



Faculté de médecine

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Jean-Baptiste CASTELL

Né le 29 mai 1991 à Trappes (78)

Quelle est la compréhension par le patient du diagnostic, du traitement et des consignes dans les suites d'une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais ?

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine – Tours

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

Directeur de thèse : Docteur Guillaume SASSEIGNE, Médecine Générale – Tours

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 Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *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 Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU
– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.
CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN
– J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN
– M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE –
AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C.
MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER –
J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – 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
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
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
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – 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
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
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-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
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-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

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

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
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	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
UILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
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
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

Pour l'Ecole d'Orthoptie

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 Monsieur le Professeur François MAILLOT, pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Bertrand FOUGERE, pour avoir accepté de lire et juger mon travail. Soyez assuré de ma plus respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL, pour avoir accepté de lire et juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Guillaume SASSEIGNE, pour avoir accepté de diriger ma thèse. Je te remercie pour ta disponibilité, tes nombreux conseils, et ta patience.

A Marie pour ton soutien quotidien et ta bienveillance

A ma famille et à mes amis pour votre fidélité et votre soutien

Résumé :

Introduction : Pour une bonne adhésion du patient à la prise en charge médicale, la compréhension des informations reçues lors d'une hospitalisation est nécessaire. Nous explorons donc la compréhension de ces informations par le patient suite à une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinois.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, monocentrique, non randomisée, réalisée du 2 septembre 2020 au 11 février 2021 sur 104 patients. Nous évaluons la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes en questionnant les patients le jour de la sortie puis une semaine plus tard. Les réponses sont comparées à la lettre de liaison pour évaluer la qualité de la compréhension.

Résultats : Le jour de la sortie, la compréhension du diagnostic est de 63%, du nouveau traitement de 45% et des consignes de 60%. Une semaine plus tard, la compréhension du diagnostic est de 81%, du nouveau traitement de 69% et des consignes de 65%. Il existe une amélioration significative de la compréhension du diagnostic ($p=0,008$), du traitement ($p=0,005$) et des 3 items regroupés ($p=0,004$). Les patients qui ont consulté leur médecin traitant dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation ont statistiquement mieux compris le diagnostic ($p=0,03$), le nouveau traitement ($p=0,01$) et les 3 items regroupés ($p=0,04$).

Discussion : Ces résultats montrent une amélioration de la compréhension lors de la semaine suivant la sortie de l'hôpital et après consultation du médecin traitant. Cette amélioration peut également être expliquée par la remise de la lettre de liaison en main propre le jour de la sortie.

Abstract:

Introduction: In order for a patient to properly endorse their medical treatment, it is necessary that they understand the information given to them during hospitalization. We are hence exploring patients' understanding of this information after being hospitalized in the multi-disciplinary Department of Medicine of the Chinonais Hospital.

Methods: This is a non-randomized monocentric prospective and descriptive observational study. It was conducted from September 2, 2020 to February 11, 2021 on 104 patients. We here evaluated the comprehension of diagnosis, treatment, and discharge instructions by quizzing patients on discharge day and again one week later. The answers were then compared to the hospital discharge letter in order to evaluate the quality of their comprehension.

Results: On discharge day, 63% of the patients had understood their diagnosis, 45% had understood their treatment and 60% had understood discharge instructions. One week later, the figures were 81% for diagnosis; 69% for treatment, and 65% for discharge instructions. There is significant improvement of diagnosis comprehension ($p=0.008$), treatment (69%), and of the 3 items together ($p=0.004$). Patients who visited their GP during the week following discharge had understood their diagnosis ($p=0.03$), new treatment ($p=0.01$) and the 3 items together ($p=0.04$) statistically better.

Discussion: Those results show an improvement of comprehension during the week following discharge and after a GP visit. This improvement could also be explained by the direct delivery to the patient on discharge day of the hospital discharge letter.

Liste des abréviations :

Bac : baccalauréat

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

Covid-19 : Coronavirus Disease 2019

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

H/F : hommes/femmes

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Sommaire :

Remerciements	7
Résumé :	9
Abstract:	10
Liste des abréviations :	11
Sommaire :	12
1. Introduction	14
2. Matériel et méthode	16
2.1. Schéma de l'étude	16
2.2. Population de l'étude	16
2.3. Questionnaire	16
2.4. Recueil de données	17
2.5. Cadre éthique	18
2.6. Résultats et statistiques	18
3. Résultats	19
3.1. Analyses des résultats le jour de la sortie de l'hôpital	19
▪ Description de la population	19
▪ Compréhension du diagnostic	19
▪ Compréhension du traitement de sortie	20
▪ Compréhension des consignes de sortie	21
▪ Compréhension des trois items regroupés	21
▪ Compréhension en fonction de la pathologie et de l'âge	22
3.2. Analyses à une semaine de la sortie	22
▪ Description de la population des patients ayant répondu par téléphone	22
▪ Compréhension du diagnostic	23
▪ Compréhension du traitement de sortie	24

▪	Compréhension des consignes de sortie	24
▪	Compréhension des trois items regroupés	25
▪	Compréhension en fonction de la pathologie et de l'âge.....	25
3.3.	Comparaison de compréhension entre le jour de la sortie et une semaine après	26
3.4.	Analyse des sous-groupe « patients ayant reconsulté leur médecin traitant » et « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant »	27
▪	Description des sous-groupes	27
▪	Compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes reçues	28
▪	Comparaison des différents sous-groupes	29
4.	Discussion	30
4.1.	Forces et faiblesses de l'étude	30
4.2.	Discussion des résultats.....	31
▪	A propos de la compréhension le jour de la sortie	31
▪	A propos de la compréhension à une semaine de la sortie de l'hôpital.....	33
▪	Comparaison de la compréhension des patients à la sortie et une semaine après la sortie 33	
▪	Comparaison des groupes ayant reconsulté et n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant	34
▪	A propos de la compréhension selon la pathologie et l'âge	35
5.	Conclusion.....	36
	Bibliographie :	37
	Annexes :	40

1. Introduction

L'information au malade délivrée par le médecin constitue une étape importante dans la prise en charge d'un patient. Elle est destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre de prendre les décisions concernant sa santé. Selon les articles R4127-35 et R4127-34 du code de la santé publique, le médecin doit à la personne qu'il prend en charge « une information loyale, claire et appropriée » et doit « formuler ses prescriptions avec clarté [...] et veiller à leur compréhension ». (1,2). Si ce devoir s'applique au médecin, il en est de même pour les établissements hospitaliers. La Charte des patients hospitalisés, remise à chaque patient, à son admission dans l'établissement y consacre deux articles ; les articles 3 et 4 (3) y expliquent que l'information doit être « accessible et loyale » pour garantir « la compréhension des patients [...] afin de garantir l'accès à l'information. ».

En effet, une mauvaise compréhension des informations données à l'hôpital est associée à une mauvaise compliance (4) et peut avoir des conséquences sur la santé des patients : évènement de santé indésirable, mésusage médicamenteux, réhospitalisations... (5,6).

Or, de nombreuses études montrent que les patients ne comprennent pas bien les informations données (4,5,7-13). La majorité de ces études ont été réalisées à la suite d'un passage ou d'une hospitalisation dans un service d'urgence. (4,7-12).

Un premier travail de thèse a été réalisé en 2019 (14) pour explorer la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes au Centre Hospitalier du Chinonais en sortie d'hospitalisation, dans deux services différents, le service des urgences et celui de médecine polyvalente. Au moment de l'étude, le patient sortait du service de médecine polyvalente avec un courrier provisoire manuscrit. Cette étude concluait « qu'il existait un défaut de compréhension », plus important chez les patients sortant du service de médecine polyvalente que du service des urgences : 30% des patients seulement avaient compris leur diagnostic.

Ce premier travail (14) proposait pour améliorer la compréhension du patient « une consultation systématique avec le médecin traitant [...] après une hospitalisation. »

Depuis lors, en application du décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (15), le patient sortant du service de médecine polyvalente reçoit en main propre, par le médecin, la lettre de liaison définitive, le jour de la sortie.

Au vu de ces données, nous avons voulu explorer plus particulièrement la qualité de la compréhension à la sortie du service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie dans les suites d'une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais. Les objectifs secondaires étaient de rechercher s'il existait une différence de compréhension entre le jour de la sortie et une semaine plus tard, de décrire la part des patients ayant consulté leur médecin traitant et d'explorer les éventuels effets sur cette compréhension.

2. Matériel et méthode

2.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, monocentrique, non randomisée, incluant tous les patients sortant d'hospitalisation du service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais.

2.2. Population de l'étude

Nous avons inclus tout patient hospitalisé dans le service de médecine polyvalente quelle que soit la durée du séjour, en dehors de ceux concernés par les critères d'exclusion.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- refus de participer,
- transfert vers un autre établissement de soins (SSR et HAD compris),
- patient sortant au domicile en EHPAD,
- patient non communicant ou ne maîtrisant pas la langue française,
- patient avec des troubles neurocognitifs majeurs diagnostiqués ou mentionnés dans le dossier,
- patient sortant contre avis médical.

2.3. Questionnaire

Le questionnaire, rédigé sur support informatique, était imprimé pour être réalisé dans la chambre du patient, autant de fois que nécessaire. Il comprenait un en-tête et deux grandes parties.

- L'en-tête du questionnaire, intitulé « caractéristiques », comprenait le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'études et le suivi par un médecin traitant.
- La première partie du questionnaire, réalisée le jour de la sortie, était divisée en trois sous-parties qui portaient respectivement sur la compréhension du diagnostic, la compréhension d'un nouveau traitement prescrit par le médecin hospitalier, et enfin la compréhension des consignes de suivi, concernant les examens complémentaires, les consultations médicales puis les signes ou symptômes d'alerte.
- La deuxième partie du questionnaire réalisée à une semaine de la sortie par téléphone comprenait les mêmes sous-parties que la première partie.

Notre partie « consignes de sortie » correspondait à la partie intitulée « suites à donner » dans le décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (15).

2.4. Recueil de données

Le recueil s'est déroulé entre le 2 septembre 2020 et le 11 février 2021. L'objectif était d'avoir au minimum un échantillon de 100 patients.

Il se déroulait en deux étapes pour chaque patient : un premier interrogatoire le jour de la sortie et un deuxième une semaine plus tard. L'interrogatoire fait à une semaine de la sortie avait pour but de limiter les biais de mémorisation immédiatement secondaires à la remise des documents de sortie ; cependant pour des raisons pratiques (évaluation de la capacité à répondre du patient, présentation de l'investigateur au patient pour s'assurer une réponse téléphonique et prise de connaissance du dossier médical) et afin d'assurer un nombre suffisant de données à exploiter, nous avons décidé de procéder également à un questionnaire le jour de la sortie du service. Cela permettait de comparer les réponses aux deux moments cités ci-dessus et de rechercher d'éventuelles différences en fonction de l'accomplissement, ou non, de la consultation chez le médecin traitant.

Après avoir reçu de l'équipe soignante les documents liés à son départ (ordonnance, lettre de liaison, convocation avec spécialiste, bon de transport), le patient sortant était informé du déroulé de l'étude dans le service puis son accord lui était demandé par oral après lecture d'une fiche d'information. S'il acceptait de participer, nous procédions à la première étape de l'étude : l'investigateur, interne en médecine et extérieur à l'établissement, menait un entretien individuel à l'aide du questionnaire, remplissait la première partie et le patient était inclus dans l'étude. L'entretien se déroulait dans la chambre du patient ou dans le salon des familles si la chambre était double avec présence du voisin pour pouvoir respecter la confidentialité. L'identité du patient ainsi que son numéro de téléphone étaient notés dans un cahier avec un numéro correspondant au numéro du questionnaire rempli.

La deuxième étape de l'étude était réalisée par téléphone une semaine plus tard. De nouveau, il était demandé au patient s'il acceptait de répondre. Les réponses étaient recueillies sur la deuxième partie du questionnaire, déjà utilisé pour le patient en sortie d'hospitalisation. Si le patient s'avérait injoignable deux fois dans la journée, un message était laissé pour prévenir d'un dernier rappel le lendemain. Si ce dernier rappel restait sans réponse, le patient était considéré perdu de vue.

Les réponses obtenues pour chaque patient étaient comparées aux informations de la lettre de liaison pour évaluer leur pertinence.

Une réponse exprimée par le patient dans ses propres mots était considérée exacte si elle reflétait, selon l'investigateur, la réalité sans exiger le terme médical.

2.5. Cadre éthique

L'accord du patient était recueilli par oral après lecture d'une fiche d'information remise préalablement. Le patient pouvait se rétracter de l'étude à n'importe quel moment en contactant l'investigateur via un formulaire d'opposition qui lui était remis.

L'accès au dossier informatisé avait été demandé au service informatique, après accord du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du directeur de l'établissement. Après signature de la charte informatique et de confidentialité, il avait été délivré à l'investigateur un code d'accès personnel en lecture seule au dossier médical.

Après avoir fait la demande auprès de la coordinatrice de la cellule « recherches non interventionnelles » de la faculté de Médecine de Tours, l'accord de la CNIL était donné et l'étude enregistrée sous le numéro 2020_060.

2.6. Résultats et statistiques

Les données étaient entrées dans un tableau Excel®. Les analyses statistiques ont été faites par un test de Chi2, via la plateforme <https://biostatgv.sentiweb.fr/>. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif (n) et en pourcentage. Le seuil de significativité des tests statistiques est fixé à 5%.

Nous avons d'abord décrit :

- les caractéristiques des patients de notre échantillon,
- la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie le jour de la sortie de notre population d'étude,
- la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes selon la pathologie et l'âge.

Nous avons procédé de même avec les résultats recueillis une semaine après la sortie.

Puis nous avons comparé les réponses entre le jour de la sortie de l'hôpital et une semaine plus tard.

Enfin nous avons comparé la compréhension entre deux sous-groupes : les patients ayant consulté leur médecin traitant dans la semaine suivant la sortie et ceux qui ne l'avaient pas consulté.

3. Résultats

3.1. Analyses des résultats le jour de la sortie de l'hôpital

▪ Description de la population

La population d'étude était constituée de 104 patients sortant d'une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais.

Il y avait 66 hommes et 38 femmes, le sexe ratio était de 1,7.

Les patients étaient âgés de 20 à 96 ans : 13,5% des patients avaient moins de 60 ans, 33,5% avaient entre 60 et 74 ans, 41,5% avaient entre 75 et 89 ans et 11,5% avaient plus de 90 ans. La moyenne d'âge était de 74,5 ans et la médiane de 76 ans.

Le niveau d'études des patients de la population d'étude se répartissait ainsi : 43,5% avaient un niveau d'études correspondant à un brevet des collèges ou un certificat d'études, 20% avaient un BEP ou un CAP, 20% avaient un niveau baccalauréat ou plus et 16,5% n'avaient pas de diplôme scolaire.

Enfin les retraités représentaient une très large proportion des catégories socio-professionnelles avec 84,5%. Les autres catégories représentaient entre 0,9% et 4,8%. (Agriculteurs : 2 ; artisan/commerçant : 1 ; autres personnes : 3 ; employés : 3 ; ouvriers : 5 ; professions intermédiaires : 3 ; retraités : 88)

98% des patients avaient déclaré un médecin traitant.

▪ Compréhension du diagnostic

- Le jour de la sortie de l'hôpital, 87 patients interrogés affirmaient connaître le diagnostic principal lié à leur hospitalisation :

Tableau 1 : Compréhension du diagnostic selon le patient

Compris	87 (83,6%)
Non compris	17 (16,4%)

- En comparant leurs réponses avec la lettre de liaison, on constate que parmi ces 87 patients, 66 donnaient le bon diagnostic :

**Tableau 2 : Compréhension réelle du diagnostic parmi les patients ayant répondu
« compris »**

Compris	66 (75,8%)
Non compris	21 (24,2%)

Quand le patient pensait connaître son diagnostic, il se trompait dans 24% des cas.

- Au total, 66 patients, soit 63%, connaissaient correctement leur diagnostic :

Tableau 3 : Compréhension réelle du diagnostic

Patient ayant compris leur diagnostic	66 (63%)
Patient n'ayant pas compris leur diagnostic	38 (37%)

- Compréhension du traitement de sortie

Dans la population d'étude, 77 patients avaient reçu un nouveau traitement à la sortie de l'hôpital :

- 55 patients, soit 71,4%, savaient qu'un nouveau traitement leur était prescrit :

Tableau 4 : Connaissance de la prescription d'un nouveau traitement

Patients qui savaient devoir suivre un nouveau traitement à la sortie	55 (71,4%)
Patients qui ignoraient devoir suivre un nouveau traitement à la sortie	22 (28,6%)

- 35 patients, soit 45,4%, savaient correctement expliquer le but de leur nouveau traitement :

Tableau 5 : Compréhension du but du nouveau traitement

But du nouveau traitement compris	35 (45,4%)
But du nouveau traitement non compris	42 (54,6%)

- Compréhension des consignes de sortie

Dans la population d'étude, 96 patients avaient reçu des consignes de sortie (examens complémentaires, consultations médicales et/ou signe ou symptôme d'alerte).

- 89 patients, soit 92,7%, savaient dire qu'ils avaient reçu des consignes :

Tableau 6 : Connaissance de la présence de consigne de sortie

Patients qui savaient avoir reçu des consignes de sortie	89 (92,7%)
Patients qui ignoraient avoir reçu des consignes de sortie	7 (7,3%)

- 58 patients, soit 60,4%, savaient les expliquer :

Tableau 7 : Compréhension des consignes de sortie reçues

Consignes de sortie comprises	58 (60,4%)
Consignes de sortie non comprises	38 (39,6%)

- Compréhension des trois items regroupés

- En regroupant les patients qui avaient reçu à la fois un nouveau traitement et des consignes de sortie, il y a 24 patients sur 74, soit 32,4%, qui avaient compris les trois items :

Tableau 8 : Compréhension des trois items regroupés

Compris	24 (32,4%)
Non compris	50 (67,6%)

- Compréhension en fonction de la pathologie et de l'âge

Tableau 9 : Compréhension selon la pathologie d'hospitalisation

Pathologies	Effectif	Diagnostic compris	Nouveau traitement	But du traitement compris	Consignes reçues	Consignes comprises
Cardiaques	25	9 (36%)	21	6 (28,5%)	24	9 (37,5%)
Neurologiques	15	11 (73%)	10	2 (20%)	14	6 (43%)
Pulmonaires	12	8 (66,7%)	8	5 (62,5%)	11	7 (63,6%)
Hémato/cancéro	14	13 (93%)	10	6 (60%)	14	10 (71,4%)
Digestives	7	6 (85,7%)	7	3 (43%)	6	5 (83,3%)
Infections urinaires	7	3 (43%)	6	3 (50%)	7	3 (43%)

Tableau 10 : Compréhension selon l'âge

Age	Effectif	Diagnostic compris	Nouveau traitement	But du nouveau traitement compris	Consignes reçues	Consignes comprises
<60	14	12 (86%)	11	6 (54,5%)	14	11 (78,5%)
60-74	35	27 (77%)	25	16 (64%)	31	22 (71%)
75-89	43	22 (51%)	31	9 (29%)	39	15 (38,4%)
>90	12	5 (41,6%)	10	4 (40%)	11	4 (36,3%)

3.2. Analyses à une semaine de la sortie

- Description de la population des patients ayant répondu par téléphone

80 patients ont répondu au questionnaire par téléphone. Ils se répartissaient ainsi : 18 perdus de vue, 5 réhospitalisations, 1 refus de participer.

Il y avait 51 hommes et 29 femmes. Le sex-ratio H/F était de 1,75.

Les patients étaient âgés de 20 à 96 ans. 17,5% avaient moins de 60 ans, 33,75% avaient entre 60 et 74 ans, 40% avaient entre 75 et 89 ans et 8,75% avaient plus de 90 ans. La moyenne d'âge était de 72,8 ans et la médiane de 74 ans.

Le niveau d'études de l'échantillon se répartissait ainsi : 37,5% des patients avaient un certificat d'études ou un brevet des collèges, 25% avaient un BEP ou un CAP, 23,75% avaient un niveau baccalauréat ou plus et 13,75% n'avaient aucun diplôme.

Enfin les retraités représentaient toujours une large majorité des catégories socio-professionnelles avec 80% des effectifs. Les autres catégories allaient de 1,25% à 6,25%. (Agriculteurs : 2 ; artisan/commerçant : 1 ; autres personnes : 3 ; employés : 2 ; ouvriers : 5 ; professions intermédiaires : 3 ; retraités : 64)

Après analyse statistique par un test de Chi2, les populations interrogées le jour de la sortie de l'hôpital et interrogées à une semaine de la sortie ne présentaient pas de différence significative sur le sexe, l'âge, le niveau d'étude et les catégories socio-professionnelles.

- Compréhension du diagnostic

- Une semaine après la sortie de l'hôpital, 73 patients interrogés affirmaient connaître le diagnostic principal lié à leur hospitalisation :

Tableau 11 : Compréhension du diagnostic selon le patient

Compris	73 (91,25%)
Non compris	7 (8,75%)

- En comparant leurs réponses avec la lettre de liaison, on constate que parmi ces 73 patients, 65 donnent le bon diagnostic :

**Tableau 12 : Compréhension réelle du diagnostic parmi les patients ayant répondu
« compris »**

Compris	65 (89%)
Non compris	8 (11%)

Quand le patient pensait connaître son diagnostic, il se trompait dans 11 % des cas.

- Au total, 65 patients, soit 81,25%, connaissaient correctement leur diagnostic :

Tableau 13 : Compréhension réelle du diagnostic

Patient ayant compris leur diagnostic	65 (81,25%)
Patient n'ayant pas compris leur diagnostic	15 (18,75%)

- Compréhension du traitement de sortie

Dans l'échantillon d'étude, 59 patients avaient reçu un nouveau traitement à la sortie de l'hôpital :

- 45 patients, soit 76,25%, savaient qu'un nouveau traitement leur était prescrit :

Tableau 14 : Connaissance de la prescription d'un nouveau traitement

Patients qui savaient devoir suivre un nouveau traitement à la sortie	45 (76,25%)
Patients qui ignoraient devoir suivre un nouveau traitement à la sortie	14 (23,75%)

- 41 patients, soit 69%, savaient correctement expliquer le but de leur nouveau traitement :

Tableau 15 : Compréhension du but du nouveau traitement

But du nouveau traitement compris	41 (69%)
But du nouveau traitement pas compris	18 (31%)

- Compréhension des consignes de sortie

Dans la population d'étude, 73 patients avaient reçu des consignes de sortie (examens complémentaires, consultation médicales et/ou signe ou symptôme d'alerte) :

- 66 patients, soit 90,4%, savaient dire qu'ils avaient reçu des consignes de sortie :

Tableau 16 : Connaissance de la présence de consignes de sortie

Patients qui savaient avoir reçu des consignes de sortie	66 (90,4%)
Patients qui ignoraient avoir reçu des consignes de sortie	7 (9,6%)

- 48 patients, soit 65,7%, savaient les expliquer :

Tableau 17 : Compréhension des consignes de sortie reçues

Consignes de sortie comprises	48 (65,7%)
Consignes de sortie pas comprises	25 (34,3%)

- Compréhension des trois items regroupés
 - En regroupant les patients qui avaient reçu à la fois un nouveau traitement et des consignes de sortie, il y a 32 patients sur 56, soit 57%, qui avaient compris les trois items :

Tableau 18 : Compréhension des trois items regroupés

Compris	32 (57%)
Pas compris	24 (43%)

- Compréhension en fonction de la pathologie et de l'âge

Tableau 19 : Compréhension selon la pathologie d'hospitalisation

Pathologies	Effectif	Diagnostic compris	Nouveau traitement	But du traitement compris	Consignes reçues	Consignes comprises
Cardiaques	17	11 (65%)	14	10 (71,4%)	16	12 (75%)
Neurologiques	10	8 (80%)	8	5 (62,5%)	10	5 (50%)
Pulmonaires	10	9 (90%)	6	5 (83,3%)	8	7 (87,5%)
Hémato/cancéro	13	11 (84,6%)	9	6 (66,7%)	13	7 (53,8%)
Digestives	6	6 (100%)	6	4 (66,7%)	5	4 (80%)
Infections urinaires	4	4 (100%)	4	3 (75%)	4	2 (50%)

Tableau 20 : Compréhension selon l'âge

Age	Effectif	Diagnostic compris	Nouveau traitement	Traitement compris	Consignes reçues	Consignes comprises
<60	14	13 (92,8%)	11	9 (81,8%)	13	9 (69%)
60-74	27	24 (88%)	18	14 (77,8%)	24	19 (79%)
75-89	32	22 (68,75%)	23	13 (56,5%)	28	13 (46,4%)
>90	7	6 (85%)	7	5 (71%)	6	5 (83%)

3.3. Comparaison de compréhension entre le jour de la sortie et une semaine après

Tableau 21 : Compréhension des différents items le jour de la sortie (J0) vs une semaine plus tard (J7)

	J0	J7	
Diagnostic compris	66 (63%)	65 (81%)	p=0,008
Instauration d'un nouveau traitement compris	55 (71%)	45 (76%)	p=0,5
But du nouveau traitement compris	35 (45,4%)	41 (69%)	p=0,005
Présence de consignes de sortie compris	89 (92,7%)	66 (90,4%)	p=0,5
Consignes comprises	58 (60,4%)	48 (65,7%)	p=0,4
Compréhension des trois items	24 (32,4%)	32 (57%)	p=0,004

On constate une différence significative entre les réponses recueillies à la sortie de l'hôpital et celles recueillies une semaine plus tard sur la compréhension du diagnostic, du traitement et la compréhension globale des trois items regroupés.

3.4. Analyse des sous-groupe « patients ayant reconsulté leur médecin traitant » et « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant »

- Description des sous-groupes

Groupe « patients ayant reconsulté leur médecin traitant »

Le groupe « patients ayant reconsulté leur médecin traitant » comportait 43 patients. Il y avait 29 hommes et 14 femmes. Le sex-ratio H/F était de 2,07.

Les patients étaient âgés de 45 à 96 ans. 16,2% avaient moins de 60 ans, 28% avaient entre 60 et 74 ans, 42% avaient entre 75 et 89 ans et 13,8% avaient plus de 90 ans. La moyenne d'âge était de 75,5 ans, la médiane de 77.

Le niveau d'études de l'échantillon se répartissait ainsi : 11,8% de patients n'avaient aucun diplôme, 44,1% avaient un certificat d'études ou un brevet des collèges, 18,6% avaient un BEP ou un CAP et 25,5% avaient un niveau baccalauréat ou plus.

Les retraités représentaient la majorité des catégories socio-professionnelles avec 81,3% des effectifs. Les autres catégories allaient de 2,3% à 6,9%. (Agriculteur : 1 ; autre personne : 1 ; employé : 1 ; ouvriers : 3 ; professions intermédiaires : 2 ; retraités : 35)

Sur les 39 patients pour qui la lettre de liaison préconisait de consulter leur médecin traitant, 25 soit 64%, l'avaient fait dans la semaine.

Groupe « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant »

Le groupe « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant » comportait 37 patients. Il y avait 22 hommes et 15 femmes. Le sex-ratio H/F était de 1,4.

Les patients étaient âgés de 20 à 90 ans. 18,9% avaient moins de 60 ans, 40,5% avaient entre 60 et 74 ans, 37,8% avaient entre 75 et 89 ans et 2,7% avaient plus de 90 ans. La moyenne d'âge était de 69,4 ans, la médiane de 72.

Le niveau d'études de l'échantillon se répartissait ainsi : 16,3% des patients n'avaient aucun diplôme, 29,7% avaient un certificat d'études ou un brevet des collèges, 32,4% avaient un BEP ou un CAP et 21,6% avaient un niveau baccalauréat ou plus.

Les retraités représentaient ici aussi la catégorie socio-professionnelle la plus représentée avec 78,3%. Les autres représentaient entre 2,7% et 5,4%. (Agriculteur : 1 ; artisan/commerçant : 1 ; autres personnes : 2 ; employé : 1 ; ouvriers : 2 ; profession intermédiaire : 1 ; retraités : 29)

Après analyse statistique par un test de Chi2, il n'était pas retrouvé de différence statistiquement significative sur le sexe, l'âge, le niveau d'étude ou la catégorie socio-professionnelle entre les deux sous-groupes.

- Compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes reçues

Tableau 22 : Compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes reçues des sous-groupes « patients ayant reconsulté leur médecin traitant » et « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant »

	Effectif	Diagnostic compris	Nouveau traitement	Instauration d'un nouveau traitement compris	But du nouveau traitement compris
Groupe « a reconsulté »	43	40 (93%)	34	29 (85%)	28 (82%)
Groupe « n'a pas reconsulté »	37	25 (67,5%)	25	16 (64%)	13 (52%)

	Consignes reçues	Connaissance de la présence de consignes	Consignes comprises	Compréhension des trois items
Groupe « a reconsulté »	41	35 (85%)	27 (65%)	22 (66,7%)
Groupe « n'a pas reconsulté »	32	23 (71%)	21 (65%)	9 (39%)

Pour la colonne « compréhension des trois items » ne sont comptés que les patients ayant reçu à la fois un nouveau traitement et des consignes de sortie.

- Comparaison des différents sous-groupes

**Tableau 23 : Comparaison des groupes « patients ayant reconsulté leur médecin traitant »
et « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant »**

	Groupe « a reconsulté »	Groupe « n'a pas reconsulté »	
Diagnostic compris	40 (93%)	25 (67,5%)	p=0,03
Instauration d'un nouveau traitement compris	29 (85%)	16 (64%)	p=0,057
But du nouveau traitement compris	28 (82%)	13 (52%)	p=0,01
Présence de consignes compris	35 (85%)	23 (71%)	p=0,15
Consignes comprises	27 (65%)	21 (65%)	p=0,9
Compréhension des trois items	22 (66,7%)	9 (39%)	p=0,04

4. Discussion

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

Ce travail présente plusieurs éléments qui en font sa force :

Tout d'abord, la méthodologie de recueil de données, et plus précisément le questionnaire fait une semaine après la sortie, permet de limiter la surestimation de bonnes réponses par rapport à un recueil précoce seul fait au moment de la sortie. Cela est cohérent car la période de suivi post-hospitalisation débute dès la sortie et s'étend jusqu'à 30 jours après la sortie (16).

Par ailleurs, le très faible nombre de refus (aucun lors du premier interrogatoire, un seul lors du deuxième) et le bon taux de réponses à une semaine (environ 80%) est un élément positif de cette étude. Les études sur la compréhension des informations reçues à l'hôpital avec une méthode de recueil similaire par rappel de patient quelques jours après leur sortie, avaient des taux de réponses allant de 35% à 85% (10,13,17,18). Ce fort taux de participation permet de limiter les biais de sélection.

La qualité de l'investigateur en tant qu'interne en médecine est aussi un point fort de l'étude. Cela permettait de mieux apprécier les réponses des patients lorsqu'elles ne contenaient pas les termes exacts mais des explications correctes.

Ce travail présente des faiblesses :

Le nombre modeste de patients inclus limite la portée de certains résultats.

L'investigation qui a été menée par un seul intervenant peut également être considérée comme une limite de l'étude, cela a pu entraîner des biais lors de l'interprétation.

Le contexte de crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a aussi engendré une difficulté majeure de cette étude : l'investigateur et les patients étaient toujours masqués pendant les interrogatoires et relativement éloignés (au moins un mètre) ce qui a pu entraîner des difficultés de compréhension des questions notamment pour les personnes âgées.

De la même manière, le questionnaire par téléphone a pu être mal compris par les personnes avec des difficultés d'audition.

Enfin la dernière faiblesse est l'effet Hawthorne (19) : les participants ont conscience de participer à une étude et sont donc plus motivés (les patients ont pu essayer de comprendre

davantage que d'ordinaire car ils savaient qu'ils allaient être rappelés ; les médecins ont pu également mieux expliquer car ils savaient qu'une étude était menée dans leur service).

Le caractère monocentrique apporte aussi bien des avantages que des inconvénients : cela permet d'avoir toujours un même protocole de sortie mais limite l'exportation des résultats à d'autres établissements.

4.2. Discussion des résultats

- A propos de la compréhension le jour de la sortie

La compréhension du diagnostic de la pathologie du patient en sortie d'hospitalisation est de 63%, les patients estiment connaître leur diagnostic dans 84% des cas mais 24% d'entre eux se trompent. La connaissance d'avoir reçu un nouveau traitement à la sortie était de 71% mais la compréhension du but de ce nouveau traitement est de 45%. Enfin la compréhension des consignes de sortie est de 60%. Ces résultats sont à comparer avec l'étude de 2019 sur la même population (14) et qui retrouve des chiffres de compréhensions du diagnostic de 30% (les patients pensent avoir compris dans 76% des cas et se trompe pour 60% d'entre eux), de compréhension de la mise en place d'un traitement de 84%, de compréhension de but du nouveau traitement de 53% et de compréhensions des consignes de 23%.

Il y a plusieurs hypothèses pouvant expliquer ces différences.

En premier lieu, l'effectif peu important de ces deux études a pu mésestimer les résultats. L'effectif plus important dans notre étude et centré uniquement sur le service de médecine polyvalente nous permet cependant d'espérer une estimation plus juste.

Ensuite, la subjectivité de l'investigateur, seul dans les deux études, peut avoir entraîné des biais d'interprétation.

Il est également possible d'expliquer ces résultats, meilleurs en ce qui concerne la compréhension du diagnostic et des consignes de sortie, par une réelle amélioration de la communication d'informations dans le service de médecine polyvalente. Une explication concrète de cette amélioration est la lettre de liaison donnée en main propre à la sortie, au lieu du courrier provisoire manuscrit comme lors de la précédente étude.

Enfin la meilleure compréhension de la partie « consignes » peut s'expliquer par une simplification de cette partie du questionnaire pour notre travail. Nous avons supprimé les questions portant sur le suivi paramédical et le régime alimentaire. Si ces questions sont

pertinentes chez des patients avec peu d'antécédents, elles nous ont semblé facteurs de confusion pour une population âgée qui est déjà souvent suivie par du personnel paramédical ou qui reçoit des repas d'autres personnes (portage à domicile ou aidant).

Dans notre étude, les résultats sur la compréhension du diagnostic, de la mise en place d'un traitement et de la compréhension des consignes sont relativement similaires et nettement meilleurs que ceux concernant la compréhension du but du traitement. Cela peut s'expliquer par le fait que le diagnostic, la prescription d'un traitement et les consignes peuvent être expliqués par des mots simples alors que le traitement comporte souvent des termes médicaux compliqués. Par exemple, une décompensation cardiaque sur un passage en fibrillation auriculaire peut être expliquée à un patient par « une fatigue du cœur secondaire à un rythme trop rapide », le suivi biologique par une « prise de sang » mais le traitement comprenant un bêta-bloquant, un diurétique et un anticoagulant est souvent difficile à comprendre pour des patients qui ne sont pas familiers de ces termes pharmaceutiques.

Nos résultats sont comparables avec ceux retrouvés dans la plupart des études faites en sortie d'hospitalisation. Plusieurs études françaises récentes réalisées dans des services d'urgence en 2011, 2008 et 2009 (8,9,20) retrouvait des chiffres de compréhension du diagnostic à respectivement 74%, 34% et 44% (les deux dernières études demandaient le terme exact pour être considéré compris). Pour ce qui est des chiffres de compréhension du traitement, ils étaient respectivement de 51%, 64% et 50%. Enfin en ce qui concerne les consignes de sortie, les chiffres allaient de 58% à 67% des patients ayant compris. Une revue de la littérature américaine sur vingt-huit études dans des services de médecine et réalisée en 2018 (21) trouve des résultats similaires allant de 45% à 72% des patients sortant de l'hôpital qui comprenait leur diagnostic selon les études, avec pour l'une d'entre elles un sentiment de compréhension des patients à 95%, et de 28% à 50% des patients sachant expliquer leur traitement de sortie.

Enfin la part de la population qui a bien compris les trois parties du questionnaire (diagnostic, traitement et consignes de sortie) est de 32,4%. Ce chiffre, assez faible semble bien montrer que la majorité des patients ne retiennent qu'une partie des informations données pendant l'hospitalisation et à la sortie.

Ce calcul n'a pas été fait dans la précédente étude (14) et n'a été recherché que dans deux études à notre connaissance, une française (9) qui retrouvait 19% et une américaine de 1994 (22) qui retrouvait 59%, ces deux études étant faites dans un service d'accueil des urgences.

- A propos de la compréhension à une semaine de la sortie de l'hôpital

Ce questionnaire fait une semaine après la sortie avait pour but initial de diminuer la surestimation des réponses due à l'immédiateté du questionnaire après la sortie et donc après les explications données par le médecin, comme le suggéraient certaines études (8,12,14). En diminuant ce biais, nous pensions obtenir des résultats inférieurs. Finalement les réponses ont été meilleures.

L'interrogatoire fait une semaine après la sortie retrouve une compréhension du diagnostic à 81%. Cette fois, les patients estiment avoir compris leur diagnostic dans 91% des cas. Lorsqu'ils pensent comprendre leur pathologie, ils ne se trompent plus que dans 11% des cas.

En ce qui concerne la compréhension du traitement, on remarque cette fois que 76% des patients qui ont reçu un nouveau traitement à la sortie sont au courant de cette prescription. Parmi ceux-là, 90,5% savaient expliquer quel était le but de leur traitement. Au total, 69% des patients ayant reçu un nouveau traitement savaient expliquer son but. Le chiffre de compréhension du traitement est en amélioration mais il persiste un point inquiétant : si seulement 76% des patients sont au courant d'avoir eu un nouveau traitement une semaine après leur sortie d'hospitalisation, on peut légitimement douter qu'ils ont suivi correctement leur traitement.

Ensuite la compréhension des consignes est effective pour 65% des patients. Si là encore, cela peut faire douter sur le suivi effectivement réalisé par le patient, il convient d'apporter quelques nuances par rapport au suivi du traitement. En effet, pour certains examens et/ou consultations, les patients reçoivent une convocation par lettre à leur domicile ; il est possible que celle-ci ne soit pas arrivée au moment de l'appel téléphonique, ce qui a pu diminuer la compréhension.

- Comparaison de la compréhension des patients à la sortie et une semaine après la sortie

Si l'on compare les réponses obtenues dans les deux parties du questionnaire, on constate une amélioration de la compréhension une semaine après la sortie comparativement au jour de la sortie de l'hôpital.

Cette différence est d'ailleurs statistiquement significative en ce qui concerne la compréhension du diagnostic ($p=0,008$), du but du nouveau traitement ($p=0,005$) et la compréhension des trois items du questionnaire ($p=0,004$).

Cela peut avoir plusieurs explications. Tout d'abord, la lettre de liaison remise en main propre à la sortie a pu permettre une amélioration des connaissances du patient sur son séjour

hospitalier. Le fait de voir ces informations écrites peut permettre de mieux les intégrer, ce que montre une méta-analyse américaine en 2019 qui retrouvait que les instructions données à la sortie des urgences étaient mieux comprises lorsque les explications orales étaient associées à un support écrit (23). Ensuite comme l'explique l'étude de Coleman (5), la capacité des patients âgés hospitalisés à comprendre les informations données est altérée par le manque de sommeil, les effets de certains médicaments et la maladie responsable de l'hospitalisation en elle-même. Une fois les patients rentrés à domicile, certains de ces facteurs ont disparu et on peut supposer une amélioration des fonctions cognitives qui vont permettre une meilleure compréhension du séjour à l'hôpital. De même, les patients âgés avec des aidants réguliers au domicile, surtout familiaux, ont pu se faire expliquer leur compte-rendu par l'aidant. Enfin, comme nous allons le voir, la consultation du médecin traitant dans la semaine ayant suivi l'hospitalisation a pu améliorer la compréhension.

- Comparaison des groupes ayant reconsulté et n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant

Il y a une différence de compréhension sur tous les items entre le groupe « patients ayant reconsulté leur médecin traitant » et le groupe « patients n'ayant pas reconsulté leur médecin traitant » toujours en faveur du groupe « patients ayant reconsulté leur médecin traitant », sauf pour la partie « compréhension des consignes » où il n'y a pas de différence. On constate même des différences statistiquement significatives en ce qui concerne la compréhension du diagnostic ($p=0,03$), la compréhension du but du nouveau traitement ($p=0,01$) et la compréhension des trois items du questionnaire ($p=0,04$).

Cette étude est à notre connaissance la première à montrer une amélioration de la compréhension sur le diagnostic et le but du traitement après une consultation chez le médecin traitant dans les suites d'une hospitalisation dans un service de médecine polyvalente en France.

Plusieurs études similaires ont aussi obtenu une amélioration de la compréhension grâce au médecin traitant. Il est prouvé que les patients qui revoient leur médecin traitant à la sortie des urgences suivent mieux les consignes données (18). Une étude québécoise réalisée sur plus de 620 000 patients a aussi montré que le risque de réadmission est moindre lorsqu'un patient sorti d'hospitalisation d'un service de médecine revoit son médecin traitant dans la semaine suivante (24) et cela est aussi recommandé par la HAS pour diminuer le risque de réhospitalisation précoce (16). Plusieurs études ont également démontré que le suivi régulier par un médecin traitant améliore la compréhension en sortie d'hospitalisation : en ce qui concerne le traitement

(8), en ce qui concerne les consignes de suivi (25,26) et en ce qui concerne le diagnostic et les consignes de suivi (5). Ce phénomène se rapproche de la notion de « health literacy », utilisée dans les pays anglo-saxons, qui est définie par la faculté de chaque individu à rechercher, obtenir et comprendre les informations concernant sa santé. Cette faculté étant variable d'une personne à l'autre, il pourrait être intéressant pour de prochaines études sur la compréhension des patients, d'intégrer cette notion. Elle est mesurée chez les patients par un test dédié (questionnaire TOFHLA) qui aboutit à un score. Ce questionnaire n'existe pas pour les patients francophones à notre connaissance.

- A propos de la compréhension selon la pathologie et l'âge

Il nous a semblé intéressant de décrire les compréhensions selon les pathologies même si cela ne faisait pas partie de nos objectifs. En effet, selon nos résultats les patients hospitalisés pour une pathologie cardiaque ont globalement moins bien compris que les autres. Notre étude n'étant pas adaptée pour l'exploration des statistiques dans ce sens, nous ne pouvons pas conclure mais il pourrait être intéressant de poursuivre dans cette idée pour une future étude.

De même nous avons décrit les compréhensions selon l'âge. Les chiffres semblent montrer une diminution de la compréhension selon l'âge ce qui est cette fois déjà reconnu dans la littérature (8,13).

5. Conclusion

Les informations données au cours d'un séjour hospitalier sont insuffisamment comprises. Cependant la compréhension de ces informations s'améliore dans la semaine suivant la sortie et après consultation avec le médecin traitant. Il semble donc important d'orienter le patient rentrant à domicile vers son médecin traitant pour une consultation, rapidement après la sortie de l'hôpital. La transmission des informations est assurée par le patient lui-même lorsqu'il a compris les informations reçues à l'hôpital et par la lettre de liaison que le médecin traitant reçoit par messagerie sécurisée de santé ou apportée via le patient lui-même. Cette démarche s'inscrit dans une logique d'amélioration du parcours de soin du patient.

Ce travail sur la compréhension par le patient des informations médicales pourrait être complété par l'exploration de l'influence des autres professionnels de santé, tel que pharmacien, infirmier ou infirmier d'éducation thérapeutique.

Bibliographie :

1. Article R4127-35. Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680538/2021-05-05/
2. Article R4127-34. Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912896/
3. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Ministère de la santé et des solidarités. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_10571/CIRC
4. Clarke C, Friedman SM, Shi K, Arenovich T, Monzon J, Culligan C. Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study. Canadian Journal of Emergency Medicine. janv 2005;7(1):5-11.
5. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, et al. Understanding and execution of discharge instructions. Am J Med Qual. oct 2013;28(5):383-91.
6. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. Ann Intern Med. 4 févr 2003;138(3):161.
7. 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. Annals of Emergency Medicine. 1 févr 2015;65(2):151-155.e4.
8. Guerreiro E. Évaluation 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: Université Lille 2 – Droit et Santé Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2011.
9. 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. Journal Européen des Urgences. juin 2009;22(2):38-43.
10. Zavala S, Shaffer C. Do Patients Understand Discharge Instructions? Journal of Emergency Nursing. 1 mars 2011;37(2):138-40.

11. Zun L, Downey L. 269: Patient Comprehension and Satisfaction Correlation With the Understanding of Reason for Admittance. *Annals of Emergency Medicine*. 1 avr 2008;51(4):552.
12. Yadav AK, Budathoki SS, Paudel M, Chaudhary R, Shrivastav VK, Malla GB. Patients Understanding of their Diagnosis and Treatment Plans During Discharge in Emergency Ward in a Tertiary Care Centre: A Qualitative Study. *J Nepal Med Assoc [Internet]*. 31 oct 2019 [cité 26 avr 2021];57(219). Disponible sur : <https://www.jnma.com.np/jnma/index.php/jnma/article/view/4639>
13. Albrecht J, Gruber-Baldini A, Hirshon J, Brown C, Goldberg R, Rosenberg J, et al. Hospital Discharge Instructions: Comprehension and Compliance Among Older Adults. *Journal of general internal medicine*. 12 juill 2014;29.
14. Sergent A. Evaluation de la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes en sortie d'hospitalisation des services d'accueil des urgences et de médecine du Centre Hospitalier du Chinonais. [Thèse d'exercice]. Tours: Université de Tours Faculté de Médecine; 2019.
15. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032922482/>
16. HAS. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Juin 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
17. 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: Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Médecine; 2017.
18. 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. 2012;6.
19. Abbas R, Tubach P. Méthodologie des essais thérapeutiques. DIU de chef de projet en recherche clinique. 2015; Paris: Université Paris Diderot Faculté de Médecine Département d'épidémiologie et recherche clinique.

20. Jacqueminet M. al. Critères de mauvaise compréhension de l'information en UHCD. Résultats de l'enquête SUPER2. Journal Européen des Urgences. juin 2009;A37-8.
21. Sommer AE. Hospitalized Patients' Knowledge of Care: a Systematic Review. :20.
22. Crane J, Patient compréhension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med, 1997. 15(1): p. 1-7.
23. Hoek AE, Anker SCP, van Beeck EF, Burdorf A, Rood PPM, Haagsma JA. Patient Discharge Instructions in the Emergency Department and Their Effects on Comprehension and Recall of Discharge Instructions: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Emergency Medicine. mars 2020;75(3):435-44.
24. Riverin BD, Strumpf EC, Naimi AI, Li P. Optimal Timing of Physician Visits after Hospital Discharge to Reduce Readmission. Health Services Research. 2018;53(6):4682-703.
25. Toole J, Kohansieh M, Khan U, Romero S, Ghali M, Zeltser R, et al. Does Your Patient Understand Their Treatment Plan? Factors Affecting Patient Understanding of Their Medical Care Treatment Plan in the Inpatient Setting. Journal of Patient Experience. déc 2020;7(6):1151-7.
26. Alberti TL, Nannini A. Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: A literature review. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2013;25(4):186-94.

Annexes :

Annexe 1 :

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Quelle est la compréhension par le patient du diagnostic, du traitement et des consignes en sortie d'hospitalisation du service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais ?

Coordonnateur de la recherche :

M. CASTELL Jean-Baptiste

Téléphone : 06 24 xx xx 74

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une recherche intitulée *Quelle est la compréhension par le patient du diagnostic, du traitement et des consignes dans les suites d'une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais ?*

Cette recherche ne comporte aucun risque ni contrainte pour vous. Cette étude entre dans le cadre d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, du fait de la réutilisation de données collectées dans le cadre du soin et du suivi clinique. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas votre prise en charge. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement de vos données de santé pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui vous concernent soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données vous concernant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : *évaluer la compréhension des informations reçues à l'hôpital.*

Votre participation durera 7 jours et il n'y aura ni visite ni examen supplémentaire par rapport à votre suivi habituel. *Vous n'aurez qu'à répondre à deux questionnaires.*

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement de vos données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données seront donc identifiées par les initiales de votre nom et prénom.

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 (Loi RGPD), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification des données. En application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique, vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales. Vous disposez également d'un droit de limitation ou d'opposition au traitement des données. En revanche, s'agissant d'un traitement de données nécessaire à des fins de recherche scientifique (article 17.3.d du Règlement (EU) 2016/679), le droit à l'effacement des données ne pourra pas s'appliquer.

Ces droits peuvent s'exercer auprès du coordonnateur de cette recherche.

Vous avez également la possibilité de saisir le délégué à la protection des personnes de l'établissement (dpo@chu-tours.fr) ou la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>).

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

Les modalités de cette recherche ont été soumises à un Comité d'Ethique qui a notamment pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect de vos droits. La recherche a été déclarée à la CNIL.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

FORMULAIRE D'OPPOSITION

A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE

Titre :

Quelle est la compréhension par le patient du diagnostic, du traitement et des consignes dans les suites d'une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais ?

Coordonnateur de la recherche :

M. CASTELL Jean-Baptiste

Téléphone : 06.24.xx.xx.74

A compléter par la personne qui se prête à la recherche uniquement en cas d'opposition

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom :

Prénom :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données de santé dans le cadre de cette recherche.

Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ___ / ___ / _____ Signature :

Après avoir complété ce document, merci de le remettre au coordonnateur de la recherche.

Annexe 2 :

Information aux professionnels :

Bonjour,

Je suis jeune médecin généraliste.

Dans le cadre de ma thèse réalisée dans le service de médecine polyvalente, 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 pour remplir avec eux un questionnaire.

Le recueil se fera une ou deux fois par semaine en fonction de mes possibilités.

Je me présenterai à vous les jours où je serais présent pour que vous m'informiez des patients sortants.

Merci d'avance.

Jean-Baptiste Castell

Annexe 3 :

Questionnaire thèse :

Caractéristiques :

Sexe	Masculin Féminin
Age	
Catégorie socio- professionnelle	- agriculteur - artisan, commerçant et chefs d'entreprises - cadre et professions intellectuelles supérieures - professions intermédiaires - employés - ouvriers - retraités - autres personnes
Niveau d'études	- sans diplôme - certificat d'études - brevet des collèges - BEP/CAP/lycée - Bac et +
Avez-vous un médecin traitant ?	- Oui - Non

Compréhension du diagnostic :

Avez-vous compris pourquoi vous étiez hospitalisé ?	- Oui - Non
Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris ? (=diagnostic selon patient)	
Diagnostic selon dossier	

Diagnostic compris ? (Interprétation par l'investigateur)	- Oui - Non
--	----------------

Compréhension du traitement : (motif principal)

Vous a-t-on prescrit des nouveaux médicaments à la sortie ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Nouveau traitement selon dossier	- Oui - Non
But du traitement selon patient :	
But du traitement selon dossier :	
But du traitement compris ? (Interprétation par l'investigateur)	- Oui - Non

Compréhension des consignes de suivi :

- Concernant les examens complémentaires :

Vous a-t-on demandé de faire des examens complémentaires, biologie ou imagerie ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Y a-t-il des examens complémentaires selon le dossier ?	- Oui - Non
Si oui quels sont-ils ?	
Selon dossier	
Consignes comprises	- Oui - Non

- Concernant les consultations médicales :

Vous a-t-on demandé de reconsulter un médecin spécialiste ou médecin généraliste ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Y a-t-il des consultations médicales prévues selon le dossier ?	- Oui - Non
Si oui lesquelles ?	
Consultations selon dossier	
Consignes comprises	- Oui - Non

- Concernant les symptômes devant faire reconsulter :

Savez-vous si vous avez des symptômes devant vous faire reconsulter ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Symptôme devant faire reconsulter selon dossier	- Oui - Non
Si oui quels sont-ils ?	
Symptômes selon dossier	
Consignes comprises	- Oui - Non

Les consignes sont considérées comme comprises si les données patient et dossier sont concordantes.

Entretien téléphonique à J7 :

Avez-vous revu votre médecin traitant depuis la sortie de l'hôpital ?

- Oui
- Non

Compréhension du diagnostic :

Avez-vous compris pourquoi vous étiez hospitalisé ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris ? (=diagnostic selon patient)	
Diagnostic selon dossier	

Diagnostic compris ? (Interprétation par l'investigateur)	- Oui - Non
--	----------------

Compréhension du traitement : (motif principal)

Vous a-t-on prescrit des nouveaux médicaments à la sortie de l'hôpital ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Nouveau traitement selon dossier	- Oui - Non
But du traitement selon patient :	
But du traitement selon dossier :	
But du traitement compris ? (Interprétation selon investigateur)	- Oui - Non

Compréhension des consignes de suivi :

- Concernant les examens complémentaires :

Vous a-t-on demandé de faire des examens complémentaires, biologie ou imagerie ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Y a-t-il des examens complémentaires selon le dossier ?	- Oui - Non
Si oui quels sont-ils ?	
Examens complémentaires selon dossier	
Consignes comprises	- Oui - Non

- Concernant les consultations médicales :

Vous a-t-on demandé de reconsulter un médecin spécialiste ou médecin généraliste ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Y a-t-il des examens complémentaires selon le dossier ?	- Oui - Non
Si oui lesquels ?	
Consultations selon dossier	
Consignes comprises	- Oui - Non

- Concernant les symptômes devant faire reconsulter :

Savez-vous si vous avez des symptômes devant vous faire reconsulter ?	- Oui - Non - Ne sait pas
Y a-t-il des symptômes d'alerte selon le dossier ?	- Oui - Non
Si oui quels sont-ils ?	
Symptômes selon dossier	
Consignes comprises	- Oui - Non

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

CASTELL Jean-Baptiste

51 pages – 23 tableaux

Résumé :

Introduction : Pour une bonne adhésion du patient à la prise en charge médicale, la compréhension des informations reçues lors d'une hospitalisation est nécessaire. Nous explorons donc la compréhension de ces informations par le patient suite à une hospitalisation dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier du Chinonais.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, monocentrique, non randomisée, réalisée du 2 septembre 2020 au 11 février 2021 sur 104 patients. Nous évaluons la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes en questionnant les patients le jour de la sortie puis une semaine plus tard. Les réponses sont comparées à la lettre de liaison pour évaluer la qualité de la compréhension.

Résultats : Le jour de la sortie, la compréhension du diagnostic est de 63%, du nouveau traitement de 45% et des consignes de 60%. Une semaine plus tard, la compréhension du diagnostic est de 81%, du nouveau traitement de 69% et des consignes de 65%. Il existe une amélioration significative de la compréhension du diagnostic ($p=0,008$), du traitement ($p=0,005$) et des 3 items regroupés ($p=0,004$). Les patients qui ont consulté leur médecin traitant dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation ont statistiquement mieux compris le diagnostic ($p=0,03$), le nouveau traitement ($p=0,01$) et les 3 items regroupés ($p=0,04$).

Discussion : Ces résultats montrent une amélioration de la compréhension lors de la semaine suivant la sortie de l'hôpital et après consultation du médecin traitant. Cette amélioration peut également être expliquée par la remise de la lettre de liaison en main propre le jour de la sortie.

Mots clefs : compréhension, information, hospitalisation, médecin traitant, lettre de liaison

Jury :

Président du jury : Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Docteur Guillaume SASSEIGNE

Membres du jury : Professeur Bertrand FOUGERE

Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Date de soutenance : 22 juin 2021