

Année 2018/2019

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Adélaïde SERGENT**

Née le 29 Août 1988 à Orléans (45)

---

#### TITRE

ÉVALUATION 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 CHINONNAIS.

---

Présentée et soutenue publiquement le **27 juin 2019** devant un jury composé de :

**Président du Jury** : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, Faculté de  
Médecine – Tours

**Membres du Jury** :

Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL, Gastro-entérologie, Professeur Emérite,  
Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté  
de Médecine – Tours

**Directeurs de thèse : Docteur Claire GABORIT, Médecine Générale, PH, CH – Chinon**  
**Docteur Antoine PORNIN, Médecine d'Urgence, PH, CH – Chinon**

UNIVERSITE DE TOURS

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Hubert LARDY, Moyens – Relations avec l'Université

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue

Pr Patrick VOURC'H, Recherche

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Christian BONNARD

Pr Philippe BOUGNOUX

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Lo c DE LA LANDE DE CALAN

Pr Alain GOUDEAU

Pr No l HUTEN

Pr Olivier LE FLOCH

Pr Yvon LEBRANCHU

Pr Elisabeth LECA

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Alain ROBIER

Pr Elie SALIBA

## PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian ..... Biochimie et biologie moléculaire  
ANGOULVANT Denis ..... Cardiologie  
AUPART Michel ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BABUTY Dominique ..... Cardiologie  
BALLON Nicolas ..... Psychiatrie ; addictologie  
BARILLOT Isabelle ..... Cancérologie ; radiothérapie  
BARON Christophe ..... Immunologie  
BEJAN-ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie clinique  
BERNARD Anne ..... Cardiologie  
BERNARD Louis ..... Maladies infectieuses et maladies tropicales  
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..... Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire  
BODY Gilles ..... Gynécologie et obstétrique  
BONNET-BRILHAULT Frédérique ..... Physiologie  
BRILHAULT Jean ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BRUNEREAU Laurent ..... Radiologie et imagerie médicale  
BRUYERE Franck ..... Urologie  
BUCHLER Matthias ..... Néphrologie  
CALAIS Gilles ..... Cancérologie, radiothérapie  
CAMUS Vincent ..... Psychiatrie d'adultes  
CHANDENIER Jacques ..... Parasitologie, mycologie  
COLOMBAT Philippe ..... Hématologie, transfusion  
CORCIA Philippe ..... Neurologie  
COTTIER Jean-Philippe ..... Radiologie et imagerie médicale  
DE TOFFOL Bertrand ..... Neurologie  
DEQUIN Pierre-François ..... Thérapeutique  
DESOUBEAUX Guillaume ..... Parasitologie et mycologie  
DESTRIEUX Christophe ..... Anatomie  
DIOT Patrice ..... Pneumologie  
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..... Anatomie & cytologie pathologiques  
DUCLUZEAU Pierre-Henri ..... Endocrinologie, diabétologie, et nutrition  
DUMONT Pascal ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
EL HAGE Wissam ..... Psychiatrie adultes  
EHRMANN Stephan ..... Réanimation  
FAUCHIER Laurent ..... Cardiologie  
FAVARD Luc ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique  
FOUGERE Bertrand ..... Gériatrie  
FOUQUET Bernard ..... Médecine physique et de réadaptation  
FRANCOIS Patrick ..... Neurochirurgie  
FROMONT-HANKARD Gaëlle ..... Anatomie & cytologie pathologiques  
GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
GOGA Dominique ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
GOUPILLE Philippe ..... Rhumatologie  
GRUEL Yves ..... Hématologie, transfusion  
GUERIF Fabrice ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques

GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

### PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David ..... Physiologie  
BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive  
BERHOUEZ Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BERTRAND Philippe ..... Biostat., informatique médicale et technologies de communication  
BRUNAUPT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médicale et technologies de communication  
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie  
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire  
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
GATAULT Philippe ..... Néphrologie  
GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie  
GUILLON Antoine ..... Réanimation  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HOARAU Cyrille ..... Immunologie  
IVANES Fabrice ..... Physiologie  
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique  
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire  
REROLLE Camille ..... Médecine légale  
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire  
SAUTENET Bénédicte ..... Néphrologie  
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences  
BOREL Stéphanie ..... Orthophonie  
DIBAO-DINA Clarisse ..... Médecine Générale  
MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage - orthophonie  
PATIENT Romuald ..... Biologie cellulaire  
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe ..... Médecine Générale  
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

## **CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA**

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

### **Pour l'Ecole d'Orthophonie**

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle .....	Orthophoniste

### **Pour l'Ecole d'Orthoptie**

LALA Emmanuelle .....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel .....	Praticien Hospitalier

### **Pour l'Ethique Médicale**

BIRMELE Béatrice .....	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et  
n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira  
pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes  
Maîtres, je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur  
estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert  
d'opprobre et méprisé de  
mes confrères si j'y  
manque.

## REMERCIEMENTS

**A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Lebeau.** Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants, pour nous apporter une formation de qualité. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Dorval.** Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

**A Monsieur le Professeur Rusch.** Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

**A ma Directrice de Thèse, Madame le Docteur Claire GABORIT.** Je te remercie de m'avoir proposé ce travail et d'avoir accepté de me soutenir et de m'accompagner malgré le fait que nous n'ayons jamais travaillé ensemble. Je te remercie pour ta confiance, ta gentillesse, ta patience et tes conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec toi. Reçois ma sincère gratitude.

**A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Antoine PORNIN.** Je te remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail avec Claire. Je te remercie de ton investissement, ta disponibilité et de tes lumières.

**A Monsieur Olivier LAUZE,** pour votre formation à la recherche bibliographique et votre investissement auprès des étudiants.

**A mes maîtres de stages, Dr Barrault, Dr Ben Romdhane, Dr Bediou, Dr Ellé, Dr Ferragu, Dr Archambault, Dr Cherki, Dr Ebrahim, Dr Lacroix, Dr Leclerc, Dr Guérin, Dr Passerieux, Dr Nabli, Dr Chaumont, Dr Drahi, Dr Renault, Dr Vannier,** pour m'avoir formée, donné le goût de la médecine générale et m'avoir fait confiance.

**A toutes les équipes paramédicales :**

- **Alice, Amandine, Filipa, Gwen, Lucie, Marion, Séverine, Sonia, Sofia,** mes drôles de dames du service de médecine interne du CHRO, pour m'avoir donné et fait confiance alors que je n'étais qu'un piou-piou et de m'avoir confié bien plus que vos patients ;

- **Aurélia, Aurélie, Eloïse, Emilie, Ida, Isabelle, Jennifer, Maria, Valérie et Virginie du CHAM,** pour m'avoir entourée et soutenue pendant 6 mois ;

- **Angélique, Anne-Sophie, Arthur, Audrey, Caroline, Coralie, Elodie, Emilie, Hélène, Irène, Jamila, Julien, Juline, Manon, Marc, Marianne, Marion, Maud, Morgan, Quentin, Roxane, Sonia, Séverine, Thomas, Teddy, Virginie,** la fine équipe des urgences du CHRO, pour votre enthousiasme au travail comme aux soirées internes ;

- **Brigitte, Isabelle, Marie-France et Morgiane** du centre antidouleur, pour avoir été si prévenantes avec moi. Merci pour votre accueil, pour vos conseils et votre confiance, vous m'avez donné la chance de travailler chaque jour dans la bonne humeur et d'apprécier le travail en équipe.

A **Sylvie et Corinne**, pour me confier votre patientèle depuis plus de deux ans maintenant. Merci pour votre confiance.

#### A mes co-internes :

- **Annabelle**, ma comparse de la 1<sup>ère</sup> heure, pour ton assurance et ton aplomb, ton soutien, nos confidences dans notre 9 m<sup>2</sup>, ta capacité à être paratonnerre, les sushis mais surtout pour ton amitié fidèle.
- **Alice, Audrey, Camille, Marie et Marjorie**, la team de choc des urgences, pour ce semestre de folie. Merci de m'avoir fait survivre à mon pire cauchemar grâce à votre bonne humeur et notre équipe soudée.
- A tous ceux avec qui j'ai travaillé de près ou de loin et qui ont rendu l'internat plus agréable : **Alexandre, Anne-Sophie, Cédro, Chloé, Charles, Emeline, Fanny, Maëlle, Maëva, Marion, Marjolaine, Marwan, Pierre, Rémy, Wajma**.

#### A mes belles rencontres durant ces années :

- **Judith**, ma copine. Pour ton amitié, ta sincérité et ta confiance, nos confidences, nos discussions interminables entrecoupées de tes petits sommes (post-garde oblige !), les apéricubes au pesto, nos journées shopping, nos virées chez Lili, nos essais artistiques et toutes celles et ceux à venir. Merci aussi pour ton pragmatisme et tes conseils pour cette dernière épreuve. Merci d'être toi et d'être toujours là.
- **Tristan**, pour ta disponibilité, pour ton aide précieuse pour ce travail et tes conseils d'urologue mais surtout pour ta bonne humeur communicative, tes talents de comédien, ta franchise, les barbecues et les week-ends pittoresques. Merci à vous deux pour notre quatuor de choc.
- **Mathilde**, notre rayon de soleil. Merci pour ton sourire à toute épreuve, ton accent chantant, ton dynamisme, ton ouverture d'esprit, tes envies de voyage et ton naturel.
- **Pierre et Laura**. On est toujours si bien reçus, mais surtout... Merci pour votre gentillesse, votre simplicité et votre authenticité.
- **Ben et Marjo**, pour ces semestres fous à Orléans, pour votre amour de la vie et de la bonne bouffe, pour votre affection et votre grain de folie.
- **Thibault et Julie**, pour votre douceur et votre sens de l'humour.
- **Camille**, pour nos sessions footing-pipelettes, me laissant espérer retrouver un corps de rêve tout en se racontant les derniers potins.

## *A mes fidèles compagnons de galère depuis la P2 :*

- **Aurore**, la belle. Pour cette année au tutorat, début d'une amitié grandissante jusqu'à maintenant. Merci pour la « brigade du style », pour les conseils beauté, pour les soirées endiablées et d'avoir été à mes côtés pendant cette fameuse et difficile D4. Mais aussi, d'avoir été mon binôme d'internat. Tu as été une co-interne et une amie en or, complice, prévenante et attentionnée pendant ce dernier stage si particulier. Sans oublier nos mercredis de rempla qui n'auraient pas été les mêmes sans toi.
- **Alexia**, pour ta simplicité, ton goût pour les activités extra-médicales, tes talents de traiteur et artistiques. Merci de m'avoir initiée aux joies du DIY et pour nos après-midi papote et popote.
- **Batou**, pour ton humour et toutes ces médailles et awards que tu aurais pu attribuer depuis la P1. Je n'oublierai pas pour autant ce matin de trahison ultime après un de mes élans de générosité !
- **Berru**, notre chasseur préféré. Pour avoir mis l'ambiance jusqu'à minuit à toutes nos soirées grâce à tes talents de chanteur et tous tes jeux fantaisistes. Merci pour les week-ends solognots, le ball-trap, les tours de moto et les bonnes bouffes.
- **Clarisse**, pour ta douceur et ta sensibilité, pour les soirées crêpes et pour m'avoir soutenue et ouvert ta porte ce seul soir où le punch de Batou a eu raison de moi. Merci pour toutes les soirées que tu as organisées et pour les week-ends à la mer pour se ressourcer entre copains.
- **Corcky et Justine**, les amoureux. Toujours le mot pour faire rire ou donner le sourire. Merci pour votre gentillesse, c'est toujours un plaisir de vous retrouver.
- **Dudul**, pour ton humour décalé, tes idées farfelues, tes qualités de dessinateur et les soirées ciné/sport. Merci pour ton hospitalité, pour tous ces moments de convivialité autour de ta fameuse et indétrônable soupe aux cèpes et pour tous ces instants partagés depuis la fin de l'externat. Et enfin, pour toutes vos attentions pour Léandre.
- **Flush**, l'insaisissable. Merci pour ton originalité, pour tes talents de cuisinier et de barman, pour toutes ces soirées de fiesta et ces week-ends OSL 117 dont toi seul as le secret. Tu as aussi été un binôme de choc pour Jérémy pendant mon absence en D4. Et surtout, merci d'avoir accepté d'endosser, en témoignage de notre amitié, le rôle de parrain pour notre fils.
- **Isma**, pour toutes ces fois où tu nous as fait rire malgré toi, par ta naïveté attendrissante, ton honnêteté et tes retards tellement prévisibles, mais plus que tout merci pour ta gentillesse et ton affection indéfectible.
- **Laura**, qui l'aurait cru depuis les Enfants de Neptune ?! Merci pour ton amitié fidèle, ta franchise inconditionnelle et ton côté « bo-bo écolo », c'est pour ça qu'on t'aime. Et évidemment, merci de m'avoir hébergée ces quelques nuits qui ont probablement changé ma vie !
- **Lak**, pour ton amitié. Merci pour ton oreille attentive et tes conseils objectifs. Merci pour ces heures passées au téléphone pour débriefer thèse et me rassurer. L'internat nous aura éloignés géographiquement mais aura resserré nos liens. Merci d'être toujours présents pour nous et pour Léandre.
- **Loulou**, pour ton authenticité. Pour ta gentillesse, ton sens de la fête et pour m'avoir accordé ta confiance. Merci pour les soirées retrouvailles à la cave qui rassemblent tous les copains. Merci à Vanessa de te rendre heureux et merci à vous deux de votre disponibilité et gentillesse envers Léandre.

- **Lolo**, notre idole du water-polo. Merci pour ta simplicité et de nous avoir rassemblés dans les tribunes pour te soutenir dans la victoire et la défaite (souvent).
- **Lulu**, la naturelle. Avec toi on ne triche pas, les choses sont dites et vécues comme elles le doivent. Merci de ton amitié sans détour et de ta fidélité depuis nos premières heures en médecine.
- **Marie**, depuis le Hameau St Michel, puis le tutorat jusqu'à l'internat, tu n'es jamais très loin même dans ta Sologne. Merci pour la simplicité de notre relation et ta douceur.
- **Marion**, notre emblématique présidente mais surtout ma copine. J'admire ton charisme et ton agilité d'esprit tout en humilité. Je suis heureuse de te compter parmi mes amies bien que nos aspirations de vie puissent être différentes.
- **Noémie**, pour ton aide précieuse pendant ce travail, pour tes lumières quand je croulais sous les stats, mais surtout pour tous nos moments d'amitié, les journées relecture quand tu n'avais plus d'électricité, nos après-midi shopping et nos après-midi canapés avec nos gros bidons puis nos bébés et ton goût partagé pour les gros gouters. Merci à Sylvain pour nos soirées entre filles, les liégeois et les soirées à la cave.
- **Poupou, Candice et Julie**.

Merci à vous tous pour les sessions ski, pour les journées à la cafet' et les soirées Tarot (et plus si affinités), les chansons et les déguisements les plus fous, les soirées médecines suivies du fameux ménage, les réunions corpo, le bureau du tutorat overbooké, et tout ce que j'oublie de raconter et qui a rendu ces années de dur labeur un peu plus douces !

**A Marion**, ma poule. Présente dans ma vie depuis le début de ce projet (fou) commun de devenir médecin, pendant toutes ces années et jusqu'à maintenant. Merci pour ton amitié, tes conseils d'ainée, ton enthousiasme et ta gaieté, ta franchise, ta confiance et tous ces moments d'amitié trop nombreux pour les citer. Merci d'être toujours là.

**A mes amies, Marthe et Marion**. Ma bulle en dehors du monde médical. Merci d'être là depuis tant d'années, merci pour votre amitié précieuse, nos conversations infinies, votre franc-parler, vos conseils avisés, les restos épiques et pour votre compréhension.

**Marthe**, pour m'avoir guidée depuis notre rencontre aux scouts et guides de France. Merci de m'avoir donné confiance et pour tous ces moments partagés au sein de ce mouvement cher à notre cœur!

**Marion**, merci d'être une marraine tendre et attentionnée pour Léandre.

Merci à vos chéris **Fabien et Aurélien** de nous supporter, mais aussi pour les week-ends venteux en Normandie, et à vos enfants **Jade, Lola et Gabin** pour leur joie de vivre.

**A Lola**, ma filleule d'amour, pour ton sourire espiègle, tes yeux pétillants, ton « Tata Adèle » à me faire fondre et merci à tes parents de m'accorder leur confiance.

**A Marie, Camille et Aude**, malgré le temps et la distance, merci pour ces moments passés et votre amitié de longue date.

**A la famille Chancel**, merci de nous accompagner avec bienveillance depuis les P'tits Mouflets.

**A la famille Clozier**, pour votre spiritualité, votre sens de l'humour et vos jeux de mots, pour votre joie de vivre malgré les aléas. Vous m'avez accordé votre confiance alors que je n'étais qu'une ado et puis vous nous avez fait entrer dans votre foyer en forgeant ce lien si particulier qui nous font maintenant passer des Noëls comme en famille.

**A ma belle-famille**, pour m'avoir accueillie et fait une place dans votre vie. Merci d'être des grands-parents et oncles et tantes attentionnés pour Léandre et Anatole.

**A Claire**, ma marraine. Mille mercis pour ces vacances de rêve au sein de votre famille tous les étés depuis mon plus jeune âge, pour ton amour et cette complicité que tu m'as offerts sans retenue, pour ton sourire communicatif et ton affection. Merci à vous tous avec Bertrand, Adri, Palo et Noé, de m'avoir offert une deuxième famille.

**A ma famille, mes oncles et tantes et mes cousins**, pour tous les Noëls, les vacances, les Poppy's, les nuits au grenier, les poulets-voleurs, le couscous et tout le reste... Merci à mes grands-parents de m'avoir permis de grandir dans une famille aimante et unie. Pensées pour Mamylène et Papi Jacques.

**A mes parents**. Merci pour vos heures de révision, de relecture et de correction depuis le début de ma scolarité jusqu'à cette épreuve ultime. Vous êtes toujours présents et disponibles pour nous. Mais surtout, je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour, votre soutien indéfectible et de ne m'avoir jamais laissée douter de moi. Merci de m'avoir offert deux sœurs et d'avoir su faire de nous un trio complice et uni. Et merci d'être des grands-parents en or. Je vous aime.

**A mes sœurs chéries**. Pour toutes ces années merveilleuses passées à vos côtés, pour notre complicité et votre oreille attentive. Vous avez cette tendance à croire que je suis la meilleure, en toute « objectivité », merci pour la confiance aveugle que vous m'accordez. Mais surtout, merci pour votre amour débordant (qu'on se le dise !) et en toutes circonstances ! Merci à vous mes beaux-frères, **Benjamin et Jean**, d'avoir pris le relais maintenant, de les supporter au quotidien et de les rendre heureuses chaque jour. Vous êtes des oncles et tantes qui déchirent !

**A Jérémy**. Tu es mon pilier depuis le début de cette aventure. Merci d'être mon binôme depuis toutes ces années et d'être là au quotidien, dans les bons comme dans les moins bons moments. Tu as su me donner ta force et ton optimisme dans les moments de doute et être un parfait complice dans les moments de joie et de fête. Merci de m'avoir offert de devenir maman de nos merveilles et d'être un papa formidable. Je t'aime.

**A Léandre et Anatole**, mes amours. Merci à toi, Anatole, d'avoir attendu jusqu'au bout pour pointer ton nez pour que je puisse finir ce travail, et à Léandre d'avoir accepté d'avoir une maman moins disponible ces derniers mois. Vous êtes les soleils de ma vie et ma plus belle réussite.

## RÉSUMÉ

Introduction : Dans une optique d'évaluation des pratiques professionnelles pour la certification qualité du Centre Hospitalier du Chinonais, l'objectif de cette étude est d'évaluer la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes en sortie d'hospitalisation de deux services (Accueil des Urgences et Médecine).

Matériel et Méthodes : Etude prospective, monocentrique, non randomisée réalisée du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019 au Centre Hospitalier du Chinonais incluant 100 patients sortants au domicile. Nous avons évalué la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie en comparant les réponses du patient à celles de son dossier médical informatisé pour déterminer le taux de compréhension.

Résultats : Quatre-vingt-deux pourcents des patients disaient avoir compris leur diagnostic mais seuls 53 (55,8%) l'avait réellement compris. Il existait une différence significative entre la compréhension subjective et réelle du patient ( $p < 0,001$ ). Soixante-quatre pourcents des patients savaient correctement que leur traitement initial avait été modifié mais seuls 74,2% avaient compris le but de leur nouveau traitement. Les modalités de prise du traitement n'avaient été expliquées qu'à 56,1% des patients et les effets secondaires à 7,6%. Enfin, 69,2% des patients connaissaient de façon correcte leurs consignes de sortie.

Conclusion : Ces résultats montrent qu'il existe un défaut de compréhension dans les 3 items principaux de la prise en charge hospitalière. Il semble légitime de repenser la façon de délivrer les informations au patient et de s'assurer de leur bonne compréhension pour optimiser la prise en charge du patient.

## ABSTRACT

Introduction: In the context of the ongoing evaluating professional practices for quality certification in hospitals, this study aims to assess the understanding of the diagnosis, treatment and discharge instructions of two services of the Chinon Hospital Centre (Emergency Department and Medicine).

Materials and Methods: Prospective, monocentric, non-randomized study conducted from October 1, 2018 to February 28, 2019 at the Chinon Hospital Center including 100 patients discharged. We assessed the understanding of diagnosis, treatment and discharge instructions by comparing the patient's responses to those in his or her computerized medical record to determine the level of understanding.

Results: Eighty-two percent of patients said they understood their diagnosis but only 53 (55.8%) actually understood it. There was a significant difference between the patient's subjective and real understanding ( $p < 0.001$ ). 64% of patients correctly knew that their initial medication had been modified but only 74.2% understood the purpose of their new treatment. How to take the medication was explained only to 56.1% of patients and 7.6% received information on the side effects. Finally, 69.2% of patients had accurate knowledge of their discharge instructions.

Conclusion: These results show that there is a lack of understanding in the 3 main items of hospital management. It seems legitimate to rethink the way information is delivered to the patient and to ensure that it is well understood in order to optimize patient care.

## ABRÉVIATIONS

Bac : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles

CH : Centre Hospitalier

CHC : Centre Hospitalier du Chinonais

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

H/F : Homme/Femme

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

n : nombre

RAD : Retour A Domicile

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

## Table des matières

INTRODUCTION .....	18
MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	20
A. Période et lieu d'étude .....	20
B. Population d'étude .....	20
1. Critères d'inclusion .....	20
2. Critères d'exclusion .....	20
C. Le questionnaire .....	21
D. Recueil des données .....	22
E. Cadre éthique .....	22
F. Statistiques et analyse des données .....	23
RESULTATS .....	24
A. Description des données .....	24
1. Caractéristiques de la population d'étude (n=100) .....	24
2. Evaluation de la compréhension du diagnostic .....	26
3. Evaluation de la compréhension du traitement de sortie .....	27
4. Evaluation de la compréhension des consignes de sortie .....	29
5. Questions et identification de l'interlocuteur .....	29
B. Analyse des données selon les caractéristiques de la population .....	30
1. Service d'hospitalisation .....	30
2. Connaissance de l'interlocuteur principal .....	35
3. Patients ayant posé des questions .....	39
DISCUSSION .....	43
A. Discussion des résultats .....	43
1. Diagnostic .....	43
2. Traitement de sortie .....	44
3. Consignes de sortie .....	45
4. Questions et identification de l'interlocuteur .....	45
B. Faiblesses et forces de l'étude .....	46
C. Perspectives .....	47
CONCLUSION .....	49
BIBLIOGRAPHIE .....	50
ANNEXES .....	52

## Liste des tableaux, figures et annexes

### TABLEAUX

Tableau 1 . Caractéristiques de la population d'étude .....	25
Tableau 2 : Avis des patients sur la compréhension de leur diagnostic .....	26
Tableau 3 : Compréhension objective du diagnostic.....	26
Tableau 4 : Compréhension du traitement médicamenteux dans la population d'étude .....	59
Tableau 5 : Compréhension des consignes de sortie dans la population d'étude .....	60
Tableau 6 : Caractéristiques des populations des services de Médecine et du SAU .....	30
Tableau 7 : Compréhension du diagnostic par les populations des 2 services.....	31
Tableau 8 : Comparaison des compréhensions réelles au sein des 2 services .....	31
Tableau 9 : Compréhension du traitement médicamenteux des populations des 2 services .....	33
Tableau 10 : Compréhension des consignes de sortie par les populations des 2 services .....	34
Tableau 11 : Caractéristiques des populations selon la connaissance de l'interlocuteur .....	35
Tableau 12 : Compréhension du diagnostic selon la connaissance de l'interlocuteur .....	36
Tableau 13 : Compréhension du traitement de sortie selon la connaissance de l'interlocuteur ..	37
Tableau 14 : Compréhension des consignes de sortie selon la connaissance de l'interlocuteur ...	38
Tableau 15 : Caractéristiques des populations selon si le patient a posé des questions.....	39
Tableau 16 : Compréhension du diagnostic selon si le patient a posé des questions.....	40
Tableau 17 : Compréhension du traitement de sortie selon si le patient a posé des questions....	41
Tableau 18 : Compréhension des consignes de sortie selon si le patient a posé des questions .....	42

### FIGURES

Figure 1 : Compréhension du diagnostic.....	26
Figure 2 : Connaissance de la modification du traitement .....	27
Figure 3 : Connaissance du nouveau traitement .....	28
Figure 4 : Connaissance des consignes de sortie.....	29

### ANNEXES

Annexe 1 : HAS Recommandations de bonne pratique, Mai 2012.....	52
Annexe 2 : Article 34 du Code de Déontologie Médicale .....	53
Annexe 3 : Article 35 du Code de Déontologie Médicale .....	54
Annexe 4 : Charte du patient hospitalisé du CHC .....	55
Annexe 5 : Questionnaire d'étude.....	56
Annexe 6 : Information aux professionnels.....	58
Annexe 7 : Information aux patients .....	58
Annexe 8 : Compréhension du traitement médicamenteux.....	59
Annexe 9 : Compréhension des consignes de sortie .....	60
Annexe 10 : Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.....	60
Annexe 11 : Cotation pratique du spécialiste en Médecine Générale, MG France .....	61

## INTRODUCTION

L'information au patient est un élément essentiel de l'échange médecin-patient lors d'une hospitalisation. Elle conditionne la satisfaction du patient, sa possibilité à faire des choix éclairés concernant sa santé mais aussi l'observance et les risques iatrogéniques (1,2).

La compréhension d'informations est conditionnée par de multiples facteurs lors de la transmission interindividuelle. De façon scientifique, on définit la transmission d'une information selon un schéma simple : une source, un message, un canal et un récepteur (3). Dans le contexte médical, selon ce schéma et d'après la littérature, elle est déterminée par :

- La source : le médecin (ses compétences communicationnelles innées et acquises, son expérience et son état psychologique).
  - Le message : l'information (sa nature, son contenu, sa clarté et sa durée).
  - Le canal : le contexte (le moment et le lieu où l'information est délivrée).
  - Le récepteur : le patient (ses caractéristiques individuelles, ses connaissances, son état cognitif, sa disponibilité émotionnelle et psychologique, sa culture et ses croyances).
- (4)

Selon le cadre législatif, en tant que soignant, nous avons une obligation morale et juridique de délivrer une information loyale, claire et appropriée au patient, ainsi que de s'assurer de sa bonne compréhension.

L'ensemble de ces critères est encadré par les différentes autorités de santé comme la Haute Autorité de Santé (HAS) (*Annexe 1*) et les articles 34 et 35 du code de déontologie médicale (*Annexes 2 et 3*), ainsi que la charte du patient hospitalisé des Centres Hospitaliers (CH) (*Annexe 4*).

Pourtant, Chappuy et al, rapporte que les patients adultes ne comprennent pas entièrement l'information qu'ils reçoivent au cours des soins (2).

Une autre étude à grande échelle (méta-analyse sur 69147 admissions) décrit que 5% des admissions hospitalières étaient liées à des accidents médicamenteux en particulier du fait d'un mésusage (5).

Tous les établissements de santé doivent s'attacher à délivrer une information de qualité. Il s'agit d'un critère évalué lors des procédures de certification (6). Dans ce contexte, le Centre Hospitalier du Chinonais (CHC) a réalisé un premier Audit, en juillet 2017, concernant

l'information délivrée au patient sur le médicament. Cet Audit consistait en un questionnaire rempli par le patient seul. Il ressortait qu'en moyenne 76% des patients se sentaient suffisamment informés.

Pourtant, selon la littérature, il apparaît que la plupart des patients surestiment leur compréhension par rapport à l'état de leurs connaissances (7).

Dans la démarche qualité des soins de l'établissement et l'amélioration de nos pratiques professionnelles, il nous a paru pertinent d'évaluer de façon objective la bonne compréhension des informations concernant les grands items de l'hospitalisation, délivrées au patient au sein de deux services du CHC (Service d'Accueil des Urgences et Médecine).

L'objectif de notre étude est d'évaluer la compréhension du diagnostic, de l'ordonnance et des consignes de sortie des patients du service de Médecine et du Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier du Chinonais.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### **A. Période et lieu d'étude**

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive, monocentrique non randomisée incluant les patients sortant des services d'Urgence et de Médecine du Centre Hospitalier du Chinonais du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019.

### **B. Population d'étude**

Les patients sortants d'hospitalisation de Médecine et du Service d'accueil des Urgences ont été inclus après avoir été informés et avoir donné leur accord oral.

#### **1. Critères d'inclusion**

Nous avons retenu dans notre étude les patients présentant les caractéristiques suivantes :

- Mineurs accompagnés,
- Patients majeurs communicants ou accompagnés si non communicants,
- Maîtrise de la langue française ou accompagnement par un interprète,
- Hospitalisation dans le service de Médecine,
- Hospitalisation au SAU et sortie moins de 24 heures après leur admission.

#### **2. Critères d'exclusion**

Nous avons exclu de l'étude les patients présentant les caractéristiques suivantes :

- Refus de participer,
- Transfert vers un établissement de soins (SSR, EHPAD),
- Patients sortants au domicile avec Hospitalisation à Domicile (HAD),
- Patients non communicants ou ne maîtrisant pas la langue française et non accompagnés,
- Patients hospitalisés depuis plus de 24h au SAU.

### C. Le questionnaire

Nous avons réalisé le questionnaire sur informatique, sous forme de tableau, puis l'avons imprimé sur papier pour servir de support à l'entretien. (*Annexe 5*)

Le questionnaire était divisé en cinq parties :

- La première partie portait sur les caractéristiques socio-professionnelles du patient :
  - Service d'hospitalisation
  - Sexe
  - Situation familiale
  - Catégorie socio-professionnelle
  - Niveau d'étude
  - Âge
- La deuxième partie portait sur la compréhension du diagnostic.
- La troisième partie portait sur la compréhension du traitement médicamenteux :
  - Connaissance du traitement médicamenteux d'entrée
  - Connaissance du traitement médicamenteux de sortie
  - Modification du traitement initial
  - But du nouveau traitement
  - Connaissance des éventuels effets secondaires du traitement
  - Compréhension des modalités de prise du traitement
- La quatrième partie portait sur la compréhension des consignes de sortie.
- La cinquième portait sur les éventuelles questions et l'identité de l'interlocuteur principal.

Il a été préalablement testé auprès de 5 patients (3 en Médecine et 2 aux urgences) pour évaluer si les questions étaient compréhensibles en donnant lieu à des réponses appropriées, et objectiver de potentielles erreurs. Nous avons aussi évalué le temps mis par le patient pour y répondre ; soit 7 minutes en moyenne.

## **D. Recueil des données**

Le recueil des données s'est déroulé sur plusieurs journées, de façon non consécutive, de 10h à 18h, du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019, pour obtenir un total de 100 patients.

Pour permettre un recueil exhaustif, le personnel médical et paramédical était informé de la tenue de l'étude dans son service grâce à un affichage dans les salles de soins et bureaux médicaux (*Annexe 6*).

Le patient sortant était informé du déroulé de l'étude dans son service d'hospitalisation puis son accord lui était demandé par oral. Si le patient acceptait, il était inclus dans l'étude et nous procédions à un entretien individuel mené à l'aide d'un questionnaire. L'entretien se déroulait dans la chambre du patient s'il y était seul ou dans une pièce permettant le respect du secret médical (salle des familles, bureau médical) si la chambre était double avec présence du voisin.

L'ensemble des réponses était ensuite comparé aux données médicales du dossier informatisé du patient pour évaluer la concordance des réponses en termes de compréhension.

## **E. Cadre éthique**

L'accord du patient était recueilli par oral et notifié sur le questionnaire après lecture d'une fiche d'information remise préalablement (*Annexe 7*).

L'accès au dossier informatisé avait été demandé préalablement au service informatique et au chef d'établissement. Après signature de la charte informatique et de confidentialité, il nous avait été délivré un code d'accès au dossier médical personnel en lecture seule.

L'identité du patient était répertoriée dans un cahier, pour éviter les doublons, avec un numéro correspondant au numéro de questionnaire rempli, puis chaque questionnaire était de nouveau numéroté de façon aléatoire pour être reporté dans le fichier informatisé.

À la suite d'une demande auprès la coordinatrice de la cellule « recherches non interventionnelles » de la faculté de Médecine de Tours, l'accord de la CNIL n'était pas nécessaire.

## **F. Statistiques et analyse des données**

L'ensemble des données a été saisi dans un fichier Excel (Microsoft, Redmond, WA, USA) sous forme d'un tableau. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel Sphinx IQ2 7.3.1.4 du service qualité du CHC et à l'aide d'une plateforme d'analyse statistique.

Nous avons réalisé en premier lieu, une analyse descriptive de la population selon les caractéristiques démographiques résumées en variables continues et catégorielles.

Nous avons comparé la compréhension subjective et objective du diagnostic. Nous avons ensuite comparé les différences de compréhension des trois items principaux :

- Entre les populations des deux services,
- Selon si le patient avait posé des questions,
- Selon si le patient avait identifié son interlocuteur.

Les variables qualitatives étaient exprimées en effectifs (n) et en pourcentages.

Les comparaisons de pourcentages ont été réalisées par le test de Chi-2 ou si besoin par la méthode exacte de Fisher.

Le seuil de significativité des tests statistiques a été fixé à 5%.

# RÉSULTATS

## A. Description des données

### 1. Caractéristiques de la population d'étude (n=100)

Les 100 patients étaient répartis de façon égale entre le SAU et le service de Médecine soit 50% pour chaque service.

Quatre-vingt-onze pourcents des patients ont eux-mêmes répondu au questionnaire. Pour le reste des répondants, 6% étaient les parents et 3% les aidants.

Le sexe ratio H/F était de 1,08 (52/48).

Cinquante-deux pourcents des répondants étaient retraités, 31% étaient actifs contre 14% d'inactifs, 3% étaient des étudiants.

Trente-sept pourcents avaient le brevet des collèges, 34% un BEP ou CAP, 19% Bac à Bac +2 et 7% Bac + 3 ou plus.

L'âge moyen était de 62,11 ans, et la médiane de 63 ans. La tranche d'âge principalement représentée était les 60-90 ans avec 49% des répondants, puis les 30-60 ans avec 37%. Il y avait autant de moins de 30 ans que de plus de 90 ans avec 7% de répondants pour chaque tranche.

La langue française était maîtrisée par l'ensemble des répondants.

Les caractéristiques de la population générale sont décrites dans le *Tableau 1*.

**Tableau 1 . Caractéristiques de la population d'étude**

<b>Caractéristiques de la population</b>	<b>n = 100</b>
<b>Urgences Médecine</b>	50 (50%) 50 (50%)
<b>Patient Aidant Parent</b>	91 (91%) 3 (3%) 6 (6%)
<b>Sexe ratio (H/F)</b>	1,08 (52/48)
<b>Célibataire En couple Personne dépendante Veuf/veuve</b>	22 (22%) 57 (57%) 3 (3%) 18 (18%)
<b>Actifs Etudiant Inactifs Retraité</b>	31 (31%) 3 (3%) 14 (14%) 52 (52%)
<b>&gt;Bac +2 Bac- Bac+2 BEP/CAP Brevet des collèges Lycée</b>	7 (7%) 19 (19%) 34 (34%) 37 (37%) 3 (3%)
<b>&lt; 30 ans 30-60 ans 60-90 ans &gt;90 ans</b>	7 (7%) 37 (37%) 49 (49%) 7 (7%)

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%)*

## 2. Evaluation de la compréhension du diagnostic

Quatre-vingt-deux pourcents des patients disaient avoir complètement compris leur diagnostic. (Tableau 2)

**Tableau 2 : Avis des patients sur la compréhension de leur diagnostic**

Compréhension subjective	n = 100
Compris	82 (82%)
Non compris	18 (18%)

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

Après comparaison avec le dossier médical, 53 (soit 64,6%) avaient réellement compris leur diagnostic et 29 (35,4%) ne l'avaient pas compris. (Tableau 3)

Quand le patient pensait avoir compris, il se trompait dans 35,4% des cas.

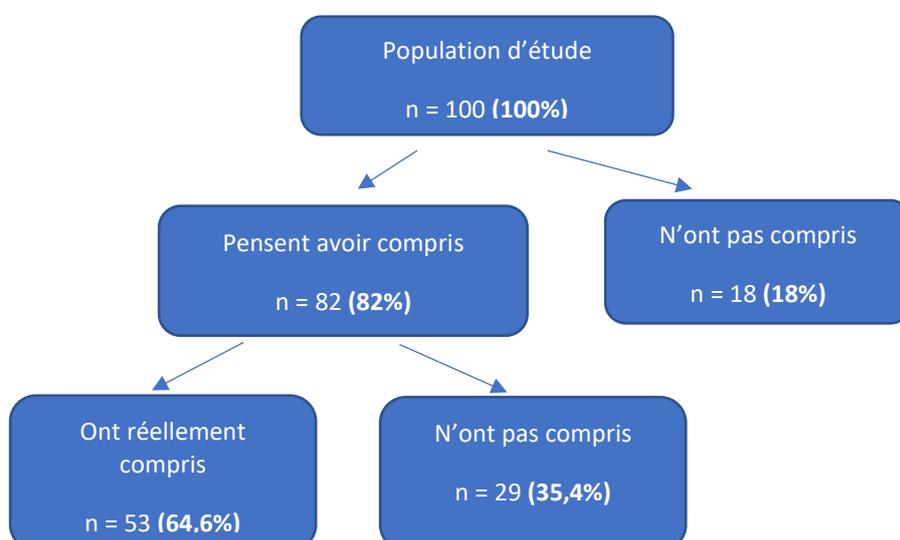
**Tableau 3 : Compréhension objective du diagnostic**

Compréhension réelle	n = 82
Compris	53 (64,6%)
Non compris	29 (35,4%)

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

Après analyse univariée des compréhensions réelles et subjectives par test de Chi 2, il était retrouvé une différence significative avec  $p < 0,001$ .

**Figure 1 : Compréhension du diagnostic**

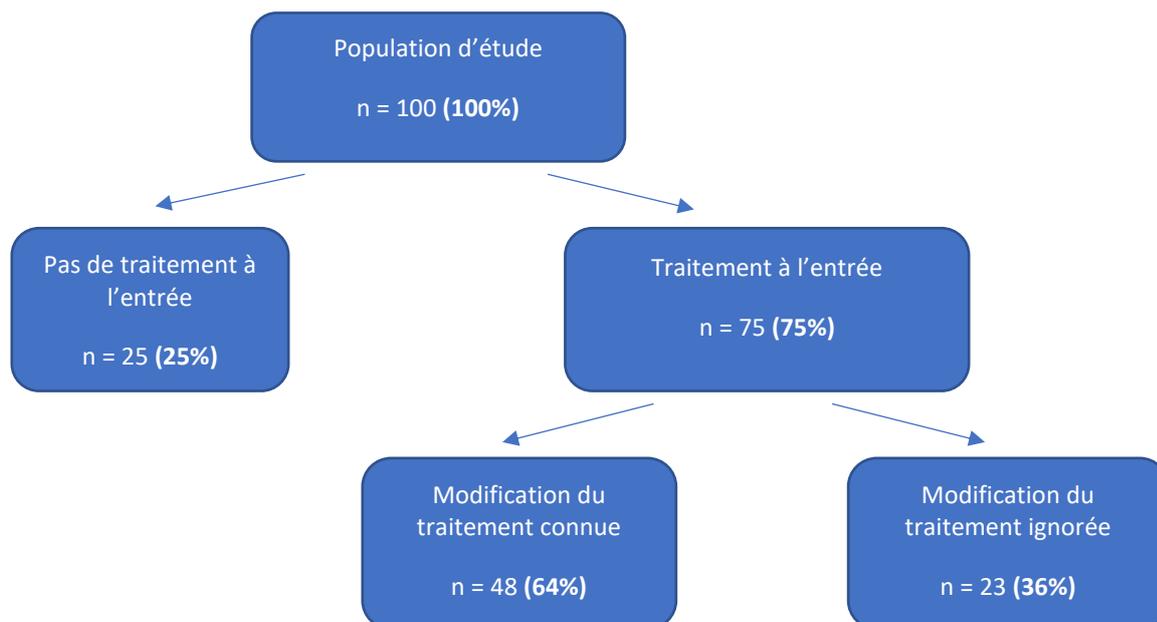


### 3. Evaluation de la compréhension du traitement de sortie

Quatre-vingt-huit patients (88%) ont répondu juste à la question : « avez-vous un traitement médicamenteux à votre sortie d'hospitalisation ? ».

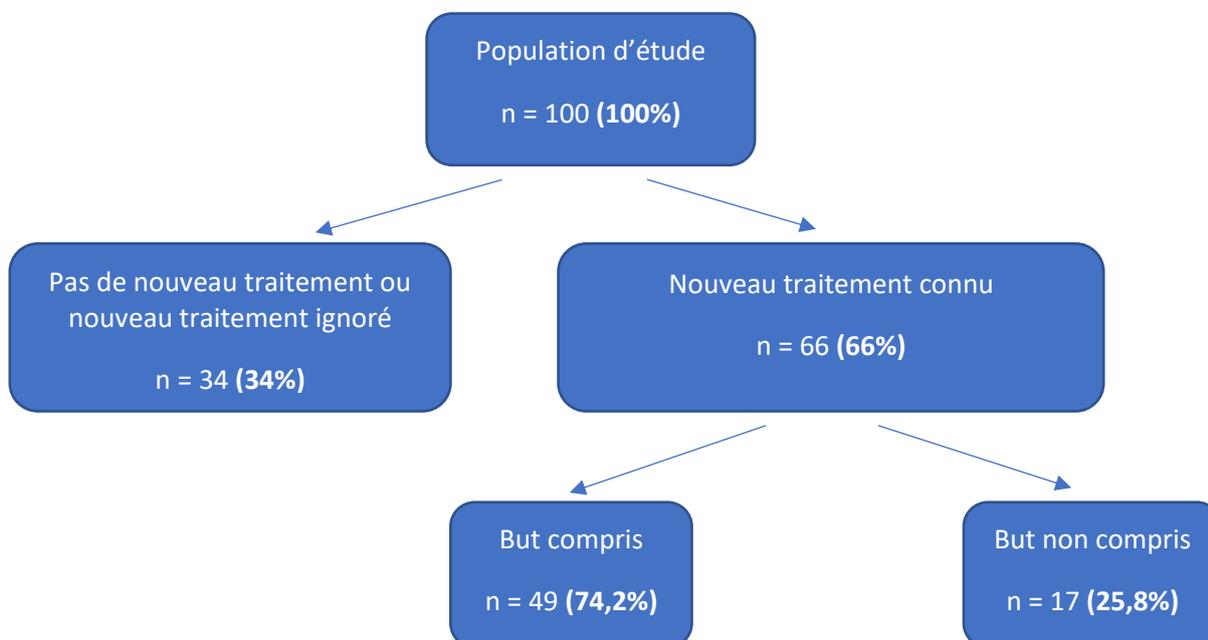
Parmi les 75 patients ayant connaissance de leur traitement médicamenteux avant hospitalisation, 48 (64%) savaient de façon correcte s'il avait été modifié. (Figure 2)

**Figure 2 : Connaissance de la modification du traitement**



Soixante-six patients avaient connaissance de la mise en place d'un nouveau traitement. Parmi eux 49 (74,2%) en avaient compris le but et 18 (25,8%) ne l'avaient pas compris. (Figure 3)

**Figure 3 : Connaissance du nouveau traitement**



Les résultats concernant la compréhension du traitement médicamenteux sont décrits dans le Tableau 4 en *Annexe 8*.

Sur les 37 patients (56,1%) qui rapportaient que la prise de leur traitement leur avait été expliquée, 26 (70,3%) avaient compris réellement comment le prendre.

Pour 19 patients (28,8%) les modalités de prise n'avaient pas été expliquées et 10 (15,1%) ne savaient pas.

Cinq patients (7,6%) disaient qu'ils avaient été informés des effets secondaires de ce nouveau traitement, 56 (84,8%) qu'ils n'en avaient pas été informés et 5 (7,6%) ne savaient pas.

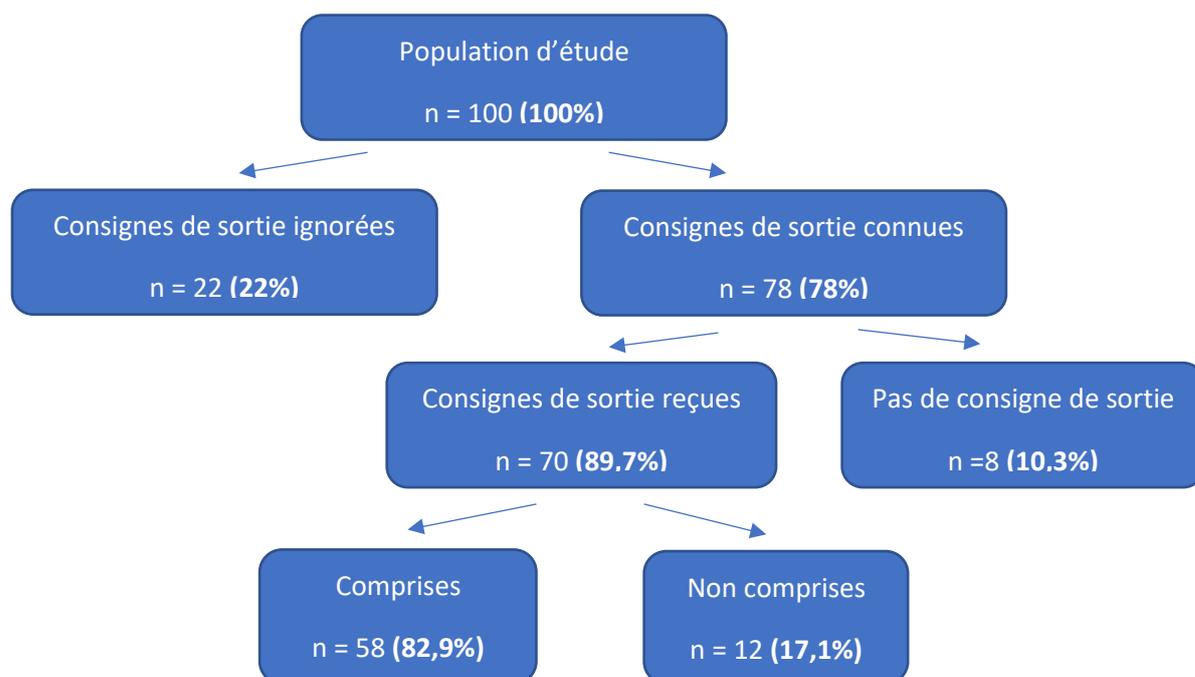
Trois patients (60%) les avaient compris.

#### 4. Evaluation de la compréhension des consignes de sortie

Soixante-dix-huit patients savaient de façon certaine s'ils avaient reçu ou non des consignes de sortie.

Parmi les 70 patients (70%) qui disaient avoir reçu des consignes pour la suite de la prise en charge, 58 (82,9%) disaient les avoir comprises. (Figure 4)

**Figure 4 : Connaissance des consignes de sortie**



Les réponses concernant les consignes de sortie concordaient avec le dossier médical pour 54 patients (69,2%).

Quand le patient pensait avoir compris, il se trompait dans 30,8% des cas.

Les résultats concernant la compréhension des consignes de sortie sont décrits dans le Tableau 5 en Annexe 9.

#### 5. Questions et identification de l'interlocuteur

Soixante-seize patients (76%) n'ont posé aucune question concernant leur diagnostic, leur traitement ou leurs consignes de sortie. Parmi les 24 patients ayant spontanément posé des questions, 17 (71%) étaient des patients du SAU et 7 (29%) de Médecine.

Cinquante-deux patients (52%) ont identifié le médecin sénior comme leur interlocuteur principal et 27 (27%) ne savaient pas qui était la personne leur ayant délivré les informations.

## B. Analyse des données selon les caractéristiques de la population

### 1. Service d'hospitalisation

#### a. Caractéristiques des populations

La répartition des patients répondants était homogène entre les 2 services. Les aidants ne concernaient que le service de Médecine et les parents que le SAU.

Parmi les patients interrogés, les actifs étaient majoritaires au SAU (52%) alors que les retraités étaient les plus représentés (76%) en Médecine.

Vingt-sept patients de Médecine (54%) avaient le niveau d'étude le plus faible (brevet des collèges). La répartition au SAU était plus homogène avec 20% avec brevet des collèges, 36% avec BEP/CAP et 44% avec un niveau supérieur au Bac.

La tranche d'âge la plus représentée en Médecine était les 60-90 ans à 70%, les patients du SAU étaient plus jeunes avec 56% de 30-60 ans.

Les caractéristiques des deux populations sont décrites dans le *Tableau 6*.

**Tableau 6 : Caractéristiques des populations des services de Médecine et du SAU**

Caractéristiques de la population	Médecine n=50	Urgences n=50
<b>Patient</b>	48 (96%)	43 (86%)
<b>Aidant</b>	2 (4%)	1 (2%)
<b>Parent</b>	0 (0%)	6 (12%)
<b>Sexe ratio (H/F)</b>	1,17 (27/23)	1 (25/25)
<b>Célibataire</b>	9 (18%)	13 (26%)
<b>En couple</b>	26 (52%)	31 (62%)
<b>Personne dépendante</b>	1 (2%)	2 (4%)
<b>Veuf/veuve</b>	14 (28%)	4 (8%)
<b>Actif</b>	5 (10%)	26 (52%)
<b>Etudiant</b>	0 (0%)	3 (6%)
<b>Inactif</b>	7 (14%)	7 (14%)
<b>Retraité</b>	38 (76%)	14 (28%)
<b>&gt;Bac</b>	4 (8%)	22 (44%)
<b>BEP/CAP/Lycée</b>	19 (38%)	18 (36%)
<b>Brevet des collèges</b>	27 (54%)	10 (20%)
<b>&lt; 30 ans</b>	0 (0%)	6 (12%)
<b>30-60 ans</b>	9 (18%)	28 (56%)
<b>60-90 ans</b>	35 (70%)	15 (30%)
<b>&gt;90 ans</b>	6 (12%)	1 (2%)

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

Après analyse statistique par test exact de Fisher, nos 2 populations étaient différentes avec  $p < 0,05$  pour la situation maritale, le statut professionnel, le niveau scolaire et l'âge.

### b. Compréhension du diagnostic des populations des 2 services

Parmi les 38 patients (76%) du service de Médecine qui disaient avoir compris leur diagnostic, seuls 15 (39,5%) l'avaient réellement compris.

Au SAU, 38 (86,4%) des 44 patients qui disaient avoir compris leur diagnostic l'avaient réellement compris.

Les patients du SAU avaient significativement ( $p < 0,01$ ) une meilleure appréciation de la connaissance de leur diagnostic que ceux du service de Médecine. (Tableau 7)

**Tableau 7 : Compréhension du diagnostic par les populations des 2 services**

Compréhension du diagnostic			
	Médecine	Urgences	p
Avez-vous compris votre diagnostic ?	n = 50	n = 50	<b>0,12</b>
- Oui	38 (76%)	44 (88%)	
- Non	12 (24%)	6 (12%)	
Si oui, compréhension après comparaison du dossier	n = 38	n = 44	<b>&lt;0,01</b>
- Compris	15 (39,5%)	38 (86,4%)	
- Non compris	23 (60,5%)	6 (13,6%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

Pour les 2 services, il existait une différence significative entre l'avis du patient sur sa compréhension et la compréhension réelle avec  $p < 0,05$ .

Pour les patients des urgences, quand le patient pensait avoir compris, il se trompait dans 13,6% des cas et dans 60,5% des cas pour les patients de Médecine. (Tableau 8)

**Tableau 8 : Comparaison des compréhensions réelles au sein des 2 services**

Compréhension réelle du diagnostic			
	Compris	Non compris	p
Urgences	38 (76%)	12 (24%)	0,001
Médecine	15 (30%)	35 (70%)	0,01

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

### **c. Compréhension du traitement de sortie**

Quarante-huit patients (96%) du service de Médecine avaient un traitement d'entrée et 27 (54%) au SAU.

La majorité savaient de façon juste s'ils avaient un traitement à la sortie de l'hospitalisation avec 42 patients (84%) en Médecine et 46 (92%) au SAU.

La modification du traitement d'entrée était significativement ( $p < 0,05$ ) moins bien connue en Médecine avec 47,9% d'erreur contre 14,8% au SAU.

Quatorze patients (53,8%) de Médecine disaient avoir compris l'indication de leur nouveau traitement et 35 (87,5%) au SAU. Les patients du SAU avaient significativement ( $p < 0,01$ ) mieux compris l'indication du traitement médicamenteux.

Selon les patients, les modalités de prise du nouveau traitement ont significativement été moins abordées en Médecine qu'au SAU ( $p < 0,01$ ).

Parmi les 11 patients (42,3%) de Médecine pour lesquels les modalités de prise du traitement ont été expliquées, seuls 5 (45,5%) avaient réellement compris. Au SAU, 21 (80,8%) avaient réellement compris sur 26 (65%).

Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations pour la concordance de l'existence d'un traitement de sortie, la connaissance des effets secondaires du nouveau traitement et la compréhension des modalités de prise ( $p > 0,05$ ). (*Tableau 9*)

**Tableau 9 : Compréhension du traitement médicamenteux des populations des 2 services**

<b>Compréhension du traitement médicamenteux</b>			
	<b>Médecine</b>	<b>Urgences</b>	<b>p</b>
Aviez-vous un traitement médicamenteux avant l'hospitalisation ?	n = 50	n = 50	<b>&lt; 0,05</b>
- Oui	48 (96%)	27 (54%)	
- Non	2 (4%)	23 (46%)	
Concordance patient/dossier traitement de sortie	n = 50	n = 50	<b>0,22</b>
- Oui	42 (84%)	46 (92%)	
- Non	8 (16%)	4 (8%)	
Concordance patient/dossier modification du traitement d'entrée	n = 48	n = 27	<b>0,004</b>
- Oui	25 (52,1%)	23 (85,2%)	
- Non	23 (47,9%)	4 (14,8%)	
Avez-vous compris le but de votre nouveau traitement ?	n = 26	n = 40	<b>0,002</b>
- Oui	14 (53,8%)	35 (87,5%)	
- Non	12 (46,2%)	5 (12,5%)	
Vous a-t-on parlé des potentiels effets secondaires de votre nouveau traitement ?	n = 26	n = 40	<b>0,64</b>
- Oui	1 (3,8%)	4 (10%)	
- Non	25 (96,1%)	36 (90%)	
Vous a-t-on expliqué comment prendre votre nouveau traitement ?	n = 26	n = 40	<b>0,0069</b>
- Oui	11 (42,3%)	26 (65%)	
- Non	15 (57,7%)	14 (35%)	
Si oui, compris ?	n = 11	n = 26	<b>0,05</b>
- Oui	5 (45,5%)	21 (80,8%)	
- Non	6 (54,6%)	5 (19,2%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

#### d. Compréhension des consignes de sortie

Parmi les 26 (52%) patients de Médecine disant avoir reçu des consignes de sortie et les 44 (88%) au SAU, 15 (57,7%) des patients de Médecine disaient les avoir comprises et 43 (97,7%) pour les patients du SAU.

Les réponses concernant les consignes de sortie concordaient avec le dossier médical pour 6 (23,1%) des patients de Médecine et 40 (90,9%) du SAU.

Il existait une différence significative pour la compréhension des consignes de sortie entre les 2 services avec  $p < 0,05$  pour l'ensemble des 3 questions posées. (Tableau 10)

**Tableau 10 : Compréhension des consignes de sortie par les populations des 2 services**

Compréhension des consignes de sortie			
	Médecine	Urgences	p
Vous a-t-on donné des consignes pour la suite de la prise en charge ?	n = 50	n = 50	< 0,05
- Oui	26 (52%)	44 (88%)	
- Non	24 (48%)	6 (12%)	
Avez-vous compris ?	n = 26	n = 44	< 0,05
- Oui	15 (57,7%)	43 (97,7%)	
- Non	11 (42,3%)	1 (2,3%)	
Concordance patient/dossier consignes de sortie	n = 26	n = 44	< 0,05
- Oui	6 (23,1%)	40 (90,9%)	
- Non	20 (76,9%)	4 (9,1%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

## 2. Connaissance de l'interlocuteur principal

### a. Caractéristiques des populations

Soixante-treize patients (73%) avaient connaissance de leur interlocuteur.

Ils étaient repartis de façon homogène entre le service de Médecine et le SAU.

Il n'existait pas de différence significative ( $p > 0,05$ ) entre les 2 populations hormis pour la situation familiale et l'âge.

Les caractéristiques des 2 populations sont décrites dans le Tableau 11.

**Tableau 11 : Caractéristiques des populations selon la connaissance de l'interlocuteur**

Caractéristiques des populations			
	Connaissance interlocuteur	Non connaissance interlocuteur	p
<b>Service</b>	n=73	n=27	<b>0,8</b>
- Médecine	36 (49,3%)	14 (51,9%)	
- Urgences	37 (50,7%)	13 (48,1%)	
<b>Répondant</b>	n=73	n=27	<b>0,71</b>
- Patient	65 (89%)	26 (96,3%)	
- Aidant	5 (6,9%)	1 (3,7%)	
- Parent	3 (4,1%)	0 (0%)	
<b>Sexe</b>	n=73	n=27	<b>0,98</b>
- Homme	38 (52,1%)	14 (51,9%)	
- Femme	35 (47,9%)	13 (48,1%)	
<b>Situation familiale</b>	n=73	n=27	<b>0,016</b>
- Célibataire	16 (21,9%)	6 (22,2%)	
- En couple	46 (63%)	11 (40,8%)	
- Veuf/veuve	11 (15,1%)	7 (25,9%)	
- Personne dépendante	0 (0%)	3 (11,1%)	
<b>Statut professionnel</b>	n=73	n=27	<b>0,5</b>
- Actif	27 (37%)	7 (25,9%)	
- Inactif	9 (12,3%)	5 (18,5%)	
- Retraité	37 (50,7%)	15 (55,6%)	
<b>Niveau d'études</b>	n=73	n=27	<b>0,23</b>
- Brevet des collègues	24 (32,9%)	13 (48,1%)	
- BEP/CAP	27 (37%)	10 (37,1%)	
- >Bac	22 (30,1%)	4 (14,8%)	
<b>Age</b>	n=73	n=27	<b>0,007</b>
- <30 ans	6 (8,2%)	1 (3,7%)	
- 30-60 ans	29 (39,7%)	8 (29,7%)	
- 60-90 ans	37 (50,7%)	12 (44,4%)	
- >90 ans	1 (1,4%)	6 (22,2%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

## b. Compréhension du diagnostic

Soixante-quatre patients (87,7%) connaissant l'identité de leur interlocuteur disaient avoir compris leur diagnostic contre 18 (66,7%) des patients n'ayant pas identifié leur interlocuteur. Il existait une différence significative ( $p=0,02$ ) entre les 2 groupes en termes de compréhension ressentie par le patient (subjective). Les patients connaissant l'identité de leur interlocuteur disaient mieux connaître leur diagnostic.

Cette différence n'était pas significative ( $p>0,05$ ) quand on comparait le diagnostic évoqué par le patient avec celui du dossier médical. (*Tableau 12*)

**Tableau 12 : Compréhension du diagnostic selon la connaissance de l'interlocuteur**

<b>Compréhension du diagnostic</b>			
	<b>Interlocuteur connu</b>	<b>Interlocuteur inconnu</b>	<b>p</b>
Avez-vous compris votre diagnostic	n=73	n=27	<b>0,02</b>
- Oui	64 (87,7%)	18 (66,7%)	
- Non	9 (12,3%)	9 (33,3%)	
Compris, après comparaison au dossier	n=64	n=18	<b>0,26</b>
- Oui	38 (58,9%)	8 (45,5%)	
- Non	26 (41,1%)	10 (54,6%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

### c. Compréhension du traitement de sortie

Il existait une différence significative ( $p < 0,05$ ) de compréhension en faveur des patients connaissant l'identité de leur interlocuteur pour :

- la connaissance du traitement de sortie
- la connaissance de la modification du traitement d'entrée
- et la connaissance des modalités de prise médicamenteuse. (Tableau 13)

**Tableau 13 : Compréhension du traitement de sortie selon la connaissance de l'interlocuteur**

Compréhension du traitement de sortie			
	Interlocuteur connu	Interlocuteur inconnu	<i>p</i>
Aviez-vous un traitement médicamenteux avant l'hospitalisation ?	n=73	n=27	<b>0,9</b>
- Oui	55 (75,3%)	20 (74,1%)	
- Non	18 (24,7%)	7 (25,9%)	
Concordance patient/dossier traitement de sortie	n=73	n=27	<b>0,002</b>
- Oui	69 (94,5%)	19 (70,4%)	
- Non	4 (5,5%)	8 (29,6%)	
Concordance patient/dossier modification du traitement d'entrée	n=55	n=20	<b>0,002</b>
- Oui	41 (74,5%)	7 (35%)	
- Non	14 (25,5%)	13 (65%)	
Avez-vous compris le but de votre nouveau traitement ?	n=54	n=12	<b>0,27</b>
- Oui	42 (77,8%)	7 (58,3%)	
- Non	12 (22,2%)	5 (41,7%)	
Vous a-t-on parlé des potentiels effets secondaires du nouveau traitement ?	n=54	n=12	<b>0,57</b>
- Oui	5 (9,3%)	0 (0%)	
- Non	49 (90,7%)	12 (100%)	
Vous a-t-on expliqué comment prendre votre traitement ?	n=54	n=12	<b>0,1</b>
- Oui	33 (61,1%)	4 (33,3%)	
- Non	15 (27,8%)	3 (25%)	
- Ne sait pas	6 (11,1%)	5 (41,7%)	
Si oui, compris ?	n=33	n=4	<b>0,002</b>
- Oui	1 (3%)	3 (75%)	
- Non	32 (97%)	1 (25%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

#### d. Compréhension des consignes de sortie

Il existait une différence significative ( $p < 0,01$ ) entre les 2 groupes pour la connaissance des consignes de sortie. Les patients connaissant leurs consignes de sortie étaient majoritaires dans le groupe de ceux ayant identifié leur interlocuteur.

De manière significative ( $p = 0,02$ ), on constatait que lorsque l'interlocuteur n'était pas connu, 92,6% des patients n'avaient pas posé de question. (Tableau 14)

**Tableau 14 : Compréhension des consignes de sortie selon la connaissance de l'interlocuteur**

Compréhension des consignes de sortie			
	Interlocuteur connu	Interlocuteur inconnu	p
Vous a-t-on donné des consignes pour la suite de la prise en charge ?	n=73	n=27	<b>0,005</b>
- Oui	55 (75,3%)	15 (55,6%)	
- Non	18 (24,7%)	12 (44,4%)	
Avez-vous compris ?	n=55	n=15	<b>0,7</b>
- Oui	46 (83,6%)	12 (80%)	
- Non	9 (16,4%)	3 (20%)	
Concordance patient/dossier consignes de sortie	n=76	n=16	<b>0,2</b>
- Oui	45 (72,6%)	9 (56,3%)	
- Non	17 (27,4%)	7 (44,7%)	
Avez-vous posé des questions ?	n=73	n=27	<b>0,02</b>
- Oui	22 (30,1%)	2 (7,4%)	
- Non	51 (69,9%)	25 (92,6%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

### 3. Patients ayant posé des questions

#### a. Caractéristiques des populations

Vingt-quatre patients (24%) avaient posé des questions à leur interlocuteur lors de l'entretien de sortie. Parmi eux, 17 (70,8%) étaient des patients du SAU.

Les patients ayant posé des questions étaient significativement ( $p < 0,01$ ) plus représentés au SAU et parmi ceux ayant un niveau scolaire supérieur au Baccalauréat.

Les retraités avaient posé moins de questions que les actifs ( $p < 0,01$ ). (Tableau 15)

**Tableau 15 : Caractéristiques des populations selon si le patient a posé des questions**

Caractéristiques de la population			
	Ont posé des questions	N'ont pas posé de question	p
<b>Service</b>	n=24	n=76	<b>&lt;0,01</b>
- Médecine	7 (29,2%)	57 (75%)	
- Urgences	17 (70,8%)	19 (25%)	
<b>Répondant</b>	n=24	n=76	<b>0,007</b>
- Patient	18 (75%)	73 (96,1%)	
- Aidant	2 (8,3%)	1 (1,3%)	
- Parent	4 (16,7%)	2 (2,6%)	
<b>Sexe</b>	n=24	n=76	<b>0,14</b>
- Homme	12 (50%)	40 (52,6%)	
- Femme	12 (50%)	36 (47,4%)	
<b>Situation familiale</b>	n=24	n=76	<b>0,7</b>
- Célibataire	5 (20,8%)	17 (22,4%)	
- En couple	16 (66,7%)	41 (53,9%)	
- Veuf/veuve	3 (12,5%)	15 (19,7%)	
- Personne dépendante	0 (0%)	3 (4%)	
<b>Statut professionnel</b>	n=24	n=76	<b>0,002</b>
- Actif	15 (62,5%)	19 (25%)	
- Inactif	3 (12,5%)	11 (14,5%)	
- Retraité	6 (25%)	46 (60,5%)	
<b>Niveau d'études</b>	n=24	n=76	<b>0,04</b>
- Brevet des collèges	6 (25%)	31 (40,8%)	
- BEP/CAP	7 (29,2%)	30 (39,5%)	
- >Bac	11 (45,8%)	15 (19,7%)	
<b>Age</b>	n=24	n=76	<b>0,5</b>
- <30 ans	1 (4,1%)	6 (7,9%)	
- 30-60 ans	16 (66,7%)	21 (27,7%)	
- 60-90 ans	7 (29,2%)	42 (55,2%)	
- >90 ans	0 (0%)	7 (9,2%)	

Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).

### b. Compréhension du diagnostic

Il existait une différence significative ( $p=0,04$ ) de compréhension réelle du diagnostic en faveur des patients ayant posé des questions. (Tableau 16)

**Tableau 16 : Compréhension du diagnostic selon si le patient a posé des questions**

<b>Compréhension du diagnostic</b>			
	<b>Ont posé des questions</b>	<b>N'ont pas posé de question</b>	<b>p</b>
Avez-vous compris votre diagnostic	n=24	n=76	<b>0,22</b>
- Oui	22 (91,7%)	60 (78,9%)	
- Non	2 (8,3%)	16 (21,1%)	
Compris, après comparaison au dossier	n=22	n=60	<b>0,04</b>
- Oui	17 (77,3%)	31 (50,7%)	
- Non	5 (22,7%)	29 (49,3%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

### c. Compréhension du traitement de sortie

Les patients ayant un traitement médicamenteux avant l'hospitalisation avaient significativement ( $p=0,03$ ) posé moins de questions que ceux n'en ayant pas.

Les patients qui disaient qu'on leur avait expliqué les modalités de prise de leur traitement avaient significativement ( $p=0,02$ ) posé plus de questions que ceux à qui on ne les avait pas expliquées. (Tableau 17)

**Tableau 17 : Compréhension du traitement de sortie selon si le patient a posé des questions**

<b>Compréhension du traitement de sortie</b>			
	<b>Ont posé des questions</b>	<b>N'ont pas posé de question</b>	<b>p</b>
Aviez-vous un traitement médicamenteux avant l'hospitalisation ?	n=24	n=76	<b>0,03</b>
- Oui	14 (58,3%)	61 (82,3%)	
- Non	10 (41,7%)	15 (19,7%)	
Concordance patient/dossier traitement de sortie	n=24	n=76	<b>0,7</b>
- Oui	22 (91,7%)	66 (86,8%)	
- Non	2 (8,3%)	10 (13,2%)	
Concordance patient/dossier modification du traitement d'entrée	n=14	n=61	<b>0,07</b>
- Oui	12 (85,7%)	36 (59%)	
- Non	2 (14,3%)	25 (41%)	
Avez-vous compris le but de votre nouveau traitement ?	n=21	n=45	<b>0,07</b>
- Oui	20 (95,2%)	29 (64,4%)	
- Non	1 (4,8%)	16 (35,6%)	
Vous a-t-on parlé des potentiels effets secondaires du nouveau traitement ?	n=21	n=45	<b>1,44</b>
- Oui	4 (19%)	39 (86,7%)	
- Non	17 (81%)	6 (13,3%)	
Vous a-t-on expliqué comment prendre votre traitement ?	n=21	n=45	<b>0,02</b>
- Oui	16 (76,2%)	21 (46,7%)	
- Non	5 (23,8%)	24 (53,3%)	
Si oui, compris ?	n=16	n=21	<b>0,28</b>
- Oui	13 (81,2%)	13 (61,9%)	
- Non	3 (18,8%)	8 (38,1%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

#### d. Compréhension des consignes de sortie

Les patients ayant posé des questions avaient significativement ( $p < 0,01$ ) plus connaissance de leurs consignes de sortie que ceux n'en ayant pas posé.

La concordance entre les consignes rapportées par le patient et celles du dossier médical était significativement ( $p = 0,03$ ) plus élevée pour les patients ayant posé des questions. (Tableau 18)

**Tableau 18 : Compréhension des consignes de sortie selon si le patient a posé des questions**

Compréhension des consignes de sortie			
	Ont posé des questions	N'ont pas posé de question	p
Vous a-t-on donné des consignes pour la suite de la prise en charge ?	n=24	n=76	<b>0,009</b>
- Oui	22 (91,7%)	48 (63,2%)	
- Non	2 (8,4%)	28 (36,8%)	
Avez-vous compris ?	n=22	n=48	<b>0,3</b>
- Oui	20 (90,9%)	38 (79,2%)	
- Non	2 (9,1%)	10 (20,8%)	
Concordance patient/dossier consignes de sortie	n=23	n=55	<b>0,03</b>
- Oui	20 (87%)	34 (61,8%)	
- Non	3 (13%)	21 (38,2%)	
Savez-vous qui vous a donné les informations ?	n=24	n=76	<b>0,06</b>
- Infirmier	0 (0%)	3 (3,9%)	
- Externe	1 (4,2%)	3 (3,9%)	
- Interne	6 (25%)	8 (10,5%)	
- Senior	15 (62,5%)	37 (48,7%)	
- Ne sait pas	2 (8,3%)	25 (32,9%)	

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

## DISCUSSION

L'intérêt de notre travail était d'évaluer la compréhension des grands items d'une hospitalisation par les patients dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles au Centre Hospitalier du Chinonais. Ces premiers résultats permettent déjà de répondre à certains critères qualité pour la certification des établissements de santé.

### A. Discussion des résultats

#### 1. Diagnostic

Si l'on se fiait à l'avis des patients, le taux de compréhension de leur diagnostic de 82% paraissait plutôt satisfaisant. Il est proche des 76% de satisfaction d'information que l'on retrouvait dans les résultats de l'Audit de juillet 2017. Pourtant, lorsqu'on interrogeait les patients et que l'on comparait leurs réponses à leur dossier médical, le taux de compréhension réelle baissait de façon importante à 64,6%. Une étude de 2009 (7) décrivait une mauvaise perception des patients de leurs difficultés de compréhension supérieure à 50%, taux plus fort que dans nos résultats. La compréhension était évaluée par deux des auteurs avec une note de concordance finale alors que dans notre étude il n'y avait qu'un seul évaluateur, il se peut donc que la compréhension ait été surévaluée. De même dans l'étude SUPER 1 (8), le taux de compréhension était plus faible que le nôtre mais le critère de jugement était basé sur le terme exact du diagnostic, alors que nous avons pris en compte les explications avec les propres mots du patient, qui pouvait avoir compris sans connaître le terme médical exact.

Il existait une différence significative entre les populations des deux services puisque pour les patients de Médecine, seuls 40% des patients connaissaient effectivement leur(s) diagnostic(s). Cette différence s'explique probablement par un biais de recrutement. En effet, les patients polypathologiques et avancés en âge sont logiquement largement majoritaires au sein de services de médecine polyvalente tels que celui du CHC. De fait, il est forcément plus difficile de retenir plusieurs diagnostics qu'un seul et de comprendre leur(s) lien(s). De plus, dans la plupart des affections, l'âge supérieur à 65 ans est un des principaux facteurs d'hospitalisation. Ce critère se reflète dans notre population puisque les 60-90 ans sont les plus représentés dans notre population du service de Médecine.

## 2. Traitement de sortie

De manière générale, une étude de 2015 (1) rapportait qu'un pourcentage élevé de patients ne comprend pas l'information même lorsque le médecin la délivre. Dans notre étude, 90% des patients savaient qu'ils avaient un traitement de sortie. L'information leur a donc été délivrée même si nous ne pouvons pas le dire de façon certaine puisque nous n'assistions pas à l'entretien de sortie. Pourtant il y a une perte d'information de 25 à 35% concernant la modification de ce traitement et l'indication des nouveaux médicaments. On retrouve un résultat similaire dans l'étude Dhote et al. (9) qui mettait en évidence que les traitements débutés en cours d'hospitalisation sont moins bien connus que ceux lui étant antérieurs. De même les patients les plus âgés avaient une moins bonne connaissance de l'indication de leurs traitements. Nous avons observé cette tendance dans notre population du Service de Médecine, composée de 76% de retraités, avec 53,8% de patients ayant compris leur indication contre 87,5% au SAU.

Ajouté à cela, certains patients affirmaient lors de l'entretien qu'ils n'avaient pas porté attention aux explications concernant leurs médicaments car ils allaient étudier l'ordonnance chez eux « à tête reposée » ou avec leur pharmacien. L'attitude de ces patients diminuait donc de façon logique le taux de compréhension du traitement de sortie.

En 1989, Pullar and al. (10) partait du postulat que les patients hospitalisés devaient profiter d'un temps d'information plus important concernant leur traitement médicamenteux qu'en ambulatoire. Pourtant son étude montrait qu'il y avait un défaut de connaissance important, prédominant sur les effets secondaires des nouveaux médicaments et proposait des pistes d'éducation thérapeutique. En 1996, il était confirmé que le principal item pâtissant d'un défaut d'information était le traitement médicamenteux avec environ 80% de bonnes réponses pour le diagnostic et les consignes de sortie versus 50% pour le traitement (11).

Notre travail montre des résultats supérieurs à ces études avec plus de 70% des patients ayant compris le but de leur traitement mais il existe toujours un réel défaut d'information concernant les modalités de prise et surtout les potentiels effets secondaires des médicaments. Il peut s'agir d'un manque de maîtrise de la part des soignants mais aussi d'une réserve pour ne pas inquiéter le patient ou provoquer un refus de prise de sa part. Un temps dédié à l'éducation thérapeutique pendant chaque hospitalisation par un professionnel spécialisé pourrait permettre de palier à ce défaut ainsi qu'aux erreurs de prise, sur le modèle Asalée se développant en exercice libéral (12).

### **3. Consignes de sortie**

Concernant les consignes de sortie, on retrouve un pourcentage de connaissance assez similaire à celui du diagnostic, aux alentours de 70%, qui augmente à 82,9% de niveau de compréhension quand le patient a notion d'avoir reçu ces mêmes consignes. Cette amélioration démontre l'importance de l'information et de s'assurer qu'elle a bien été reçue par le patient.

De plus, la prise en charge ne s'arrête pas à la sortie de l'hôpital. Les examens, consultations et prescriptions de post-hospitalisation font partie à part entière de la prise en charge médicale. En effet, le fait d'être sortant d'hospitalisation ne signifie pas que la pathologie est connue et traitée mais simplement qu'il n'y pas d'élément nécessitant une surveillance particulière ou des gestes techniques hospitaliers. Il est indispensable que le patient et le médecin hospitalier aient conscience de cela pour limiter les complications dues à un défaut de suivi.

### **4. Questions et identification de l'interlocuteur**

Une étude de 2011 (13) montrait que l'information délivrée est souvent incomplète, pourtant seuls 22% des médecins demandent confirmation de la compréhension ce qui laisse peu de possibilités de poser des questions. Dans notre étude, on remarque que très peu de patients ont posé des questions, mais le fait de poser des questions était en faveur d'une meilleure compréhension pour certains critères.

De plus, 27% des patients n'ont pas identifié le médecin comme leur interlocuteur principal. L'importance des informations délivrées par ce dernier a probablement été sous-estimée et participe au défaut d'information observé dans notre étude lorsque le patient ne connaissait pas son interlocuteur. Les médecins séniors et internes ont pourtant affirmé se présenter systématiquement au patient mais nous ne pouvons pas le confirmer de façon certaine puisque nous n'assistions pas à l'entretien. Ce point doit donc être sujet à vigilance pour améliorer la compréhension.

## **B. Faiblesses et forces de l'étude**

La principale faiblesse de notre étude est le faible nombre de patients inclus, certains résultats n'étaient pas interprétables du fait de trop faibles effectifs.

Par ailleurs, le recueil précoce des informations au SAU, c'est-à-dire juste après que le patient ait reçu les consignes par le médecin, a pu entraîner une surestimation de la compréhension par rappel immédiat. À ce moment-là, les patients sont capables de retranscrire des informations qu'ils n'ont pas forcément comprises mais simplement enregistrées. La différence observée entre SAU et Médecine peut s'expliquer par ce premier élément. Mais elle peut aussi s'expliquer par le fait que le médecin urgentiste était au courant de la tenue du questionnaire à sa sortie de la chambre, ce qui n'était pas le cas en Médecine car l'enquêteur arrivait après la visite où les informations étaient délivrées et le patient était interrogé une fois qu'il avait reçu tous ses documents, juste avant son départ. Ce deuxième élément est appelé effet Hawthorne, il influe sur la qualité de l'information délivrée par le médecin qui modifie de façon consciente ou inconsciente sa manière de communiquer pour améliorer la performance du fait de la tenue de l'étude (14).

Enfin, nous n'avons inclus que les patients sortants du SAU en journée ce qui a entraîné un biais de sélection. En effet, un travail de thèse montrait que le fait de consulter au SAU sur une période de garde (nuit) est un facteur de mauvaise compréhension. Nous avons donc probablement surestimé la compréhension en n'incluant que des patients en journée (15).

Dans les deux cas, nous n'assistions pas à la délivrance des informations, nous n'avions donc pas de moyen de vérifier le contenu des informations délivrées par le médecin.

Il existait en dernier lieu, un biais d'interprétation car l'enquêteur était seul à interpréter la compréhension des patients avec sa propre subjectivité. Au vu de nos résultats comparés à la littérature, ce biais influe vers une surestimation de la compréhension par l'enquêteur.

La principale force de cette étude est l'absence de refus de participation. Ce qui montre l'intérêt que portent les patients pour notre travail et pour l'amélioration de la transmission de l'information. De même cela diminue le biais de sélection puisque nous avons pu inclure tous les patients sortants lors de nos jours de présence.

### **C. Perspectives**

En 2002, une étude dans un CHU parisien démontrait que les patients de consultation étaient mieux informés que les patients hospitalisés. On peut transposer ces résultats aux différences entre le SAU (ambulatoire) et celui de Médecine (hospitalisation longue) de notre étude (5).

En effet, il existe une différence de compréhension entre les patients de médecine et ceux du SAU en faveur des urgences. Cette différence ne peut-être imputable à la qualité de délivrance de l'information des médecins et au fonctionnement du service car les populations des deux services sont statistiquement différentes et donc non comparables. On peut penser que l'âge et la polypathologie sont les facteurs influant sur la compréhension, au vu des profils des patients de chaque service. Le format de notre étude ne permet pas de comparer la qualité de la délivrance de l'information par chacun des services. Si c'était le but, il faudrait proposer une étude avec appariement des patients au minimum par le profil socioprofessionnel, l'âge et la pathologie.

Par ailleurs, Patris-Vandesteene et al. s'interrogeait sur le fait que l'ordonnance de sortie remise avec les papiers administratifs diminue l'importance de cette dernière (5). Cela pourrait masquer l'intérêt médical. On peut aussi noter que les patients, principalement préoccupés par le retour à domicile, occultent les consignes de retour à domicile (RAD). Une des solutions à proposer serait de remettre l'ordonnance de sortie pendant la dernière visite du médecin plutôt qu'avec les papiers de sortie.

Notre étude montre de façon évidente que l'information n'est pas délivrée de façon tout à fait satisfaisante puisqu'il y a un défaut de compréhension et surtout qu'il ne faut pas se fier simplement au fait que le patient croit avoir compris.

Dans ce sens, une revue de la littérature (16) démontre que même les informations les plus complètes peuvent être sujettes à une mauvaise compréhension si elles ne sont pas adaptées au patient, avec en particulier l'utilisation des terminologies médicales comme facteur de mauvaise compréhension.

Pour s'assurer de la bonne compréhension du patient, il faut donc utiliser plusieurs méthodes telles que demander au patient de répéter ou reformuler les informations données même si cela peut lui paraître rébarbatif ou stressant (16). Pour autant, nous savons déjà que le rappel immédiat ne garantit pas que l'information soit retenue à long terme.

Il pourrait être proposé un entretien structuré pour s'assurer de la transmission de toutes les informations en suivant une trame standardisée mais une étude de 2017 (17) ne démontre pas

d'amélioration de la compréhension de leur problème de santé par les patients d'une unité d'HTCD suite à l'utilisation de ce type de support.

De plus, l'identification de l'interlocuteur principal est en faveur d'une meilleure compréhension (15). Chaque professionnel doit veiller à ce que le patient l'ait bien identifié pour pouvoir hiérarchiser les informations délivrées.

Le deuxième point important mis en lumière par notre étude est que très peu de patients posent des questions, même lorsqu'ils n'ont pas compris les informations délivrées. Il faut donc prendre du temps avec le patient et l'inciter à poser des questions.

Le temps pris par le médecin pour s'assurer de la bonne compréhension des informations est du temps gagné pour l'ensemble du système de santé s'il permet d'éviter une nouvelle hospitalisation à la suite d'un mésusage médicamenteux ou un défaut de suivi (examen, consultation spécialiste, rééducation...).

Il paraît important d'adresser le patient à son médecin généraliste rapidement après sa sortie d'hospitalisation, avec son compte-rendu d'hospitalisation pour palier à ce défaut de mémorisation, détecter au plus vite les erreurs potentielles et lui permettre de poser des questions qui ont pu apparaître à la suite du RAD (9). Dans un contexte connu, le patient est rassuré par la relation de confiance avec son médecin traitant. Il est probablement plus disponible à recevoir des informations et moins préoccupé par le RAD. L'importance du courrier de sortie prend tout son sens à ce moment-là (18) (19). Il apparaît donc nécessaire que le patient puisse sortir d'hospitalisation avec son courrier comme le préconisent les nouvelles recommandations. (*Annexe 10*)

Il est démontré que les patients ayant revu leur médecin généraliste dans les deux semaines après leur passage aux urgences ont plus de chances de se conformer au suivi prévu (20).

De plus, il existe une cotation spécifique pour la consultation ou visite post-hospitalisation dans les actes de médecine générale, marquant la spécificité et l'importance de cet entretien entre le patient et son médecin traitant. (*Annexe 11*)

## CONCLUSION

Il existe toujours un défaut de compréhension de l'information lors du séjour hospitalier.

Pour améliorer la transmission médecin-patient, nous proposons plusieurs pistes de travail.

Selon le schéma scientifique décrit dans l'introduction, on peut intervenir sur :

- L'émetteur / médecin : chaque professionnel doit se former pour maîtriser la communication et les techniques d'éducation thérapeutique. Communiquer en prenant en compte le patient et ses caractéristiques tout en limitant l'influence de son propre état psychologique et émotionnel. Veiller à ce que le patient ait identifié son interlocuteur pour lui permettre de hiérarchiser les informations reçues et lui laisser la possibilité de poser des questions.
- Le message / information : faire reformuler les informations par le patient, limiter l'utilisation des terminologies médicales.
- Le canal / contexte physique et temporel : dédier un temps à l'éducation thérapeutique lors de l'hospitalisation, remettre l'ordonnance de sortie lors du dernier entretien médical et différencier le temps administratif du temps médical.

Concernant le receveur / patient, nous ne pouvons pas modifier les caractéristiques du patient mais simplement veiller à les prendre en compte pour adapter les critères précédents.

Enfin, le courrier de sortie constitue un des supports de communication essentiels et une sécurité entre l'hôpital et le cabinet du médecin traitant. Il contient les informations sur les modifications thérapeutiques et planifications de soins ce qui permet au médecin traitant de détecter et corriger des potentielles erreurs liées à un défaut de compréhension du patient. Grâce à cette relation de confiance avec le médecin traitant, une consultation systématique, sept à quinze jours après une d'hospitalisation, semble nécessaire pour optimiser la prise en charge de chaque patient.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Musso MW, Perret JN, Sanders T, Daray R, Anderson K, Lancaster M, et al. Patients' Comprehension of Their Emergency Department Encounter: A Pilot Study Using Physician Observers. *Ann Emerg Med.* 2015;65(2):151-155.e4.
2. Chappuy H, Taupin P, Dimet J, Claessens YE, Tréluyer J-M, Chéron G, et al. Do parents understand the medical information provided in paediatric emergency departments? A prospective multicenter study. *Acta Paediatr.* 2012;101(10):1089-94.
3. Spataru A. *Fondements de la théorie de la transmission de l'information.* PPUR presses polytechniques; 1987. 648 p.
4. Lacroix A. Approche psychologique de l'Education du Patient : obstacles liés aux patients et aux soignants. *Bulletin d'Education du Patient.* Volume 15, n°3. 1996;78-86.
5. Patris-Vandesteene S, Macrez A, Quenon J-L, Soury F, Rufat P, Farinotti R, et al. Information des patients : évaluation de leurs connaissances après prescription de médicaments dans un CHU parisien. *J Pharm Clin.* 2002;21(2):115-21.
6. HAS. *Manuel de certification des établissements de santé.* 2014. Report No.: V2010.
7. Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient Comprehension of Emergency Department Care and Instructions: Are Patients Aware of When They Do Not Understand? *Ann Emerg Med.* 2009;53(4):454-461.e15.
8. Claessens Y-E, 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.* 2009;22.
9. Dhôte R, Conort O, Hazebrouck G, Christoforov B. Les patients hospitalisés connaissent-ils leurs traitements ? *J Pharm Clin.* 1997;16(2):117-20.
10. Pullar T, Roach P, Mellor EJ, McNeece J, Judd A, Feely M, et al. Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital. *J Clin Pharm Ther.* 1989;14(1):57-9.
11. Logan PD, Schwab RA, Salomone JA, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. *South Med J.* août 1996;89(8):770-4.
12. Fournier C. *Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires.* 2018;(232).
13. Vashi A, Rhodes KV. « Sign right here and you're good to go »: a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. *Ann Emerg Med.* 2011;57(4):315-322.e1.
14. Périno L. *Biais de participation [Internet].* LucPérino.com. 2016. Disponible sur: <https://lucperino.com/496/biais-de-participation.html>

15. 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]: Lille 2 - Droit et Santé; 2011.
16. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective discharge communication in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2012;60(2):152-9.
17. Claessens Y-E, 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. (French). *Stand Inf Proced Does Improve Patients Comprehension Emerg Obs Units Engl.* 2017;7(6):365.
18. Marchandea C. Coordination entre médecins généralistes et médecins urgentistes suite au passage des patients au centre régional universitaire des urgences de Dijon : qualité et ressenti des informations transmises [Thèse d'exercice]. [Dijon]: UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine; 2017.
19. Carneiro B, Paré F, Roy PM, Fanello S. Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes. *Sante Publique (Bucur).* 2014;Vol. 26(2):165-72.
20. Qureshi R, Asha SE, Zahra M, Howell S. Factors associated with failure to follow up with a general practitioner after discharge from the emergency department. *Emerg Med Australas EMA.* 2012;24(6):604-9.

## Annexe 1 : HAS Recommandations de bonne pratique, Mai 2012

Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé

---

### Recommandations

#### 1 Le contenu et les qualités de l'information

##### 1.1 Le contenu de l'information

L'information porte sur l'état de santé de la personne.

Lorsque des investigations, traitements ou actions de prévention sont envisagés, le professionnel de santé délivre à la personne, dans le cadre de ses compétences, les informations permettant à cette dernière de prendre ses décisions en connaissance de cause. Il décrit le suivi proposé et répond aux questions posées.

L'information prend en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques, tenant compte des connaissances médicales avérées :

- l'état de santé de la personne et son évolution la plus souvent observée. En cas de maladie, elle porte sur ses caractéristiques et son évolution habituelle avec et sans traitement, y compris en ce qui concerne la qualité de vie ;
- la description, le déroulement et l'organisation des investigations, des soins, des actes envisagés et l'existence ou non d'une alternative ; leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence ; les bénéfices escomptés ; les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ; les conseils à la personne et les précautions qui lui sont recommandées ;
- le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées.

Il est essentiel de présenter les différents choix possibles, pour permettre à la personne de se représenter les enjeux de sa décision quelle qu'elle soit : accord ou refus.

##### 1.2 Les qualités de l'information

Qu'elle soit donnée exclusivement de façon orale ou accompagnée d'un document écrit, elle répond aux mêmes critères de qualité :

- être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée ;
- présenter, quand elles existent, les alternatives possibles ;
- présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels.

L'information porte sur les risques fréquents et, pour les risques normalement prévisibles, sur les risques graves, c'est-à-dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. L'information porte également sur les risques spécifiques à la personne et les précautions particulières à prendre pour les éviter.

Au cours de cette démarche, le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, par exemple en lui demandant de dire ce qu'elle a compris.

Le professionnel de santé indique la proposition qui a sa préférence, en expliquant ses raisons. Il invite la personne à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données. Il lui propose de revenir pour un autre entretien dans le cas où elle se poserait des questions nouvelles. Il lui propose également, si nécessaire, de recourir à un second avis.

## **Annexe 2 : Article 34 du Code de Déontologie Médicale**

01/04/2019

Code de la santé publique - Article R4127-34 | Legifrance



### **Chemin :**

#### **Code de la santé publique**

- ▶ Partie réglementaire
  - ▶ Quatrième partie : Professions de santé
    - ▶ Livre Ier : Professions médicales
      - ▶ Titre II : Organisation des professions médicales
        - ▶ Chapitre VII : Déontologie
          - ▶ Section 1 : Code de déontologie médicale
            - ▶ Sous-section 2 : Devoirs envers les patients.

### **Article R4127-34**

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution.

### **Liens relatifs à cet article**

Codifié par:

Décret 2004-802 2004-07-29

Anciens textes:

Décret 95-1000 1995-09-06 art. 34

Code de déontologie médicale - art. 34 (Ab)

## **Annexe 3 : Article 35 du Code de Déontologie Médicale**

01/04/2019

Code de la santé publique - Article R4127-35 | Legifrance



### **Chemin :**

#### **Code de la santé publique**

- ▶ Partie réglementaire
  - ▶ Quatrième partie : Professions de santé
    - ▶ Livre Ier : Professions médicales
      - ▶ Titre II : Organisation des professions médicales
        - ▶ Chapitre VII : Déontologie
          - ▶ Section 1 : Code de déontologie médicale
            - ▶ Sous-section 2 : Devoirs envers les patients.

### **Article R4127-35**

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

### **Liens relatifs à cet article**

#### **Cite:**

Code de la santé publique - art. L1111-7 (M)

#### **Codifié par:**

Décret 2004-802 2004-07-29

#### **Anciens textes:**

Décret 95-1000 1995-09-06 art. 35

Code de déontologie médicale - art. 35 (Ab)



# Usagers, vos droits

## Charte de la personne hospitalisée

**Principes généraux\***

circulaire n° DH/OSSE/SDG/SD11/SD10/SD4A/2006/N6 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

- 

**1** Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

**2** Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

**3** L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

**4** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 

**5** Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 

**6** Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

**7** La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

**8** La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

**9** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

**10** La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

**11** La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

\* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

Bureau Santé 0644 - Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé - Créé le 2006

## Annexe 5 : Questionnaire d'étude

	Numéro du questionnaire	
	Consentement	
	Service	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgence</li> <li>- Médecine</li> </ul>
	Qui répond ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient</li> <li>- Aidant</li> <li>- Parent</li> </ul>
<b>Caractéristiques</b>		
	Sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculin</li> <li>- Féminin</li> </ul>
	Situation familiale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Célibataire</li> <li>- En couple</li> <li>- Veuf/veuve</li> <li>- Personne dpdte</li> </ul>
	Catégorie socio-professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agriculteur</li> <li>- Cadre</li> <li>- Ouvrier</li> <li>- Artisan, commerçant</li> <li>- Employé</li> <li>- Inactif</li> <li>- Etudiant</li> <li>- Retraité</li> <li>- Profession libérale</li> </ul>
	Niveau d'études	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brevet des collèges</li> <li>- BEP/CAP</li> <li>- Lycée</li> <li>- Bac à Bac +2</li> <li>- &gt; Bac +2</li> </ul>
	Langue française maîtrisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Age	
<b>Diagnostic</b>		
	Avez-vous compris pourquoi vous avez été hospitalisé/diagnostic?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Si oui, pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compris</li> <li>- Non compris</li> </ul>
	Si non, pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas expliqué</li> <li>- Pas retenu</li> <li>- Autre</li> </ul>
<b>Ttt de sortie</b>		
	Aviez-vous un ttt médical à l'entrée ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Avez-vous un traitement de sortie ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>
	Selon le dossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>

	Si oui, a-t'il été modifié ou complété ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Selon le dossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Avez-vous compris le but de votre nouveau traitement ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Vous a-t-on parlé des potentiels effets secondaires de votre nouveau ttt ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Si oui, quels sont-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compris</li> <li>- Non compris</li> </ul>
<b>Consignes de sortie</b>		
	Vous a-t-on expliqué comment prendre votre nouveau traitement ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>
	Si oui, comment ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compris</li> <li>- Non compris</li> </ul>
	Vous a-t-on donné des consignes pour la suite de la prise en charge ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Avez-vous compris ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Non</li> </ul>
	Qu'elles étaient-elles ? Selon patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règles hygiéno-diététiques</li> <li>- Examens en externe</li> <li>- Revoir son médecin traitant</li> <li>- Consult spécialiste</li> <li>- Soins IDE</li> <li>- Surveillance</li> </ul>
	Avez-vous posé des questions ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui</li> <li>- Oui après que l'on vous l'ait demandé</li> <li>- Non</li> </ul>
	Selon dossier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règles hygiéno-diététiques</li> <li>- Examens en externe</li> <li>- Revoir son médecin traitant</li> <li>- Consult spécialiste</li> <li>- Soins IDE</li> <li>- Surveillance</li> </ul>
	Qui vous a expliqué ? Ou à votre aidant ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Externe</li> <li>- Interne</li> <li>- Senior</li> <li>- Infirmier</li> <li>- Ne sait pas</li> </ul>

## **Annexe 6 : Information aux professionnels**

Bonjour,

Je suis jeune médecin généraliste.

Dans le cadre de ma thèse encadrée par le Dr Gaborit et le Dr Pornin et en association avec le CH du Chinois, je réalise une enquête sur la compréhension par le patient des informations reçues au cours et en sortie d'hospitalisation.

Pour cela, j'aurais besoin de rencontrer les patients sortants à domicile du service de Médecine et des Urgences pour remplir avec eux un questionnaire.

Le recueil se déroulera à partir du mois d'octobre pour 2 à 3 mois environ, à raison d'une ou deux fois par semaine.

Je me présenterai à vous les jours où je serai présente et je vous remercierai de penser à moi à chaque sortie de patient.

Cordialement.

Adélaïde SERGENT

## **Annexe 7 : Information aux patients**

Bonjour,

Je suis jeune médecin généraliste.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur les informations données aux patients au cours et en fin d'hospitalisation.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme d'une vingtaine de questions que je vous poserai moi-même.

Acceptez-vous de répondre à ce questionnaire maintenant ?

Adélaïde SERGENT

## **Annexe 8 : Compréhension du traitement médicamenteux**

**Tableau 4 : Compréhension du traitement médicamenteux dans la population d'étude**

<b>Compréhension du traitement médicamenteux</b>	
Aviez-vous un traitement médicamenteux avant l'hospitalisation ?	n=100
- Oui	75 (75%)
- Non	22 (22%)
- Ne sait pas	3 (3%)
Concordance patient/dossier traitement de sortie	n=100
- Oui	88 (88%)
- Non	12 (12%)
Concordance patient/dossier modification du traitement d'entrée	n=75
- Oui	48 (64%)
- Non	27 (36%)
Avez-vous compris le but de votre nouveau traitement ?	n=66
- Oui	49 (74,2%)
- Non	17 (25,8%)
Vous a-t-on expliqué comment prendre votre nouveau traitement ?	n=66
- Oui	37 (56,1%)
- Non	19 (28,8%)
- Ne sait pas	10 (15,1%)
Si oui, compris ?	n=37
- Oui	26 (70,3%)
- Non	11 (29,7%)
Vous a-t-on parlé des potentiels effets secondaires de votre nouveau traitement ?	n=66
- Oui	5 (7,6%)
- Non	56 (84,8%)
- Ne sait pas	5 (7,6%)
Si oui, compris	n=5
- Oui	2 (40%)
- Non	3 (60%)

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

## **Annexe 9 : Compréhension des consignes de sortie**

**Tableau 5 : Compréhension des consignes de sortie dans la population d'étude**

<b>Compréhension des consignes de sortie</b>	
Vous a-t-on donné des consignes pour la suite de la prise en charge ?	n=100
- Oui	70 (70%)
- Non	8 (8%)
- Ne sait pas	22 (22%)
Avez-vous compris ?	n=70
- Oui	58 (82,9%)
- Non	12 (17,1%)
Concordance patient/dossier consignes de sortie	n=78
- Oui	54 (69,2%)
- Non	24 (30,8%)

*Les variables qualitatives sont exprimées en nombres et pourcentages (%).*

## **Annexe 10 : Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison**

### **Article 1**

ELI: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSH1612283D/jo/article\\_1](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSH1612283D/jo/article_1)

Alias: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/2016-995/jo/article\\_1](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/2016-995/jo/article_1)

La section 1 du chapitre II du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Le quatrième alinéa de l'article R. 1112-1 est supprimé ;

2° Après l'article R. 1112-1, il est inséré deux articles ainsi rédigés :

« Art. R. 1112-1-1.-Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4. Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations. Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

« Lorsqu'il est fait application de l'article L. 3213-1, le certificat médical circonstancié tient lieu de lettre de liaison pour l'admission dans l'établissement d'accueil.

« Art. R. 1112-1-2.-1.-Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

« Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient. Elle est adressée par messagerie sécurisée répondant aux conditions prévues à l'article L. 1110-4-1, ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations, et versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé.

« II.-Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

« 1° Identification du patient, du médecin traitant, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification du médecin de l'établissement de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation ;

« 2° Motif d'hospitalisation ;

« 3° Synthèse médicale du séjour précisant le cas échéant, les événements indésirables survenus pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;

« 4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement ;

« 5° Annonce, le cas échéant, de l'attente de résultats d'examen ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison ;

« 6° Suites à donner, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières. »

## Annexe 11 : Cotation pratique du spécialiste en Médecine Générale, MG France

# NGAP

### Nomenclature Générale des Actes Professionnels

#### ● Les lettres clefs

Consultation de base	G(S)	25
Bébé J 8 M9 M24 (Remplir le carnet de santé)*	COE	46
Enfant suivi risque obésité (3-12 ans. 2 fois/an)*/ ***	CSO	46
Adolescente Contraception Prévention (1 consult. de 15 à 18 ans)*	CCP	46
Acte ponctuel de consultant (sur envoi explicite du MTT)	APC	48

#### ● Les actes avec majoration

Acte coordonné (soins itératifs sur envoi MTT)	G(S)+MCG	30
Enfant 0 à 6 ans (jusqu'à l'anniversaire + remplir carnet de santé)	G(S)+MEG	30
Suite d'hospitalisation pour pathologie chronique (1 fois dans le mois suivant la sortie)**	G(S)+MSH	48
Suite d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (1 fois dans les 2 mois suivant la sortie)**	G(S)+MIC	48
Consultation initiale d'information cancer ou patho.neurodégénérative ***	G(S)+MIS	55
Consultation initiale d'information VIH***	G(S)+PIV	55
Envoi en urgence au spécialiste ( RDV sous 48h)*	G(S)+MUT	30
MTT recevant en urgence son patient à la demande du centre de régulation*, **	G(S)+MRT	40



**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen**

**De la Faculté de Médecine de Tours**

**Tours, le**

## Sergent Adélaïde

64 pages – 18 tableaux – 4 figures.

### Résumé :

Introduction : Dans une optique d'évaluation des pratiques professionnelles pour la certification qualité du Centre Hospitalier du Chinonais, l'objectif de cette étude est d'évaluer la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes en sortie d'hospitalisation de deux services (Accueil des Urgences et Médecine).

Matériel et Méthodes : Etude prospective, monocentrique, non randomisée réalisée du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 28 février 2019 au Centre Hospitalier du Chinonais incluant 100 patients sortants au domicile. Nous avons évalué la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie en comparant les réponses du patient à celles de son dossier médical informatisé pour déterminer le taux de compréhension.

Résultats : Quatre-vingt-deux pourcents des patients disaient avoir compris leur diagnostic mais seuls 53 (55,8%) l'avaient réellement compris. Il existait une différence significative entre la compréhension subjective et réelle du patient ( $p < 0,001$ ). Soixante-quatre pourcents des patients savaient correctement que leur traitement initial avait été modifié mais seuls 74,2% avaient compris le but de leur nouveau traitement. Les modalités de prise du traitement n'avaient été expliquées qu'à 56,1% des patients et les effets secondaires à 7,6%. Enfin, 69,2% des patients connaissaient de façon correcte leurs consignes de sortie.

Conclusion : Ces résultats montrent qu'il existe un défaut de compréhension dans les 3 items principaux de la prise en charge hospitalière. Il semble légitime de repenser la façon de délivrer les informations au patient et de s'assurer de leur bonne compréhension pour optimiser la prise en charge du patient.

Mots clés : compréhension, information, diagnostic, traitement de sortie, consignes de sortie, hospitalisation

### Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU  
Directeurs de thèse : Docteur Claire GABORIT & Docteur Antoine PORNIN  
 Membres du Jury : Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
 Professeur Emmanuel RUSCH

Date de soutenance : 27 juin 2019