

Que comprennent les patients laissés sur place par le Smur quant aux informations communiquées par le médecin ?

What do Patients Who Are not Transported by the Smur Understand about the Information Provided by the Physician?

A. Sanchez · L. Bejinariu · M. Schaeffer · T. Pelaccia

Reçu le 27 décembre 2016 ; accepté le 2 mai 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Résumé Objectif : La qualité de la communication entre un médecin et un patient constitue le principal facteur de compliance des patients. Une mauvaise communication génère des incompréhensions qui majorent le risque de morbidité et engagent la responsabilité légale du médecin. Or, de nombreux travaux ont montré que les médecins communiquent mal avec leurs patients, y compris dans les services d'urgence. Dans cette étude, nous avons évalué le niveau de compréhension des patients laissés sur place par la structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) quant au diagnostic posé, au traitement réalisé, au suivi préconisé et aux motifs de rappel du centre 15.

Matériels et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective monocentrique. Il s'agissait de confronter ce que les patients laissés sur place à l'issue de leur prise en charge par le Smur avaient compris aux informations communiquées par le médecin. Des entretiens télé-

phoniques ont été réalisés avec les patients. Les médecins ont rempli un questionnaire autoadministré.

Résultats : Quatre-vingt-un pour cent des patients laissés sur place par le Smur présentaient des déficits de compréhension quant aux instructions délivrées par le médecin dans au moins un des quatre domaines étudiés. Les patients, tout comme les médecins, n'avaient pas conscience de ces déficits.

Conclusion : La majorité des patients laissés sur place par le Smur comprend insuffisamment les instructions délivrées par le médecin. Ces résultats interpellent quant à la nécessité de mettre en œuvre des mesures de remédiation et de gestion des risques afférents, notamment sur le plan de la formation initiale et continue des médecins urgentistes.

Mots clés Compréhension des patients · Communication médecin-patient · Relation médecin-patient · Médecine d'urgence préhospitalière

A. Sanchez

Service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Haguenau, 64, avenue du Professeur Leriche, F-67500 Haguenau, France

L. Bejinariu

Service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Sélestat, 23, avenue Louis Pasteur, F-67600 Sélestat, France

M. Schaeffer

Service de biostatistiques, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, F-67000 Strasbourg, France

T. Pelaccia (✉)

Service d'aide médicale urgente du Bas-Rhin, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 70, rue de l'Engelbreit, F-67200 Strasbourg, France
e-mail : pelaccia@unistra.fr

Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé (CFRPS), faculté de médecine, université de Strasbourg, 4, rue Kirschleger, F-67085 Strasbourg, France

Abstract Objectives: The quality of communication between a physician and a patient is the main determinant of the patient's compliance. Poor communication generates misunderstandings that increase the risk of morbidity and mortality, and engages the physician's legal responsibility. Previous research has shown that physicians communicate badly with their patients, including in emergency departments. In this study, we assessed the level of understanding of patients who have not been transported by the mobile emergency and intensive care unit (Smur) with respect to the diagnosis, treatment, recommended follow-up and reasons for calling back the emergency medical assistance service.

Methods: We conducted a monocentric prospective observational study. The aim was to compare the untransported patient's level of understanding after their management by the Smur and the information provided to the patient by the physician. Phone interviews were held with the patients. Physicians completed a self-administered questionnaire.

Results: 81% of the patients who had not been transported by the Smur did not understand information transmitted by the physician in at least one of the four areas studied. Both patients and physicians were unaware of this lack of understanding.

Conclusion: A vast majority of untransported patients who have been managed by the Smur insufficiently understand the instructions given by the physician. These results should draw our attention to the need to implement remedial and risk management measures, in particular, as regards the training of emergency physicians.

Keywords Patients' understanding · Physician–patient communication · Physician–patient relationship · Prehospital emergency medicine

Introduction

La communication est au cœur de la relation médecin–patient. Elle est le principal garant de la bonne compréhension du patient quant à sa maladie, son traitement et son suivi, et ainsi, d'une bonne compliance aux prescriptions [1,2]. Elle constitue également un facteur déterminant de la satisfaction des soignants [3]. Une mauvaise compréhension est quant à elle potentiellement à l'origine d'une majoration de la mortalité et de la morbidité, et d'un recours inapproprié aux systèmes de santé. Elle est également la cause de la majorité des plaintes déposées par les patients [4]. Or, la communication entre le médecin et son patient est souvent de mauvaise qualité [4–6]. C'est notamment le cas en médecine d'urgence [7–11]. Il a ainsi été mis en évidence que 77 % des patients ne comprennent pas clairement les instructions données après leur passage aux urgences [12], et que 80 % d'entre eux n'en sont pas conscients [13]. Ce défaut de compréhension peut être lié à un niveau de connaissance faible des patients sur les questions de santé, à une mauvaise maîtrise de la langue, à l'usage d'un langage trop technique de la part du médecin, à l'existence d'un statut psychoaffectif particulier du patient, notamment sur le plan de son anxiété, ou encore, aux caractéristiques de l'environnement dans lequel se déroule la prise en charge [13–15].

La médecine d'urgence préhospitalière possède plusieurs spécificités susceptibles de faciliter ou de perturber la communication entre le médecin et le patient. Sur le plan des obstacles, on relèvera en particulier la présence de multiples intervenants et interlocuteurs, le niveau potentiellement élevé d'anxiété chez les patients (en raison de la nature des situations dans lesquelles les structures mobiles d'urgence et de réanimation [Smur] sont généralement engagées) et l'environnement d'intervention parfois hostile. À l'inverse, le fait que l'intervention se déroule souvent au domicile du

patient et qu'il est fréquemment possible de consacrer plus de temps à communiquer que dans un service d'urgence constitue des facteurs contextuels potentiellement plus favorables sur le plan de la communication.

À notre connaissance, aucun travail visant à évaluer la compréhension des patients pris en charge en urgence dans un cadre préhospitalier n'a été publié. La plupart des études menées en intrahospitalier ont de surcroît ciblé une pathologie particulière et une dimension unique de la compréhension du patient (par exemple, celle relative au diagnostic qui avait été posé). Le but de ce travail était d'évaluer le niveau de compréhension des patients laissés sur place par le Smur au regard de quatre dimensions : le diagnostic posé, la nature des soins réalisés sur place, le suivi préconisé et les motifs devant conduire à rappeler le centre 15.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective, portant sur une cohorte monocentrique. Les patients inclus avaient été laissés sur place par le Smur de Strasbourg pendant une période de trois mois s'échelonnant du 1^{er} août 2014 au 31 octobre 2014. Les dossiers d'intervention du Smur relatifs aux patients laissés sur place pendant cette période étaient consultés par A.S. après anonymisation du nom du médecin par un tiers, afin de réduire le risque de biais d'interprétation. Les données extraites des dossiers concernaient la nature des soins réalisés sur place, l'identité et l'âge du patient, ainsi que ses antécédents. Les patients ont été exclus lorsqu'ils étaient âgés de moins de 18 ans, qu'ils ne comprenaient pas et/ou ne parlaient pas le français, qu'ils n'étaient pas responsables de leurs soins à domicile (patients sous tutelle ou curatelle), qu'ils refusaient de participer à l'étude ou qu'ils n'étaient pas joignables par téléphone, qu'ils avaient des antécédents psychiatriques significatifs ou de démence avancée ou de déficience cognitive significative, qu'ils avaient été laissés sur place dans un milieu carcéral ou qu'ils étaient en fin de vie à domicile. Nous avons par ailleurs exclu les patients dont la fiche d'intervention du Smur était incomplète ou mal remplie, car cela ne permettait pas de recueillir les informations nécessaires à la réalisation de l'étude. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique des facultés de médecine, d'odontologie, de pharmacie, des écoles d'infirmières, de kinésithérapie, de maïeutique et des hôpitaux universitaires de Strasbourg (#2017-5). Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (#2046394).

Un entretien téléphonique semi-dirigé a été réalisé auprès des patients inclus, dans les jours suivant leur prise en charge par le Smur. Il a été conduit par A.S. à l'aide d'un guide comportant 16 questions. Après avoir recueilli le consentement verbal du patient et s'être assuré de l'absence de

facteurs d'exclusion, le patient était interrogé sur son niveau perçu de compréhension des instructions du médecin. Nous avons par ailleurs quantifié la compréhension réelle du patient quant au diagnostic posé, aux soins et traitements réalisés sur place, aux éléments de surveillance et de suivi, et à la conduite à tenir en cas de récurrence ou d'aggravation de leur état. Les patients étaient également interrogés sur le niveau de satisfaction quant à la qualité de la communication avec le médecin, notamment au regard du temps consacré aux explications et de la clarté de celles-ci. Nous avons enfin cherché à déterminer si le médecin s'était assuré de la bonne compréhension des informations par le patient, à travers la recherche d'un « feed-back ».

Les médecins ayant laissé le patient sur place ont quant à eux été invités à remplir un questionnaire autoadministré concernant les informations délivrées aux patients. Les questions ont été rédigées en miroir de celles posées aux patients lors de l'entretien téléphonique, afin d'identifier le degré de concordance entre les réponses du patient et les informations délivrées par le médecin. Nous avons également documenté

le ressenti du médecin du Smur quant à la compréhension de la situation par le patient qu'il avait laissé sur place.

Le niveau de compréhension des patients a été quantifié à l'aide d'une échelle de codage de la concordance à cinq niveaux (*not available* [NA] — lorsqu'aucune instruction relative au domaine exploré n'avait été communiquée —, pas de concordance, concordance minimale, concordance bonne, concordance parfaite). Deux médecins différents (A.S. et L.B.) ont réalisé le codage. Lorsque le score de concordance était différent, une discussion avait lieu entre les deux médecins afin de déterminer un score final. Des exemples de codage sont donnés dans les Tableaux 1 et 2.

Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des statistiques usuelles de position et de dispersion. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de proportions d'apparition de la modalité et de proportions cumulées pour les

Tableau 1 Codage des données recueillies lors de l'entretien téléphonique avec les patients, après confrontation au dossier rempli par le médecin. Cet exemple concerne une situation dans laquelle le médecin, sur sa feuille d'intervention, conclut à une hypoglycémie

Réponse donnée par le patient lorsqu'on lui demande le <i>diagnostic</i> posé par le médecin	Niveau de concordance	Justification
« Hypoglycémie »	Parfaite	Le diagnostic est énoncé mot pour mot
« Malaise à cause du sucre qui était trop bas »	Bonne	Le diagnostic n'est pas énoncé mot pour mot, mais il est compris par le patient
« J'ai fait un malaise »	Minime	Le diagnostic n'est pas totalement compris par le patient qui ne connaît pas l'étiologie du malaise
« J'avais mal à la tête »	Absente	Le diagnostic n'est pas compris par le patient
Dans le cas où le patient ne répond pas à la question ou que sa réponse ne correspond pas du tout à la question, la réponse était codée « NA » (<i>not available</i>)		

Tableau 2 Codage des données recueillies lors de l'entretien téléphonique avec les patients, après confrontation au dossier rempli par le médecin. Cet exemple concerne une situation dans laquelle le médecin, sur sa feuille d'intervention, mentionne avoir administré au patient un aérosol de Ventoline® et du Solu-Médrol® par voie intraveineuse

Réponse donnée par le patient lorsqu'on lui demande le <i>traitement</i> dont il a bénéficié	Niveau de concordance	Justification
« J'ai eu un aérosol de Ventoline® et une piqûre de corticoïdes »	Parfaite	Les deux traitements sont énoncés par le patient
« J'ai eu un aérosol et une piqûre contre l'asthme »	Bonne	Le patient a compris les traitements réalisés, même s'il ne se rappelle pas du nom des médicaments
« J'ai eu un aérosol »	Minime	Le patient n'a retenu qu'une partie des traitements administrés et ne se rappelle pas du nom des médicaments
« J'ai eu du Doliprane® »	Absente	Le traitement ne correspond pas du tout à celui mentionné sur la feuille d'intervention

variables à plus de deux modalités. Le caractère gaussien des variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Si les hypothèses d'application étaient respectées, le lien entre deux variables quantitatives était évalué à l'aide du test de corrélation linéaire de Pearson ou de Spearman. Pour la comparaison d'une variable quantitative au sein de plusieurs sous-groupes, une analyse de la variance ou le test de Kruskal-Wallis étaient utilisés, en fonction des hypothèses d'utilisation de chacun de ces tests. Pour le croisement entre plusieurs variables qualitatives, le test paramétrique du Chi² était utilisé si les conditions d'application le permettaient, ou à défaut, le test exact de Fisher. Une analyse multivariée a enfin été réalisée afin de déterminer l'influence des variables « âge », « profession », « chronicité de la pathologie », « autoévaluation, par le patient, de la clarté des explications données par le médecin », « présence ou non d'un feedback » et « durée des explications ». Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5 %. L'analyse des données a été réalisée par un statisticien (M.S.) à l'aide du logiciel R (version 3.1).

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

Cent quatre-vingt-un patients ont été laissés sur place par le Smur pendant la période d'inclusion. Quatre-vingt-dix-sept ont été inclus après application des critères d'exclusion. Les patients interrogés étaient âgés de 18 à 94 ans (moyenne = 55). Cinquante-deux (54 %) étaient des femmes. Trente-six patients (37 %) étaient retraités. Les motifs d'appels au centre 15 ont été regroupés en neuf catégories (Tableau 3). Le délai moyen entre l'intervention du Smur et l'entretien téléphonique était de trois jours (écart-type = 2).

Tableau 3 Motifs d'appel des patients laissés sur place par le Smur	
Motif d'appel	n (%)
Cause métabolique (hypoglycémie)	24 (25)
Causes cardiovasculaires (douleur thoracique, tachycardie, palpitations, hypertension artérielle)	19 (20)
Causes traumatiques (arthralgies, accident électrique, hémorragie dentaire)	11 (11)
Causes respiratoires (asthme, dyspnée)	10 (10)
Causes psychiatriques	9 (9)
Causes toxiques	7 (7)
Malaise	6 (6)
Causes neurologiques (crise convulsive)	3 (3)
Autres	8 (8)

Compréhension par les patients

Le taux d'accord intercodeur était de 80 % avant concertation, et de 100 % après concertation. Soixante-dix-neuf patients (81 %) présentaient un défaut de compréhension dans au moins un des quatre domaines étudiés, et 20 patients (21 %) dans les quatre domaines. La plupart des patients avaient parfaitement compris le diagnostic ($n = 43$; 45 %) et bien compris les soins et traitements réalisés sur place ($n = 24$; 32 %). Pour une majorité, ils n'avaient en revanche pas du tout compris le suivi préconisé ($n = 23$; 32 %) et les motifs de rappel au centre 15 ($n = 22$; 34 %). Les résultats de la compréhension des patients en fonction des quatre domaines étudiés sont détaillés sur la Figure 1. Trente-trois patients (34 %) laissés sur place ont par ailleurs déclaré avoir dû rappeler le Samu ou leur médecin traitant pour avoir plus d'explications.

Compréhension en fonction des caractéristiques du patient, de la maladie et de facteurs contextuels liés à la communication

Les résultats de l'analyse multivariée sont détaillés dans le Tableau 4. Les patients jeunes avaient une meilleure compréhension que les patients âgés ($p = 0,02$). Il en était de même de certaines catégories socioprofessionnelles, parmi lesquelles les employés et les artisans, les commerçants et les chefs d'entreprises ($p < 0,001$). Les patients ayant appelé le Samu pour une pathologie aiguë comprenaient 1,44 fois moins que les patients souffrant d'une décompensation de leur pathologie chronique ($p = 0,002$). De surcroît, les patients satisfaits de la communication avec le médecin sur le plan de la clarté ($p = 0,01$) et de la durée ($p = 0,02$) des explications comprenaient mieux que les autres. Il en était de même des patients auprès de qui le médecin s'était assuré d'une bonne compréhension ($p < 0,001$). Au final, les facteurs associés à une moins bonne compréhension étaient un âge avancé, certaines professions, le caractère aigu de la pathologie, et des facteurs liés aux modalités de communication de la part du médecin.

Perception de compréhension par les patients et par les médecins

La majorité des patients ($n = 61$; 63 %) considérait que leur compréhension était parfaite dans les quatre domaines étudiés. Seuls quatre patients (4 %) ont jugé qu'elle était mauvaise dans au moins un des quatre domaines. Quant aux médecins, ils estimaient dans 75 % des cas la compréhension de leur patient comme parfaite. Seuls 5 % d'entre eux pensaient que leur patient n'avait pas du tout compris les instructions médicales.

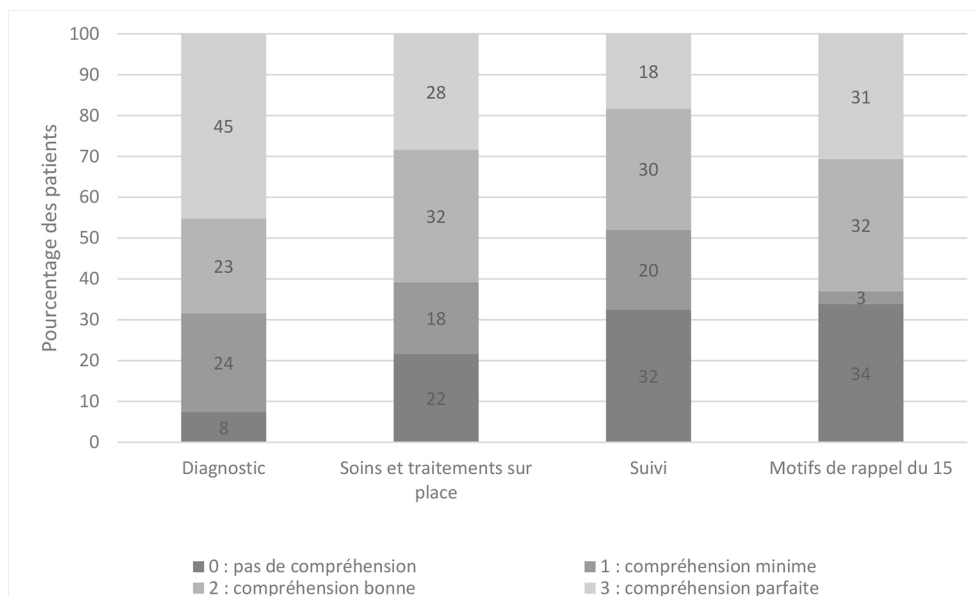


Fig. 1 Niveau de compréhension des patients dans les quatre domaines de l'étude (exprimé en pourcentage des répondants)

Discussion

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la compréhension des patients dans le cadre de la médecine d'urgence préhospitalière, malgré l'existence de nombreuses spécificités contextuelles liées à cette pratique et d'enjeux médicolégaux importants. Notre travail a permis de mettre en évidence que la compréhension des informations et consignes données par les médecins du Smur aux patients laissés sur place après une intervention est mauvaise. Ces résultats sont concordants avec les travaux réalisés dans le contexte intrahospitalier de la pratique de la médecine d'urgence [12,13,16–19]. Des travaux antérieurs ont par ailleurs montré que les problèmes de compréhension relatifs aux explications données par les médecins du Smur quant à la gravité de la situation concernent également, pour une part importante, les membres de la famille des patients pris en charge [20].

Nous avons mis en évidence que le défaut de compréhension de la part des patients concerne principalement le suivi préconisé et les motifs de rappel au centre 15. Les patients souffrant de pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme ou l'insuffisance cardiaque comprenaient mieux les instructions que les patients souffrant de pathologies aiguës. Ce résultat pourrait être lié à la connaissance antérieure qu'ont ces patients de leur maladie et de la gestion des épisodes de décompensation.

Notre étude suggère par ailleurs que si les patients jugeant avoir bien compris les consignes comprenaient effectivement mieux que les autres (tout en étant pour la plupart très éloignés d'un niveau satisfaisant de compréhension), beaucoup de médecins du Smur n'ont pas conscience de l'existence d'importantes incompréhensions parmi les patients.

Des résultats similaires ont été obtenus dans les travaux réalisés aux urgences [13,19,21]. Dans notre étude, près d'un patient sur deux déclarait que le médecin s'était assuré qu'il avait bien compris les consignes, ce qui avait tendance à améliorer le niveau de compréhension de la part des patients, celui-ci restant malgré tout insuffisant. Cette recherche de feedback reposait le plus souvent uniquement sur le fait de demander au patient s'il avait bien compris et s'il avait des questions. Or, il est établi que ce questionnement est peu efficace et qu'il est nécessaire de demander au patient de verbaliser ce qu'il a compris des instructions délivrées préalablement, selon les principes de la *teach-back-type method* [11]. Des recommandations pourraient être formulées en ce sens auprès des médecins du Smur afin de leur permettre d'identifier plus facilement les situations fréquentes d'incompréhension de la part des patients, en particulier lorsqu'il s'agit de patients âgés, dont nous avons montré le plus faible niveau de compréhension.

Une prise de conscience des médecins face à ces problèmes de compréhension serait une étape préalable de remédiation. Par ailleurs, une communication inappropriée étant le principal facteur d'incompréhension de la part des patients, il est souhaitable que les médecins soient mieux formés à la communication, tant lors de leur formation prégraduée que du cursus de spécialisation, tel que cela est prévu dans le cadre du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. La communication est ainsi reconnue comme une compétence fondamentale par plusieurs autorités de santé et par de nombreux organismes professionnels nationaux et internationaux [22]. Or, les habiletés requises pour une communication professionnelle efficace ne sont pas innées. Elles doivent être apprises et intégrées à la

Tableau 4 Analyse multivariée visant à déterminer l'influence des variables « âge », « profession », « chronicité de la pathologie », « autoévaluation, par le patient, de la clarté des explications données par le médecin », « présence ou non d'un feedback » et « durée des explications » sur la compréhension moyenne des patients

Variable et modalité	Compréhension moyenne (écart-type)	p
Âge		0,02
Profession		< 0,001
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2,08 ± 0,63	
Cadre, profession intellectuelle supérieure	1,69 ± 0,89	
Profession intermédiaire	1,52 ± 0,77	
Employé	2,38 ± 0,52	
Retraité	1,38 ± 0,88	
Autre : sans activité professionnelle	1,54 ± 1,17	
Ancienneté de la pathologie		0,002
Pathologie chronique	2,10 ± 0,86	
Pathologie aiguë	1,45 ± 0,83	
Clarté des explications du médecin		0,01
Pas du tout claires	1,29 ± 0,75	
Parfaitement claires	1,70 ± 0,87	
Feed-back		< 0,001
Absent	1,44 ± 1,07	
Présent	1,79 ± 0,88	
Durée des explications		0,02
Insuffisante	1,64 ± 0,86	
Suffisante	1,72 ± 0,86	

L'analyse multivariée avait pour but d'étudier les scores de compréhension en somme ou en moyenne, c'est-à-dire des scores continus dont la distribution était assimilable à celle d'une distribution bêta. Nous avons ainsi eu recours à des modèles de régression bêta, en utilisant comme fonction de lien la fonction logit, afin d'investiguer de façon multivariée les éventuelles corrélations existantes avec la mesure quantitative étudiée. Pour chacune des variables, une p-valeur a été établie dans l'échelle du modèle afin de conclure aux variables significativement associées à la réponse

pratique clinique [23,24]. C'est ainsi que l'Académie nationale de médecine estimait, il y a une dizaine d'années déjà, qu'il était temps « d'assurer la formation à la communication médicale dans les facultés de médecine » [7]. La formation pourrait être complétée par l'instauration de mesures visant à limiter les conséquences possibles d'une mauvaise compré-

hension de la part des patients. Au Samu 67, tous les patients laissés sur place par un effecteur sont ainsi rappelés dans les heures qui suivent l'intervention, afin d'identifier d'éventuels motifs d'hospitalisation secondaire ou de communiquer à nouveau certaines consignes.

Notre étude présente plusieurs limites. La taille de l'échantillon est faible et les données ont été recueillies dans un seul Smur, ce qui limite la validité externe des résultats. Par ailleurs, certaines questions utilisées lors de l'entretien téléphonique sont critiquables quant à la validité interne des réponses obtenues. Par exemple, lorsque les patients étaient interrogés sur la perception de leur propre compréhension, certains pouvaient se sentir jugés, et donc, être tentés de répondre qu'ils avaient compris. De même, compte tenu du niveau élevé de satisfaction concernant la relation médecin-patient, il est possible que les patients n'aient pas souhaité critiquer le médecin du Smur auprès d'un autre médecin. Nous ne nous sommes par ailleurs pas intéressés au devenir des patients, afin de déterminer si leur niveau de compréhension était corrélé à ce devenir, ce qui limite la portée du travail quant aux conséquences réelles du manque de compréhension de la part des patients. La détermination de la compréhension à moyen et long terme des patients et de ses conséquences sur le plan de la morbidité et de la consommation ultérieure de soins (par exemple, dans le cadre de reconsultations) constitue ainsi une perspective complémentaire de recherche particulièrement intéressante. Il est également important de noter que les médecins du Smur étaient informés de l'existence de cette étude et de ses objectifs. Ils ont ainsi pu modifier leurs comportements quant à la manière de communiquer avec les patients et/ou répondre de façon orientée au questionnaire qu'ils devaient remplir. Nous avons essayé de limiter ce biais à travers l'anonymisation des questionnaires avant leur analyse.

Conclusion

La communication est un élément crucial de la relation médecin-patient et une obligation déontologique et légale de la part du médecin [25,26]. La plupart des litiges qui surviennent dans le cadre de la pratique médicale résultent en effet d'un manque ou d'une insuffisance de communication, dont découle chez le patient une mauvaise compréhension de sa maladie, de son traitement et du suivi à réaliser. Dans cette étude exploratoire, nous avons montré que les patients avaient une compréhension globale généralement mauvaise des instructions communiquées par le médecin du Smur. Ce constat devrait nous conduire à reconsidérer notre manière de communiquer avec les patients, ce qui implique en particulier de renforcer et d'améliorer l'apprentissage de la communication dans le cadre de la formation des étudiants en médecine et des futurs spécialistes en médecine d'urgence.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Coleman EA (2009) Better transitions: improving comprehension of discharge instructions. *Front Health Serv Manage* 25:11–32
- Clarke C, Friedman SM, Shi K, et al (2005) Emergency department discharge instructions comprehension and compliance study. *CJEM* 7:5–11
- LeClaire MM, Oakes JM, Weinert CR (2005) Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest* 128:1728–35
- Decoux M, Scherpereel P (2013) Pour un hôpital encore plus humain : l'expérience de médecins médiateurs. *Presse Med* 42:389–94
- Fainzang S (2006) La relation médecins-malades : information et mensonge. Presses universitaires de France, Paris 159 p
- Queneau P (2004) Le malade n'est pas un numéro ! Sauver la médecine. Odile Jacob, Paris 280 p
- Mantz JM, Wattel F (2006) Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bull Acad Natl Med* 190:1999–2011
- Haegy JM, Andronikof M (2003) Éthique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence. http://www.sfnu.org/upload/consensus/rbpc_ethique.pdf (Dernier accès le 17 avril 2017)
- Levinson W, Pizzo PA (2011) Patient-physician communication: it's about time. *JAMA* 305:1802–3
- Pouchelle MC (2003) L'hôpital corps et âme. Essais d'anthropologie hospitalière. Seli Arslan, Paris 218 p
- Taylor DM, Wolfe R, Cameron PA (2002) Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emerg Med* 14:43–9
- Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C (1995) Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 25:71–4
- Engel KG, Heisler M, Smith DM, et al (2009) Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand? *Ann Emerg Med* 53:454–61
- Stewart MA (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 152:1423–33
- Wei HG, Camargo CA (2000) Patient education in the emergency department. *Acad Emerg Med* 7:710–7
- Johnson A, Sandford J, Tyndall J (2003) Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD003716
- Logan PD, Schwab RA, Salomone JA, Watson WA (1996) Patient understanding of emergency department discharge instructions. *South Med J* 89:770–4
- Musso MW, Perret JN, Sanders T, et al (2015) Patients' comprehension of their emergency department encounter: a pilot study using physician observers. *Ann Emerg Med* 65:151–5
- Engel KG, Buckley BA, Forth VE, et al (2012) Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Acad Emerg Med* 19:E1035–E44
- Debaty G, Ageron FX, Minguet L, et al (2015) More than half the families of mobile intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Intensive Care Med* 41:1291–8
- Crane JA (1997) Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med* 15:1–7
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, et al (2005) The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med* 20:175–84
- Millette B, Lussier MT, Goudreau J (2004) L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale* 5:110–26
- Curtis JR, Sprung CL, Azoulay E (2014) The importance of word choice in the care of critically ill patients and their families. *Intensive Care Med* 40:606–8
- République française (2004) Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, article R4127-34. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=0E113EEC4DB0C3D8CCA781372E95743B.tpdila22v_3?idArticle=LEGIARTI000006912896&cid-Texte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110210&categorieLien=id&oldAction= (Dernier accès le 17 avril 2017)
- République française (2004) Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, article R4127-35. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210> (Dernier accès le 17 avril 2017)