part, si certains patients ne se rendent pas compte de l'intérêt d'une bonne compréhension, beaucoup ont leurs raisons de ne pas vouloir trop d'informations. Une étude qualitative de 2011 parmi des patients hospitalisés dans un service de médecine aux Pays Bas a montré que certains patients ne souhaitaient pas avoir trop d'informations sur les traitements et les effets secondaires car celles-ci pourraient diminuer leur observance médicamenteuse (80). Une autre parmi des patients cancéreux a prouvé que ceux-ci ne voulaient pas toujours connaître l'avancée de la maladie et le pronostic, afin d'atténuer l'anxiété (81). Les raisons touchant à des craintes ou des peurs ne peuvent pas être facilement appréhendées dans un seul entretien, et doivent être respectées. On ne peut pas forcer ces patients à vouloir comprendre, et il semble plus judicieux de respecter leur choix tout en essayant d'organiser la prise en charge d'aval avec un suivi régulier pour limiter les erreurs.

D'ailleurs, 5 patients sur les 36 qui n'avaient pas tout compris et ne souhaitaient pas en savoir plus avaient développé des solutions pour pallier leur manque de compréhension et limiter son impact sur la prise en charge : réseau d'aval avec médecin traitant et infirmière pour coordonner les soins, suivi régulier, proches investis dans la prise en charge.

b3 - Les patients qui sont en désaccord avec le médecin

Ils étaient 5 patients à avoir rapporté des désaccords avec le médecin (Figure 9 et 10 de résultats). C'est peu à l'échelle de l'étude mais ces 5 patients n'avaient pas tout compris. Les désaccords portaient sur la gestion des symptômes principalement, avec des patients qui ne se sont pas sentis entendus et qui n'ont pas réussi à transmettre leur avis. Ces désaccords ne semblaient pas pouvoir se régler uniquement pendant l'entretien de sortie.

Ces situations résultent de problèmes de communication entre médecins et patients qui impactent négativement la compréhension. Dans une étude menée en 2019 sur les rapports conflictuels entre médecins et patients, H. Rouet met en évidence 3 principales sources de mécontentement des patients engendrant une relation conflictuelle : le manque d'écoute, le manque d'empathie et le comportement de supériorité du médecin. Ils sont cités plus fréquemment que les problèmes de compétence médicale, ce qui montre bien l'importance de la capacité relationnelle du médecin pour les patients.

Et même si la relation médecin-malade tend vers moins d'asymétrie depuis plusieurs années, le médecin reste détenteur du savoir médical et est en position de « supériorité » dans l'échange, surtout à l'hôpital où les décisions sont moins discutées avec les patients du fait de l'urgence ou de la gravité de la pathologie. C'est donc à nous de mettre à l'aise le patient en initiant une communication adéquate.

Toutefois cette étude suggère aussi qu'il y a un manque de compréhension du rôle des médecins et du fonctionnement du système de santé chez les patients, ce qui génère des attentes démesurées de leur part.

Il y a un travail de communication à développer chez les médecins, mais aussi sans doute un travail d'éducation des patients à faire, ou de manière plus générale des citoyens, sur les responsabilités de chacun dans le système de santé. Une brochure de la HAS existe déjà pour aider les patients à préparer la consultation de médecine générale, elle pourrait également aider le patient à comprendre qu'il faut oser communiquer et ne pas attendre du médecin qu'il anticipe tout (82).

Conclusion

Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence une amélioration de la compréhension qu'ont les patients de leur hospitalisation en donnant la lettre de liaison à l'avance accompagnée du Teach back pendant l'entretien de sortie. Cela peut être dû à une réelle inefficacité, conséquence d'une intervention insuffisante : manque de temps pour intégrer les informations pour le patient, manque de formation au Teach back ou de temps pour l'appliquer pour le médecin. Cela peut aussi être dû à notre questionnaire, qui n'était peut-être pas assez précis pour faire apparaître une différence entre les 2 groupes, ou au nombre insuffisant de patients.

Cependant, cela nous a permis de constater que la compréhension des patients de leur hospitalisation est globalement bonne, ce qui est positif pour le service.

On a pu également observer que la lettre de liaison semble être un outil utile pour la compréhension, puisque les patients l'ayant lue ont mieux compris leur hospitalisation et ceux qui l'ont eue à l'avance et à qui elle a été expliquée l'ont trouvée plus compréhensible. Il paraît important de développer cet outil, pourquoi pas en continuant de la donner à l'avance lorsque cela est possible, et en simplifiant le vocabulaire employé.

Il apparaît aussi que les problèmes de compréhension des patients n'ont pas les mêmes sources :

Certains patients pensent avoir compris et ne vont pas forcément poser plus de questions. Il apparaît donc essentiel de pouvoir vérifier leur compréhension. On pourrait imaginer une étude en testant seulement la méthode teach back utilisée au fur et à mesure de l'hospitalisation et pas seulement au moment de l'entretien de sortie comme dans notre étude, méthode à laquelle les médecins seraient préalablement formés.

D'autres préfèrent ne pas avoir trop d'informations (par manque d'intérêt, de compétence ou par anxiété) et dans ce cas il peut être contre-productif d'essayer de « forcer » leur compréhension. Il vaut mieux essayer de s'adapter et assurer un suivi régulier pour limiter les erreurs liées à un manque d'information. Une bonne compréhension est censée être un avantage pour le patient, mais cela ne concerne peut-être pas tous les patients dans l'immédiat.

Il y a enfin le cas des patients en désaccord ou même en conflit avec le médecin, parce qu'ils ne se sont pas sentis entendus ou que leurs attentes différaient de celles des médecins. Aucun de ces patients n'a réellement compris son hospitalisation dans notre étude. La qualité de la communication paraît donc essentielle ; mais le contexte hospitalier (et le milieu médical de manière plus générale) la rend déjà plus ardue du fait du manque de temps pour les échanges, de la complexité des informations pour des personnes non issues du milieu, et de l'asymétrie de la relation médecin-malade. Et si c'est au médecin qui initie la communication de faire en sorte qu'elle soit le plus simple possible, il semble y avoir aussi un travail d'éducation des patients à faire, pour les aider à comprendre comment fonctionne le système, ce qu'ils peuvent attendre du médecin, et leur responsabilité dans l'échange.

On pourrait interroger les médecins du service sur les problèmes de communication les plus souvent rencontrés pour essayer de trouver des solutions ciblées.

Si une bonne compréhension n'est pas la seule condition de l'adhérence et de l'observance du patient, elle me semble un avantage pour lui : elle lui permet de devenir plus responsable de sa santé grâce à un partage des connaissances avec le médecin pour un diagnostic et des soins mieux compris et acceptés.

Pour l'améliorer, il me semble plus judicieux de se concentrer sur de petites modifications relativement simples à mettre en place qui, si elles sont efficaces, donneront ensuite envie d'accorder plus de temps à la communication qui n'est probablement pas assez valorisée.

D'ailleurs, prendre le temps de cette communication permettrait de répondre à certaines attentes des patients : une plus grande disponibilité du personnel soignant pour favoriser la clarté et la régularité des explications, une plus grande attention apportée aux difficultés rencontrées comme la douleur ou l'anxiété.

Dans le service, cela pourrait se traduire par une formation au teach back pour essayer de l'utiliser plus régulièrement pendant l'hospitalisation, et une attention portée à la simplification du vocabulaire de la lettre de liaison.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. [Internet] [cité 10 mars 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
2. Article L1111-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020890189/2023-08-31/
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'information du patient. 2019 [Internet] [cité 31 août 2023]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>
4. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva : World Health Organization; 2003. 198 p.
5. Kreps GL, Villagran MM, Zhao X, McHorney CA, Ledford C, Weathers M, et al. Development and validation of motivational messages to improve prescription medication adherence for patients with chronic health problems. Patient Educ Couns. 1 juin 2011 ;83(3) :375-81.
6. Azulay R, Valinsky L, Hershkowitz F, Magnezi R. CRC Screening Results : Patient Comprehension and Follow-up. Cancer Control J Moffitt Cancer Cent. Déc 2019 ;26(1).
7. Hulka BS, Cassel JC, Kupper LL, Burdette JA. Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. Am J Public Health. Sept 1976 ;66(9) :847-53.
8. Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, Sunter W, Chrystyn H. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. Br J Clin Pharmacol. Déc 2002 ;54(6) :657-64.
9. Tsilimingras D, Bates DW. Addressing postdischarge adverse events : a neglected area. Jt Comm J Qual Patient Saf. Févr 2008 ;34(2) :85-97.
10. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. [Thèse d'exercice] France : université de médecine de Grenoble, 2014.
11. Health innovation network, what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur : https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf
12. Dubois C, Mebarki L. Étude du niveau de compréhension de la consultation de médecine générale menée auprès de patients des Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. France : université de Picardie Jules Verne ; 2019.
13. Lebreton S. Etude E.C.I.P., évaluation de la compréhension de l'information par le patient. Représentations de la maladie et information [Thèse d'exercice]. France : Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades ; 2003.
14. Mourchid F. Evaluation de l'information des patients aux urgences de Purpan, CHU de Toulouse [Thèse d'exercice]. France : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2004.
15. Sebti Y. Evaluation de la compréhension de l'information médico-chirurgicale par le patient dans un service d'urgence : impact sur sa satisfaction générale [Thèse d'exercice]. France : Université Aix-Marseille II ; 2007.
16. Guerreiro E. Evaluation de la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie des patients d'un service d'accueil des urgences : recherche de facteurs prédictifs [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université du droit et de la santé ; 2011.

17. Penet C. Que reste-t-il de l'information délivrée au patient : Etude retrospective et prospective dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital de Montfermeil [Thèse d'exercice]. France : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2003.
18. Castell JB. Quelle est la compréhension par le patient du diagnostic, du traitement et des consignes dans les suites d'une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais ? [Thèse d'exercice]. France : Université de Tours. UFR de médecine ; 2021.
19. Sommer AE, Golden BP, Peterson J, Knoten CA, O'Hara L, O'Leary KJ. Hospitalized Patients' Knowledge of Care : a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* Déc 2018 ;33(12) :2210-29.
20. Albrecht JS, Gruber-Baldini AL, Hirshon JM, Brown CH, Goldberg R, Rosenberg JH, et al. Hospital discharge instructions : comprehension and compliance among older adults. *J Gen Intern Med.* Nov 2014 ;29(11) :1491-8.
21. Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc.* Août 2005 ;80(8) :991-4.
22. Cumber E, Wald H, Kutner J. Lack of patient knowledge regarding hospital medications. *J Hosp Med.* févr 2010 ;5(2) :83-6.
23. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes : an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 19 juill 2011 ;155(2) :97-107.
24. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, et al. Understanding and execution of discharge instructions. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual.* Oct 2013 ;28(5) :383-91.
25. Moreira L. HEALTH LITERACY FOR PEOPLE-CENTRED CARE., OECD Health Working Paper No. 107, Dec 2018. Disponible sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>
26. Yailian AL, Hyvert S, Vignot E, Subtil F, Paillet C, Chapurlat R, et al. Association entre littératie en santé, adhésion médicamenteuse et connaissances des patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques : résultats principaux de l'étude LINK. *Rev Rhum.* 1 déc 2021 ;88 : A63-4.
27. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest.* Oct 1998 ;114(4) :1008-15.
28. McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS. What did the doctor say ? Health literacy and recall of medical instructions. *Med Care.* avr 2012 ;50(4) :277-82.
29. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health : insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* 16 août 2013 ;13 :319.
30. Menendez ME, van Hoorn BT, Mackert M, Donovan EE, Chen NC, Ring D. Patients With Limited Health Literacy Ask Fewer Questions During Office Visits With Hand Surgeons. *Clin Orthop.* mai 2017 ;475(5) :1291-7.
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Une personne sur dix éprouve des difficultés de compréhension de l'information médicale, Etudes et résultats n°1269, mai 2023, 8p. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/une-personne-sur-dix-eprouve-des-difficultes>
32. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Intern Med.* 14 oct 2013 ;173(18) :1715-22.
33. Glick AF, Farkas JS, Rosenberg RE, Mendelsohn AL, Tomopoulos S, Fierman AH, et al. Accuracy of Parent Perception of Comprehension of Discharge Instructions : Role of Plan Complexity and Health Literacy. *Acad Pediatr.* 2020 ;20(4) :516-23.

34. Claessens YE, Kierzek G, Ray P, Elie C, Perruche F, Thys F, et al. Depression influences the comprehension of patients in the emergency department. *J Eur Urgences*. 1 juin 2009 ;22(2) :38-43.
35. Perruche F. Evaluation de la compréhension, de la satisfaction, et des symptômes d'anxiété et de dépression des patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée et de leurs proches [Thèse d'exercice]. France : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2005.
36. Olson DP, Windish DM. Communication Discrepancies Between Physicians and Hospitalized Patients. *Arch Intern Med*. 9 août 2010 ;170(15) :1302-7.
37. Jacqueminet M. Evaluation des facteurs influençant la compréhension des patients hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) des Services d'Accueil des Urgences (SAU) [Thèse d'exercice]. France : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2008.
38. Voigt-Barbarowicz M, Brütt AL. The Agreement between Patients' and Healthcare Professionals' Assessment of Patients' Health Literacy-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 31 mars 2020 ;17(7) : E2372.
39. Howlett D, Rushforth A, Stevens D. Parents do not always understand things doctors might say to them. *BMJ*. 4 nov 2000 ;321(7269) :1160.
40. Le Roi F, Escourrou B. Connaissances de la population générale concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : université Paul Sabatier ; 2017.
41. Guedon I. Information du patient hospitalisé : évaluation de sa satisfaction vis-à-vis des informations données et de leur compréhension [Thèse d'exercice]. France : Université de Rouen Normandie ; 1981.
42. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med*. 1 janv 1997 ;15(1) :1-7.
43. Berger ZD, Boss EF, Beach MC. Communication behaviors and patient autonomy in hospital care : A qualitative study. *Patient Educ Couns*. Août 2017 ;100(8) :1473-81.
44. Svensberg K, Trapnes E, Nguyen D, Hasan RA, Sund JK, Mathiesen L. Patients' perceptions of medicines information received at hospital discharge in Norway : a qualitative interview study. *Int J Clin Pharm*. févr 2021 ;43(1) :144-53.
45. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations : qualitative study. *BMJ*. 6 mai 2000 ;320(7244) :1246-50.
46. Cazaban H. Ressenti des patients concernant les déterminants de leur compréhension lors d'une hospitalisation à l'Unité de Diagnostic et d'Orientation à St Malo [Thèse d'exercice]. France : Université de Rennes 1 ; 2021.
47. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice : qualitative study. *BMJ*. 19 févr 2000 ;320(7233) :484-8.
48. Regalbuto R, Maurer MS, Chapel D, Mendez J, Shaffer JA. Joint Commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure : is understanding important for preventing readmissions ? *J Card Fail*. sept 2014 ;20(9) :641-9.
49. Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, et al. Are patients discharged with care ? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf*. Déc 2012 ;21 Suppl 1 : 39-49.
50. HAS. Expérience des patients hospitalisés en France : Analyse nationale des commentaires libres du dispositif e-Satis, 30 juin 2022, 82p.
51. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

52. Sustersic M, Gauchet A, Foote A, Bosson JL. How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expect*. 2017 ;20(4) :531-42.
53. Smith HK, Manjaly JG, Yousri T, Upadhyay N, Taylor H, Nicol SG, et al. Informed consent in trauma : Does written information improve patient recall of risks ? A prospective randomised study. *Injury*. 1 sept 2012 ;43(9) :1534-8.
54. brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf [Internet]. [cité 13 octobre 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf
55. Shersher V, Haines TP, Sturgiss L, Weller C, Williams C. Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients : A systematic review and thematic synthesis. *Patient Educ Couns*. 1 janv 2021 ;104(1) :118-29.
56. Rahmani A, Vahedian-Azimi A, Sirati-Nir M, Norouzadeh R, Rozdar H, Sahebkar A. The Effect of the Teach-Back Method on Knowledge, Performance, Readmission, and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Cardiol Res Pract*. 23 nov 2020.
57. Karami Salaheddin Kola M, Jafari H, Charati JY, Shafipour V. Comparing the effects of teach-back method, multimedia and blended training on self-care and social support in patients with heart failure : A randomized clinical trial. *J Educ Health Promot*. 30 juill 2021 ;10 :248.
58. Griffey RT, Shin N, Jones S, Aginam N, Gross M, Kinsella Y, et al. The impact of teach-back on comprehension of discharge instructions and satisfaction among emergency patients with limited health literacy : A randomized, controlled study. *J Commun Healthc*. mars 2015 ;8(1) :10-21.
59. Hesselink G, Sir Ö, Koster N, Tolsma C, Munsterman M, Rikkert MO, et al. Teach-back of discharge instructions in the emergency department : a pre-post pilot evaluation. *Emerg Med J*. 1 févr 2022 ;39(2) :139-46.
60. Joseph G, Lee R, Pasick RJ, Guerra C, Schillinger D, Rubin S. Effective communication in the era of precision medicine : A pilot intervention with low health literacy patients to improve genetic counseling communication. *Eur J Med Genet*. 1 mai 2019 ;62(5) :357-67.
61. Samuels-Kalow M, Hardy E, Rhodes K, Mollen C. « Like a dialogue » : Teach-back in the emergency department. *Patient Educ Couns*. avr 2016;99(4) :549-54.
62. Kemp EC, Floyd MR, McCord-Duncan E, Lang F. Patients prefer the method of « tell back-collaborative inquiry » to assess understanding of medical information. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2008 ;21(1) :24-30.
63. Klingbeil C, Gibson C. The Teach Back Project : A System-wide Evidence Based Practice Implementation. *J Pediatr Nurs*. 1 sept 2018 ;42 :81-5.
64. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy : Perspectives of healthcare providers. *PLoS ONE*. 4 mai 2022 ;17(5) : e0267782.
65. Mahajan M, Hogewoning JA, Zewald JJA, Kerkmeier M, Feitsma M, van Rijssel DA. The impact of teach-back on patient recall and understanding of discharge information in the emergency department: the Emergency Teach-Back (EM-TeBa) study. *Int J Emerg Med*. 24 sept 2020 ;13 :49.
66. Seely KD, Higgs JA, Butts L, Roe JM, Merrill CB, Zapata I, et al. The “teach-back” method improves surgical informed consent and shared decision-making : a proof of concept study. *Patient Saf Surg*. 28 oct 2022 ;16 :33.
67. Claessens YE, Trabattoni E, Eche A, Ben Boutieb M, Hausfater P, Ray P, et al. Une procédure standardisée pour informer les patients d'unité d'hospitalisation de courte durée n'améliore pas leur compréhension. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 déc 2017 ;7(6) :365-74.

68. Flink M, Ekstedt M. Planning for the Discharge, not for Patient Self-Management at Home - An Observational and Interview Study of Hospital Discharge. *Int J Integr Care*. 13 nov 2017 ;17(6) :1.
69. Sergent A, Gaborit C, Pornin A. Evaluation de la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes en sortie d'hospitalisation des services d'accueil des urgences et de médecine du centre hospitalier du Chinonais [Thèse d'exercice]. Tours, France : université de Tours, 2019.
70. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy : applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 1 mars 2016 ;132 :3-12.
71. Home - TeachBackTraining [Internet]. [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: <http://teachbacktraining.org/home>
72. Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol*. juin 1979 ;18(2) :245-55.
73. Silberman J, Tentler A, Ramgopal R, Epstein RM. Recall-Promoting Physician Behaviors in Primary Care. *J Gen Intern Med*. 1 sept 2008 ;23(9) :1487-90.
74. Kessels RPC. Patients' Memory for Medical Information. *J R Soc Med*. 1 mai 2003 ;96(5) :219-22.
75. Chodosh J, Petitti DB, Elliott M, Hays RD, Crooks VC, Reuben DB, et al. Physician recognition of cognitive impairment: evaluating the need for improvement. *J Am Geriatr Soc*. juill 2004 ;52(7) :1051-9.
76. Closing the Loop : Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy, *Arch Intern Med*. 2003 ;163(1) :83-90
77. Menichetti J, Lie HC, Mellblom AV, Brembo EA, Eide H, Gulbrandsen P, et al. Tested communication strategies for providing information to patients in medical consultations : A scoping review and quality assessment of the literature. *Patient Educ Couns*. 1 août 2021 ;104(8) :1891-903.
78. Quagliariello C. Le temps consacré à la communication médecin-patient. *Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé*. *Polit Commun*. 2017 ;9(2):63-88.
79. Lieb S. PRINCIPLES OF ADULT LEARNING, Phoenix, AZ : Vision – South Mountain Community College, Fall 1991
80. Borgsteede SD, Karapinar-Çarkit F, Hoffmann E, Zoer J, van den Bemt PMLA. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. *Patient Educ Couns*. avr 2011 ;83(1) :22-8.
81. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M, et al. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*. 1 avr 2000 ;320(7239) :909-13.
82. brochure_patient_vd_071113.pdf [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/brochure_patient_vd_071113.pdf

Annexes

Annexe 1. Lettre d'information

Madame, Monsieur,

Pour mon travail de thèse de médecine générale, je mène une étude qui s'intéresse à la compréhension des patients pendant leur hospitalisation. Elle s'intéresse à la compréhension du diagnostic, des examens, du suivi. Le but est de déterminer ce qui est moins bien compris, pour essayer ensuite d'améliorer la transmission des informations dans le service.

Pour cela, je souhaiterais échanger avec vous sur ce que vous avez compris de votre passage à l'hôpital. J'aimerais aussi avoir votre avis sur ce qui vous a aidé ou au contraire gêné dans la compréhension des informations qu'on vous a données.

Cet échange prendra la forme d'un entretien téléphonique d'environ 30 minutes, qui aura lieu dans les 15 jours après l'hospitalisation.

Je vous rappellerai après l'hospitalisation pour fixer la date de cet entretien téléphonique.

La participation ou non à ce travail ne change rien à votre prise en charge médicale. Vous avez le droit de ne pas vouloir participer et vous pouvez interrompre l'entretien à n'importe quel moment sans avoir besoin de vous justifier.

Vous répondez ce que vous voulez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous avez le droit de dire que vous ne savez pas ou que vous ne voulez pas répondre. Vous pouvez bien sûr poser des questions.

Cet entretien ne sera pas enregistré. Je rentrerai directement vos réponses sur le logiciel et votre nom sera remplacé par un numéro.

Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, votre date de naissance, le nom de personnes citées : médecins, infirmières, ...) seront rendues anonymes.

Votre entretien ne pourra pas être supprimé par la suite puisque je ne pourrai plus le retrouver parmi les entretiens des autres patients comme les questionnaires sont anonymes.

Si cela vous intéresse, je peux vous envoyer les résultats de l'étude, vous pouvez m'envoyer un mail à cette adresse pour les demander : hannahmaugue@gmail.com

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Hannah Maugué

Médecin généraliste remplaçante

hannahmaugue@gmail.com

Annexe 2. Questionnaire

PREMIÈRE PARTIE – COMPRÉHENSION

1/ DIAGNOSTIC (oui/non)

Vous avez été hospitalisé à l'hôpital de Saint-Nazaire dans le mois précédent cet entretien, pouvez-vous me dire pourquoi/ce qui vous es arrivé ?

Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris ?

Quel a été le diagnostic retenu ?

2/ TRAITEMENT ET BUT DU TRAITEMENT (oui/non)

Est-ce qu'on vous a prescrit des nouveaux médicaments à la sortie ?

Si oui à quoi servent-ils ?

3/ SUIVI-CONSIGNES DE SORTIE (oui/non)

Avez-vous des examens à réaliser/faire/passé (comme des prises de sang ou des radiologies) ? Pour quoi ?

Avez-vous des rendez-vous prévus ?

Et selon pathologie :

Savez-vous si vous avez des symptômes qui doivent vous faire voir un médecin ?

Si oui lesquels ?

Avez-vous eu des consignes particulières pour le retour à la maison ?

DEUXIÈME PARTIE – DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Âge

- Genre (femme/homme/autre)

- Situation familiale (célibataire, marié(e)/en couple, veuf(ve))

- Profession actuelle ou passée

- Niveau d'étude (pas de diplôme, brevet, bac, licence, master ou plus)

- Enfants (oui/non)

TROISIÈME PARTIE - COMMENTAIRES

1/ BESOIN DE COMPREHENSION

Qu'est-ce qu'il est important pour vous de savoir en quittant l'hôpital ? Qu'est-ce qui vous parait important ?

Y a-t-il des choses que vous auriez voulu savoir ? Qu'est-ce que vous attendiez comme informations ?

Ou au contraire des choses que vous ne voulez pas savoir ?

2/ DETERMINANTS DE LA COMPREHENSION

Qu'est-ce qui, à votre avis, vous a aidé à comprendre ce qui s'est passé pendant votre hospitalisation ?

Et au contraire, qu'est-ce qui a gêné votre compréhension ?

3/ AMELIORATION POSSIBLE

De quoi auriez-vous eu besoin pour comprendre mieux ?

4/ AVIS SUR LA LETTRE DE LIAISON

Le courrier remis avant la sortie vous a-t-il été utile ?

Si oui ou non, pourquoi ?

5/ AVIS SUR L'INTERVENTION

Est-ce que ça vous a paru utile de pouvoir réfléchir à vos questions avant la sortie ?

Cela vous a-t-il paru utile de répéter les informations avec le médecin ?

Si oui ou non, pourquoi ?

6/ OUVERTURE

Y a-t-il une question que vous auriez aimé que je vous pose ?

NOM : MAUGUE

PRENOM : Hannah

Titre de Thèse : Améliorer la compréhension des patients en sortie d'hospitalisation : étude autour de la lettre de liaison dans un service de médecine polyvalente

RESUME

Contexte : Une bonne compréhension améliore l'adhérence et l'observance médicamenteuse, et permet au patient d'être plus actif dans la prise en charge de sa santé. Cette compréhension est relativement mauvaise en sortie d'hospitalisation.

Nous avons voulu tester l'hypothèse selon laquelle une prise de connaissance de la lettre de liaison au moins 1h avant l'entretien de sortie, associée à l'utilisation par le médecin de la méthode Teach back lors de l'entretien, permettrait aux patients de mieux comprendre leur hospitalisation. Cette intervention a été testée en comparaison avec un groupe témoin avec les pratiques habituelles du service, c'est-à-dire avec la remise de la lettre de liaison au moment de la sortie par le médecin.

Méthode : 102 patients du service de médecine polyvalente de l'hôpital de Saint Nazaire ont été interrogés et leur compréhension globale du diagnostic, du traitement et des consignes de suivi a été évaluée à l'aide d'un questionnaire passé par téléphone 15 jours après la sortie.

Leurs avis sur les déterminants de leur compréhension, sur la lettre de liaison et sur leurs attentes quant à ce qui pourrait être amélioré ont également été recueillis.

Résultats : La compréhension n'a pas été améliorée dans le groupe intervention, avec 66% de patients ayant compris contre 63,5% dans le groupe contrôle.

Il y a une plus grande proportion de patients ayant lu la lettre de liaison dans le groupe de patients qui ont tout compris que dans le groupe avec une compréhension partielle (81% contre 55%). Cette différence est significative ($p=0,005$).

Les attentes principales des patients en vue d'améliorer la compréhension étaient : plus d'informations plus régulièrement, une plus grande disponibilité du personnel, plus d'écoute.

Parmi les 36 patients n'ayant pas compris, 16 déclaraient avoir bien compris et ne pas avoir besoin de plus d'informations. 5 patients ont rapporté des désaccords avec l'équipe.

Conclusion : Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence d'efficacité en donnant la lettre de liaison à l'avance et en utilisant la méthode du Teach back pendant l'entretien de sortie. Cependant, nous avons constaté que la compréhension dans le service est globalement bonne et que la lettre de liaison semble être un outil utile à la compréhension, mais qu'on pourrait encore simplifier en adaptant le vocabulaire au patient. La part importante de patients pensant avoir compris, alors que ce n'était pas le cas, suggère qu'il faut vérifier leur compréhension. Cela pourrait être intéressant de tester l'efficacité du teach back de façon répétée pendant l'hospitalisation.

MOTS-CLES

COMPREHENSION DES PATIENTS, LETTRE DE LIAISON, SORTIE D'HOSPITALISATION, TEACH BACK, COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT