

# Une procédure standardisée pour informer les patients d'unité d'hospitalisation de courte durée n'améliore pas leur compréhension

## A Standardized Information Procedure does not Improve Patients' Comprehension in Emergency Observation Units

Y.-E. Claessens · E. Trabattoni · A. Eche · M. Ben Boutieb · P. Hausfater · P. Ray · R. Hellmann · V. Verpsyk · S. Charpentier · J. Levraut · P. Plaisance · B. Renaud · P.-M. Roy · P. Taboulet · H. Agostini · J. Schmidt · A. Rouquette

Reçu le 28 juillet 2017; accepté le 23 octobre 2017  
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

**Résumé** *Introduction* : La compréhension en médecine d'urgence est hautement altérée. Nous avons voulu déterminer si un entretien structuré se terminant par une question

ouverte améliore la compréhension de leur problème de santé des patients admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Y.-E. Claessens (✉)

Service de médecine d'urgence,  
centre hospitalier Princesse-Grace,  
2, avenue Pasteur, MC-98012, principauté de Monaco  
e-mail : ye.claessens@gmail.com

E. Trabattoni

Service de médecine d'urgence,  
Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), hôpital Cochin,  
27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, F-75014 Paris, France

A. Eche

Service de médecine d'urgence, AP-HP, Hôtel-Dieu,  
1, place du Parvis-Notre-Dame, F-75004 Paris, France

M. Ben Boutieb · A. Rouquette

Service de biostatistique et épidémiologie, AP-HP, Hôtel-Dieu,  
1, place du Parvis-Notre-Dame, F-75004 Paris  
et Inserm, U669, universités Paris-Sud et Paris-Descartes,  
97, boulevard du Port-Royal, F-75014 Paris, France

P. Hausfater

Service de médecine d'urgence, AP-HP,  
Pitié-Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris  
et université Pierre-et-Marie-Curie-Paris-VI, Paris, France

P. Ray

Service de médecine d'urgence, AP-HP,  
hôpital Tenon, rue de la Chine, F-75010 Paris  
et université Pierre-et-Marie-Curie-Paris-VI, Paris, France

R. Hellmann

Service de médecine d'urgence, AP-HP,  
hôpital Bichat-Claude-Bernard,  
46, rue Henri-Huchard, F-75018 Paris, France

V. Verpsyk

Service de médecine d'urgence, hôpital Charles-Nicolle,  
1, rue Germon, F-76000 Rouen, France

S. Charpentier

Service de médecine d'urgence, hôpital Purpan,  
place du Docteur-Baylac, TSA 40031, F-31059 Toulouse  
cedex 9 et université Paul-Sabatier, Toulouse, France

J. Levraut

Service de médecine d'urgence, hôpital Saint-Roch,  
5, rue Pierre-Devoluy, F-06006 Nice Cedex 1,  
et université Sophia-Antipolis, France

P. Plaisance

Service de médecine d'urgence, APHP,  
hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, F-75010 Paris,  
et université Paris-Diderot, Paris, France

B. Renaud

Service des urgences, hôpital Cochin-Port Royal, APHP,  
université Paris Descartes, 75006 Paris

P.-M. Roy

Service de médecine d'urgence,  
centre hospitalo-universitaire, 4, rue Larrey,  
F-49100 Angers et université d'Angers, France

P. Taboulet

Service de médecine d'urgence, AP-HP,  
hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux,  
F-75010 Paris, France

H. Agostini

Service de médecine d'urgence, AP-HP,  
hôpital Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc,  
F-94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

J. Schmidt

Service de médecine d'urgence,  
hôpital Gabriel-Montpied, place Henri-Dunant,  
F-63000 Clermont-Ferrand et université d'Auvergne,  
Clermont-Ferrand, France

**Méthodes** : Étude randomisée contrôlée en cluster dans 14 services d'urgences français ; 612 patients adultes ont été inclus pendant une période d'observation et 1 170 pendant la période de l'étude. La compréhension globale correspond à quatre dimensions au moins : sévérité ; principal organe atteint ; terme médical du diagnostic ; traitement reçu aux urgences ; consignes de sortie ou raison d'hospitalisation.

**Résultats** : La compréhension globale n'était pas améliorée dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle (9 % vs 12 %), une tendance à une moins bonne compréhension étant même observée par rapport à la période d'observation (-2 % vs 8 %,  $P=0,07$ ). L'intervention n'a amélioré aucune des dimensions de la compréhension: pronostic (38,2 % vs 45,3 %), principal organe atteint (62 % vs 59 %), terme médical (44 % vs 47 %), traitement (20 % vs 28 %), consignes de sortie ou raison d'hospitalisation (27 vs 27 %). L'âge était associé à une moindre compréhension globale (OR 0,40 [95 % CI 0,23; 0,69],  $P<0,001$ ) et du traitement (OR 0,42 [95 % CI 0,29; 0,62],  $P<0,001$ ), des termes médicaux (OR 0,38 [95 % CI 0,26; 0,54],  $P<0,001$ ) et de l'organe atteint (OR 0,64 [95 % CI 0,46; 0,88],  $P=0,007$ ).

**Discussion** : La compréhension qu'ont les patients d'UHCD de leur problème de santé n'est pas améliorée par un entretien bref structuré.

**Mots clés** Médecine d'urgence · Compréhension · Étude randomisée contrôlée · Entretien structuré · Défaut de communication

**Abstract Introduction:** To determine whether a multifacette intervention using a structured interview finishing with open-ended question improves the comprehension of their condition in patients admitted at the emergency observation unit.

**Methods:** This multicenter randomized and controlled cluster study was set at the Emergency observation units from 14 emergency departments in France. 612 consenting adult patients were enrolled for the observation period and 1170 for the study period. Patients' global comprehension is defined as improvement in  $\geq 4$  dimensions of understanding: severity, main organ involved, medical wording for diagnosis, treatment received in the emergency ward, discharge instructions or motive for admission.

**Results:** Global comprehension was not improved in the intervention group when compared to controls (9.1 vs 12.1% respectively), and a trend for worsening was even observed during the study period for intervention group (-1.97 vs 7.54% in controls,  $P = 0.0728$ ). Understanding in the intervention group was not improved when compared to the controls for any of the dimensions: prognosis (38.2 vs 45.3%), organ involved (61.6 vs 58.8%), medical wording (43.5 vs 47.1%), treatment (20.4 vs 28.1%), discharge orders and reasons for admission (26.9 vs 26.8 %). Age was signi-

ficantly associated with a decrease in global comprehension (OR 0.40 [95 % CI: 0,23–0,69],  $P = 0.0009$ ) and comprehension of treatment (OR: 0.42 [95% CI: 0,29–0,62],  $P < 0.0001$ ), medical wording (OR: 0.38 [95% CI: 0,26–0,54],  $P < 0.0001$ ) and organ involved (OR: 0.64 [95% CI: 0,46–0,88],  $P = 0.0068$ ).

**Conclusion:** Comprehension of patients admitted in the emergency observation unit was not improved when physicians used a brief structured interview.

**Keywords** Emergency medicine · Comprehension · Randomized controlled trial · Structured interview · Communication gap

## Introduction

Aux urgences comme dans les autres secteurs de soins, la qualité de la relation médecin-malade influence la qualité des soins [1–3]. Un entretien fondé sur une communication efficace garantit une meilleure compréhension du patient et améliore sa compliance et sa satisfaction [4–6]. Consulter aux urgences reste pour le malade une expérience inhabituelle et angoissante. En effet, le patient va rencontrer pour la première fois un médecin qu'il n'a pas choisi dans un contexte anxiogène. Dans un temps particulièrement court, ce médecin va devoir poser un diagnostic, proposer un traitement et une orientation [7]. Ces circonstances singulières peuvent entraver la qualité de la relation de confiance et conduire à une incompréhension de la part du patient. Malgré ces difficultés, la compréhension par les patients de leur problème de santé reste satisfaisante lorsqu'il s'agit de pathologies à faible niveau de complexité [8]. À l'inverse, lorsque l'état de santé du patient nécessite son admission en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et que le problème médical est plus complexe, la compréhension du diagnostic, du pronostic et du traitement est fréquemment diminuée. Nombreux sont les facteurs qui influent sur ce bas niveau de compréhension [8–10]. Des études ont suggéré qu'un entretien dont l'information est précise et concise (diagnostic, pronostic, traitement) et se termine par une question ouverte pourrait améliorer le niveau de compréhension. Une étude pilote a souligné l'intérêt d'une telle stratégie [11]. Nous avons donc entrepris une étude randomisée contrôlée en cluster pour tester son efficacité chez les patients d'UHCD.

Le but de cette étude était de déterminer si une méthode d'information formalisée pouvait améliorer la compréhension à l'échelon individuel (objectif principal) et au niveau des clusters (objectif secondaire).

## Méthodes

Nous avons conduit une étude randomisée contrôlée en cluster dans 14 services d'urgences français possédant une UHCD (de février à octobre 2012). Nous avons initialement étudié une période d'observation de deux semaines pour évaluer le niveau de compréhension avant la période d'intervention. La période de l'étude à proprement parler (groupe intervention et groupe témoin) a été menée dans les mêmes centres durant quatre semaines. Cette étude a été soutenue et monitorée par Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et financée par le ministère de la Santé (CIRC-AOM-10014). Le protocole a été enregistré sous le numéro NCT01848574 dans la base de données clinicaltrials.gov.

Les patients âgés de 18 ans et plus pouvaient être inclus s'ils consultaient aux urgences avec un problème de santé nécessitant leur admission en UHCD. Les critères d'exclusion étaient les suivants : troubles des fonctions supérieures, patient sous protection ou contrainte judiciaire, incapacité à lire ou à comprendre le français. Du fait de contraintes organisationnelles, les patients étaient inclus consécutivement du lundi au vendredi, de 8 à 18 h. La gestion administrative de l'étude a été confiée à l'URC-CIC Paris centre, AP-HP, Paris, France.

Tous les patients devaient donner leur consentement oral avant inclusion. Le consentement écrit n'était pas requis pour cette étude. Le Comité de protection des personnes (Paris 2011-oct-12749) a qualifié cette étude en soins courants et a approuvé le protocole de l'étude ainsi que les procédures de consentement.

L'intervention, à l'échelle d'un cluster, était la suivante : le premier jour de la période d'intervention, une présentation magistrale était donnée aux équipes. La première partie avait trait aux problèmes d'information en médecine d'urgence ; la seconde partie était dévolue à la présentation de la procédure standardisée d'information aux patients faisant l'objet de l'étude. À la fin de la présentation, il était demandé aux médecins d'appliquer la procédure d'information durant la période de l'étude. Cette procédure consistait en une entrevue brève, structurée, au cours de laquelle le médecin devait se présenter, donner l'information sur le diagnostic, sa terminologie médicale, le pronostic, le traitement et l'orientation. L'information devait être dispensée dans un langage facile à comprendre. Le médecin devait terminer son propos par une question ouverte incitant le patient à poser des questions. Nous donnions l'exemple suivant aux investigateurs : « *Madame M., je suis le Dr D., vous souffrez d'un problème cardiaque appelé infarctus du myocarde. Il s'agit d'un problème grave. Vous devez être hospitalisée pour poursuivre les examens complémentaires et le traitement. Avez-vous des questions pour mieux comprendre votre problème de santé ?* » Des fiches « pense-bêtes » étaient remises à chaque

médecin de l'équipe. Des posters étaient affichés dans les urgences dès le début de la période d'intervention. Un assistant de recherche clinique dédié à l'étude était mis à disposition dans chaque centre et rappelait chaque jour la procédure d'information.

Dans les centres témoins, la première partie de la présentation était donnée, mais il n'était pas préconisé de procédure d'information spécifique. Il était proposé aux médecins de délivrer l'information comme ils en avaient l'habitude.

Après avoir obtenu le consentement oral, un assistant de recherche clinique collectait les données démographiques et médicales et le niveau d'anxiété du patient sur une échelle visuelle analogique (EVA) avant et après l'entretien médical. Les caractéristiques du médecin étaient également recueillies.

Aussi près que possible de la sortie d'UHCD, le médecin et le malade répondaient à un autoquestionnaire. Les cinq dimensions de la compréhension étudiées par ce questionnaire étaient la sévérité, le principal organe atteint, la terminologie médicale correspondant à la maladie, le traitement reçu aux urgences, les consignes de sortie ou les raisons de l'admission.

Pour cette étude, la compréhension correspondait à l'adéquation de la réponse du malade avec celle du médecin considérée comme méthode de référence. Par exemple, le médecin déclarait avoir dit au patient que sa maladie était grave et cochant la case correspondante sur le questionnaire comportant trois possibilités (grave, pas grave, indéterminé) ; si le patient cochant la case « grave », nous considérons qu'il avait compris l'information pronostique ; s'il cochant une autre case (pas grave, indéterminé), nous considérons qu'il n'avait pas compris l'information pronostique.

Le critère d'évaluation principal était la compréhension globale, définie par l'adéquation de la réponse du patient à au moins quatre des cinq dimensions de la compréhension. Les critères d'évaluation secondaires étaient l'évaluation de chacune des cinq dimensions de la compréhension. Ces critères ont été appliqués à l'échelon individuel et des clusters.

## Analyse statistique

Les résultats d'une étude précédente sur 9 centres incluant 20 patients par centre suggéraient un coefficient de corrélation intracluster de 0,01 et un pourcentage de compréhension de 30 % chez les patients du groupe témoin. Pour nous affranchir d'un défaut de puissance de l'étude, nous avons calculé l'échantillon pour un coefficient de corrélation intracluster de 0,05. Pour un risque  $\alpha$  de 0,05, un risque  $\beta$  de 0,2 et une amélioration de 20 % de la compréhension dans le groupe intervention, il était nécessaire d'inclure 100 participants par cluster dans 14 clusters pendant la période d'intervention. Cet échantillonnage permettait un intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) de 3,5 %.

Pour la randomisation en cluster, les services d'urgences ont été stratifiés selon leur aire géographique (Paris centre/Paris banlieue/Province). L'unité de randomisation était le service pour des raisons pratiques d'implémentation des procédures et pour s'affranchir d'une contamination. Bien que l'aveugle ait été impossible pour les équipes médicales, il n'existe aucune raison pour que les patients aient eu connaissance du groupe auquel le service était assigné. De plus, l'adéquation des réponses des participants avec celles des médecins a été réalisée par un statisticien et un investigateur aveugles du groupe d'étude (intervention/témoin). Enfin, la randomisation était générée par un statisticien aveugle du médecin et de l'assistant qui incluaient le malade.

Les variables quantitatives étaient décrites en moyenne (écart-type) au niveau individuel, en médiane (extrême) au niveau du cluster. Les variables qualitatives étaient décrites en nombre (%). L'analyse a été menée en intention de traitement. Les tests statistiques étaient bilatéraux, et une valeur de  $P < 0,05$  était considérée comme significative.

L'évaluation des réponses au niveau individuel étant binaire (compréhension : oui/non), nous avons généré des modèles linéaires généralisés mixtes (« lien logit » et « variance aléatoire ») pour intégrer l'effet cluster. Pour la compréhension globale et la compréhension de chacune des dimensions, nous avons réalisé un premier modèle dans le groupe intervention en utilisant la localisation géographique comme facteur de stratification à effet fixe (odds ratio [OR] brut [IC 95 %]). Secondairement, un grand nombre de facteurs de confusion ont été introduits dans le modèle à effet fixe, soit des variables individuelles (sexe et âge du patient, niveau d'anxiété avant l'entrevue médicale ; âge du médecin), soit des variables du cluster (pourcentage de compréhension durant la période d'observation). Les effets fixes des modèles multivariés mixtes ont été exprimés en OR [IC 95 %]. Pour la gestion des données manquantes, des analyses de sensibilité ont été menées en utilisant des techniques d'imputation multiple. Pour les objectifs secondaires à l'échelon du cluster, des tests de Mann-Whitney ont été utilisés pour comparer l'évolution de pourcentage de compréhension des patients entre la période d'observation et la période de l'étude. Les analyses ont été réalisées sur le logiciel SAS version 9.3 (SAS Institute, Cary, NC).

## Résultats

Les 14 centres étaient situés dans des hôpitaux universitaires, dont 8 en région parisienne. Les centres étaient randomisés selon des règles prédéfinies en 7 centres intervention et 7 centres témoins. Durant les deux semaines de la période d'observation, 640 patients ont été inclus (dont 1 à tort, exclus de l'analyse) ; chez 27 patients, la compréhension n'a pas pu être évaluée (questionnaires manquants). Les

caractéristiques de cette population sont disponibles dans le tableau additionnel (matériel supplémentaire à consulter en ligne).

Durant la période d'intervention, 1 170 patients ont été inclus, 618 dans le groupe intervention et 552 dans le groupe témoin (Fig. 1). Les patients étaient représentés à parts égales d'hommes et de femmes, un tiers avaient 75 ans ou plus (Tableau 1). Presque la moitié des patients avaient un accompagnant. La majorité des patients présentaient une comorbidité : un cancer ( $n = 119$  ; 10 %), une insuffisance cardiaque chronique ( $n = 101$  ; 9 %), une insuffisance respiratoire chronique ( $n = 80$  ; 7 %). La raison d'admission en UHCD était le plus souvent un problème médical aigu ( $n = 899$  ; 77 %), 62,5 % ( $n = 714$ ) des patients étaient hospitalisés dans une autre unité après le séjour en UHCD.

La compréhension des patients était faible (Tableau 2). Le niveau de compréhension variait selon la dimension explorée, de 24 (traitement reçu) à 61 % (principal organe atteint). La compréhension globale était obtenue chez 10,5 % des participants.

La compréhension globale et la compréhension de chaque dimension n'étaient pas améliorées dans le groupe intervention. Il était même observé une tendance (sans signification statistique) à une moins bonne compréhension dans le groupe intervention pour la compréhension globale (9 vs 12 % ; OR = 0,66 [0,29–1,52]), la sévérité (38 vs 45 % ; OR = 0,74 [0,44–1,24]), le diagnostic (44 vs 47 % ; OR = 0,77 [0,55–1,08]) et le traitement (20 vs 28 % ; OR = 0,64 [0,37–1,11]). Les OR étaient de 1 [0,61–1,66] pour l'organe atteint et de 0,94 [0,66–1,34] pour les raisons de l'admission/consignes de sortie. Les techniques d'imputation multiple ont montré des résultats équivalents pour la compréhension globale (OR = 0,62 [0,32–1,20]), la sévérité (OR = 0,74 [0,48–1,14]), le diagnostic (OR = 0,76 [0,57–1,01]), le traitement (OR = 0,64 [0,40–1,02]), l'organe atteint (0,98 [0,63–1,55]), les consignes de sortie ou les raisons de l'admission (OR = 0,96 [0,71–1,31]).

Les résultats des modèles multivariés mixtes sont disponibles sur le tableau 3. Les OR ajustés pour l'intervention n'étaient significatifs pour aucun des critères d'évaluation. Les techniques d'imputation multiple ont trouvé les mêmes résultats (données non montrées). L'âge supérieur ou égal à 75 ans était significativement associé à une moins bonne compréhension, sinon pour la sévérité. L'âge compris entre 60 et 75 ans avait un impact, plus faible, sur la compréhension du traitement, du diagnostic, de l'organe atteint. Le sexe féminin était associé à une meilleure compréhension du traitement et de l'organe atteint. Enfin, un score d'anxiété plus élevé était associé à une moindre compréhension globale du diagnostic et de l'organe atteint.

Le tableau 4 rapporte l'évolution de la compréhension (exprimée en %) parmi les patients des deux groupes entre la période d'observation et la période de l'étude. Pendant la

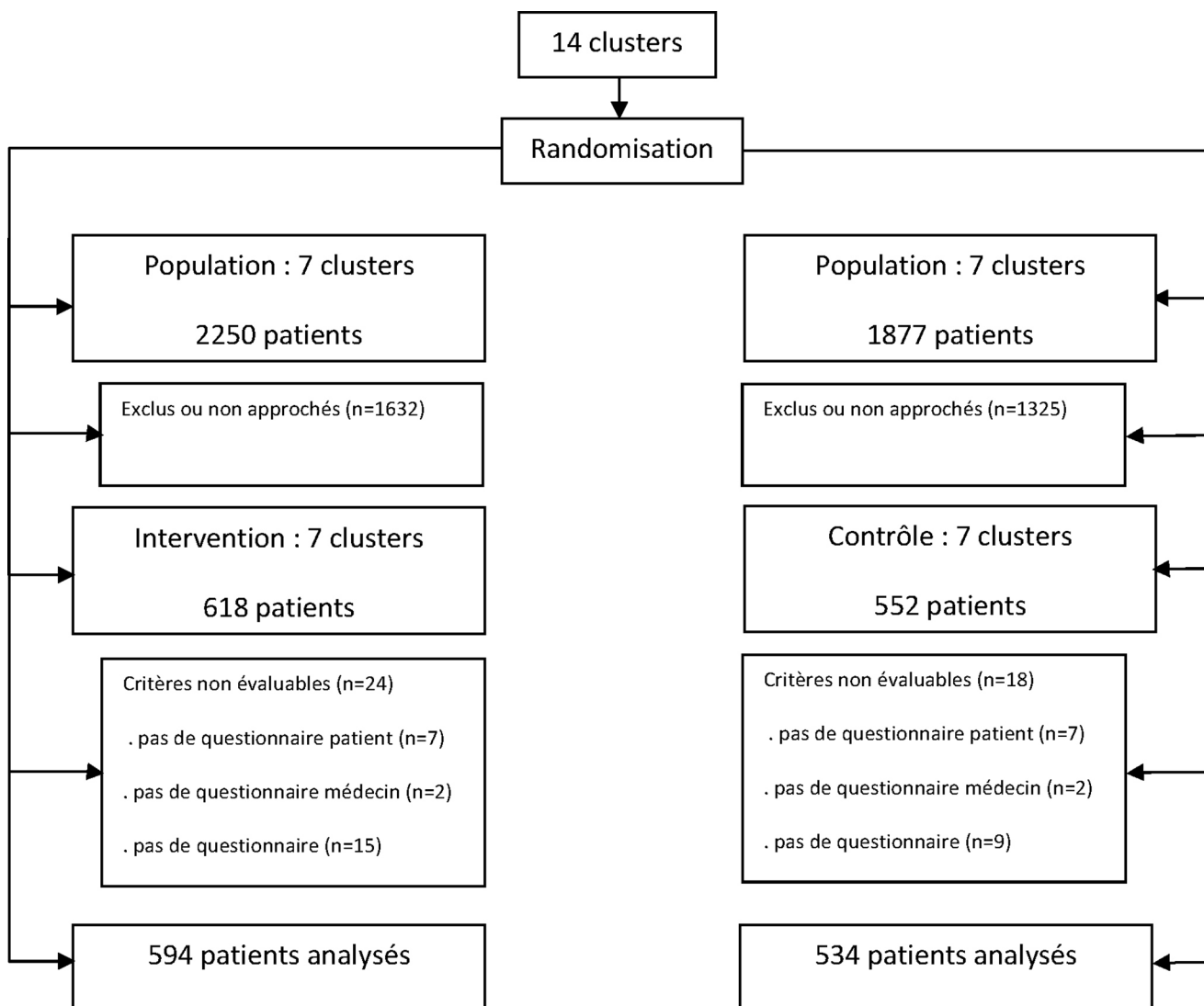


Fig. 1 Déroulement de l'étude

période de l'étude, la compréhension globale diminuait dans le groupe intervention (différence de médiane :  $-4,7\%$  ; extrêmes :  $-6,9\%$ – $4,2\%$ ), alors qu'elle augmentait dans le groupe témoin (différence de médiane :  $10,9\%$  ; extrêmes :  $-5,0\%$ – $9,7\%$ ). Le test de Mann-Whitney n'était pas significatif (valeur de  $p = 0,07$ ), mais suggérait une tendance à une moins bonne compréhension dans le groupe intervention. Aucune différence significative n'était observée pour chacune des dimensions de la compréhension, mais il existait une tendance négative, excepté pour l'organe atteint.

Comme l'échantillon recueilli durant la période de l'étude était plus faible que prévu, une analyse a été réalisée rétrospectivement pour définir si l'absence de résultat significatif était liée à un manque de puissance. Le coefficient de corrélation intraclasse pour l'ensemble de l'échantillon était de  $0,048$  [ $0,0144$ – $0,150$ ]. Le nombre moyen de patients inclus par centre était de  $78$ , et le pourcentage de patients ayant une

compréhension globale de  $12\%$ . Pour un risque  $\alpha$  de  $0,05$ , un risque  $\beta$  de  $0,2$  et un coefficient de corrélation intraclasse de  $0,048$ , un minimum de  $10$  clusters incluant  $78$  participants chacun aurait été nécessaire pour trouver une différence de compréhension globale de  $20$  (soit  $32\%$  dans le groupe intervention), soit  $80$  patients inclus pendant la période de l'étude.

## Discussion

À notre connaissance, nous avons conduit la première étude prospective multicentrique testant l'impact d'une information standardisée sur la compréhension des patients admis en UHCD. Le principal résultat est l'absence d'effet positif de l'intervention. Nous avons même pu observer une



**Tableau 1** Caractéristiques de la population (période d'étude). Les résultats sont représentés en nombre (%) et en moyenne (écart-type)

	Procédure d'information		
	Intervention (n = 618)	Contrôle (n = 552)	Total (n = 1 170)
<b>Âge (catégories), n (%)</b>	296 (47,9)	271 (49,1)	567 (48,5)
< 45 ans	150 (2)	170 (31)	320 (2)
45–60 ans	130 (21)	126 (23)	256 (22)
60–75 ans	130 (21)	116 (21)	246 (21)
> 75 ans	208 (34)	140 (25)	348 (30)
<b>Situation familiale, n (%)</b>			
Célibataire	123 (20)	136 (25)	259 (22)
Marié	306 (50)	240 (44)	546 (47)
Divorcé/séparé	68 (11)	58 (11)	126 (11)
Veuf	115 (19)	82 (15)	197 (17)
<b>Accompagnant, n (%)</b>			
Néant	275 (45)	331 (60)	606 (52)
Famille	279 (45)	179 (32)	458 (39)
Autre proche	51 (8)	29 (5)	80 (7)
<b>Consultation de sa propre initiative, n (%)</b>	220 (36)	180 (33)	400 (34)
<b>Durée de séjour (heures), moyenne (ET)</b>	31,2 (20)	33,2 (53,5)	32,5 (39,4)
<b>Heure de passage aux urgences, n (%)</b>			
8 : 00–18 : 00	363 (59)	349 (63)	712 (61)
18 : 00–0 : 00	182 (29)	136 (25)	318 (27)
0 : 00–8 : 00	71 (12)	63 (11)	134 (12)
<b>Conflit, n (%)</b>	7 (1)	17 (3)	24 (2)
<b>Anxiété (score &gt; 0), n (%)</b>	79 (13)	47 (9)	126 (11)
<b>Comorbidité, n (%)</b>	483 (78)	396 (72)	879 (75)
<b>Diagnostic à la sortie de l'UHCD, n (%)</b>			
Chirurgie non traumatique	14 (2)	30 (5)	44 (4)
Traumatologie	16 (3)	16 (3)	32 (3)
Médecine	449 (73)	450 (82)	899 (77)
Psychiatrie et intoxication volontaire	36 (6)	29 (5)	65 (6)
Autre	90 (15)	18 (3)	108 (9)
<b>Orientation après l'UHCD, n (%)</b>			
Sortie	197 (32)	225 (41)	422 (36)
Chirurgie	24 (4)	12 (2)	36 (3)
Médecine	373 (61)	275 (50)	648 (55)
Réanimation/soins intensifs	2 (0)	7 (1)	9 (1)
Rééducation et soins palliatifs	9 (2)	12 (2)	21 (2)

Les résultats sont représentés en nombre (%) et en moyenne (écart type). UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

tendance à une dégradation du niveau de compréhension dans le groupe devant recevoir une information standardisée.

La compréhension relève de mécanismes complexes et finement intriqués. Elle s'appuie sur un réseau de connaissances individuelles et contextuelles et sur la capacité à interpréter des informations sémantiques [12]. Par exemple, le mécanisme de compréhension est souvent compromis, car

les patients peuvent manquer de littératie en médecine [13]. La mauvaise compréhension est associée à une moindre qualité des soins [14] et à des coûts de santé plus élevés. Les médecins devraient idéalement tester le niveau de compréhension des malades dont ils ont la charge et s'assurer que les informations médicales ont été assimilées [12]. Une information brève utilisant un langage simple et clair peut

<b>Tableau 2</b> Dimensions de la compréhension des patients (période d'intervention)			
	<b>Procédure d'information</b>		
	<b>Intervention (n = 618)</b>	<b>Contrôle (n = 552)</b>	<b>Total (n = 1 170)</b>
<b>Sévérité</b>			
<i>Données manquantes</i>	55 (9)	36 (7)	91 (8)
<i>Pas d'agrément</i>	327 (53)	266 (48,2)	593 (51)
<i>Agrément</i>	236 (38)	250 (45)	486 (42)
<b>Organe</b>			
<i>Données manquantes</i>	32 (5)	31 (6)	63 (5)
<i>Pas d'agrément</i>	205 (33)	191 (35)	396 (34)
<i>Agrément</i>	381 (62)	330 (59)	711 (61)
<b>Diagnostic</b>			
<i>Données manquantes</i>	69 (12)	80 (15)	149 (13)
<i>Pas d'agrément</i>	280 (45)	212 (39)	492 (42)
<i>Agrément</i>	269 (44)	260 (47)	529 (45)
<b>Traitement</b>			
<i>Données manquantes</i>	31 (5)	29 (5)	60 (5)
<i>Pas d'agrément</i>	461 (75)	368 (67)	829 (71)
<i>Agrément</i>	126 (20)	155 (28)	281 (24)
<b>Consignes de sortie/raison d'admission</b>			
<i>Données manquantes</i>	80 (13)	85 (15)	165 (14)
<i>Pas d'agrément</i>	372 (60)	319 (58)	691 (59)
<i>Agrément</i>	166 (27)	148 (27)	314 (27)
<b>Compréhension globale (critère d'évaluation principal)</b>			
<i>Données manquantes</i>	148 (24)	152 (28)	300 (26)
<i>&lt; 4 agréments</i>	414 (67)	333 (60)	747 (64)
<i>≥ 4 agréments</i>	56 (9)	67 (12)	123 (10)

La compréhension correspond à l'agrément des réponses du patient et du médecin (méthode de référence). Les résultats sont exprimés en nombre (%)

améliorer la compréhension, en particulier chez les malades ayant un niveau faible de littératie en médecine [13,14]. Sur la base d'études préalables, nous avons présumé que les patients souffrant de pathologies complexes pourraient mieux comprendre leur problème de santé si les médecins utilisaient un langage simple pour donner une information brève et ciblée en s'assurant par une question ouverte de la compréhension [15]. Malgré l'application de ces consignes, nous avons été incapables de montrer que les patients bénéficiaient d'une telle intervention. Nous avons même observé une moins bonne compréhension, sans que cela ne soit significatif. La diffusion de procédures d'information standardisées a été plébiscitée pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients [16], en particulier dans les environnements d'activité monothématique. La discussion informelle peut être plus adaptée qu'une check-list dans la plupart des environnements médicaux [17]. À l'évidence, une information structurée ne garantit pas une meilleure compréhension

par le malade. Par rapport aux pratiques habituelles, une information point par point décrivant l'organisation et les locaux des soins intensifs ne modifie pas le niveau d'anxiété des malades [18], un facteur qui influence la compréhension [10]. L'utilisation du jargon médical est une source de mauvaise compréhension [19], les patients semblant mieux comprendre et préférer l'usage de mots du quotidien pour décrire leur pathologie [20]. La stratégie interventionnelle de notre étude a pourtant appliqué cette doctrine. Les règles édictées au niveau national rappellent qu'une information orale individualisée doit être privilégiée [21]. Cela implique que les praticiens prennent en compte les caractéristiques de la maladie et du malade qu'ils informent. Bien expliquer la prescription est préconisé, mais l'impact de ces explications est incertain [22]. La manière la plus répandue pour informer le malade est un entretien informel non structuré. Le caractère oral de l'information doit être privilégié, car il permet d'adapter le discours individuellement ; cet entretien

		Dimension de la compréhension					
		Globale	Sévérité	Traitement	Diagnostic	Organe	Admission/ consignes
<b>Procédure</b>	Intervention	0,52	1,08	0,92	0,86	1,05	1,03
(référence : témoin)		[0,24;1,11]	[0,76;1,52]	[0,61;1,38]	[0,62;1,19]	[0,75;1,45]	[0,73;1,45]
<b>Local area</b>	Banlieue	1,02	0,96	1,30	1,11	0,92	0,89
(référence : provinces)	de Paris	[0,39;2,68]	[0,64;1,44]	[0,86;1,97]	[0,73;1,70]	[0,60;1,43]	[0,59;1,36]
	Paris centre	0,97	0,94	0,88	0,96	1,19	0,94
		[0,39;2,35]	[0,63;1,40]	[0,57;1,37]	[0,65;1,41]	[0,79;1,79]	[0,61;1,46]
<b>Sexe</b>	Femme	1,40	1,01	1,42	1,20	1,44	1,09
(référence : homme)		[0,88;2,23]	[0,75;1,36]	[1,02;1,99]	[0,89;1,63]	[1,06;1,96]	[0,79;1,51]
<b>Âge du patient</b>	45 à 59 ans	0,99	1,29	0,99	0,79	0,87	0,68
(référence : < 45 ans)		[0,57;1,72]	[0,87;1,92]	[0,66;1,49]	[0,53;1,18]	[0,57;1,33]	[0,45;1,05]
	60 à 74 ans	0,77	1,30	0,56	0,50	0,51	0,92
		[0,43;1,38]	[0,88;1,92]	[0,36;0,86]	[0,34;0,75]	[0,34;0,77]	[0,61;1,39]
	≥ 75 ans	0,27	1,31	0,38	0,35	0,44	0,63
		[0,14;0,55]	[0,91;1,89]	[0,24;0,58]	[0,24;0,51]	[0,30;0,65]	[0,42;0,94]
<b>Âge du médecin</b>	> 30 ans	0,77	0,72	0,73	1,01	0,99	0,83
(référence : ≤ 30 ans)		[0,47;1,26]	[0,54;0,98]	[0,52;1,02]	[0,74;1,37]	[0,73;1,36]	[0,59;1,15]
<b>Anxiété préentretien</b>	Score	0,94	1,00	0,98	0,95	0,95	1,02
		[0,87;1,00]	[0,96;1,04]	[0,93;1,02]	[0,91;0,99]	[0,91;0,99]	[0,97;1,06]
<b>Compréhension de base</b>	%	1,07	1,05	1,05	1,03	1,04	1,03
		[0,99;1,15]	[1,03;1,07]	[1,02;1,07]	[1,01;1,05]	[1,02;1,06]	[0,99;1,07]

Les résultats sont exprimés en odds ratio ajustés (OR) [intervalle de confiance à 95 %]

Tableau 4 Comparaison de l'évolution de la compréhension des patients entre les périodes d'observation et d'intervention au niveau du cluster			
Dimension de la compréhension	Témoin <i>n</i> = 7	Intervention <i>n</i> = 7	Valeur de <i>p</i>
Sévérité	8 % (-8,5; 19,6)	6 % (-16; 20)	0,32
Organe	4 % (-20; 21)	12 % (-14; 28)	0,38
Diagnostic	14 % (-14; 18)	11 % (1; 21)	0,62
Traitement	5 % (-2; 16)	-8 % (-17; 11)	0,07
Admission/consignes de sortie	3 % (-7; 16)	-3 % (-14; 15)	0,32
Compréhension globale	11 % (-5; 20)	-5 % (-7; 4)	0,07

Les résultats sont exprimés en pourcentage (extrêmes). Une valeur de  $P < 0,05$  est considérée comme significative

demande du temps dédié et un espace adéquat ; le médecin doit délivrer l'information dans un lieu et une atmosphère favorables, modulant selon les circonstances son propos pour divulguer les informations de façon progressive, graduelle, voire répétée si nécessaire [21]. Le travail du médecin et du malade est de construire, dès les urgences, une relation satisfaisant un mode de communication efficace [23], malgré la contrainte liée au peu de temps imparti [7]. Certains problèmes de compréhension peuvent survenir lorsque l'autonomie du patient n'est pas respectée [24]. Cela peut arriver

dans le cas de maladies chroniques ou particulièrement graves diagnostiquées aux urgences. Il est régulièrement fait état de discordances entre l'information délivrée par les urgentistes et la perception des patients [25]. Le médecin des urgences risquant de délivrer une information imparfaite [7], notre étude avait pour objectif de corriger certains de ces aspects. Dans une étude pilote, nous avons observé une amélioration de la compréhension globale et de certaines de ses dimensions en appliquant la procédure d'information. Dans notre étude multicentrique, nous n'avons pas été



capables de confirmer ces résultats. Nous pensons qu'une entrevue traditionnelle ajustée au patient est, dans ce contexte, plus indiquée.

Notre étude présente des limitations. La taille de l'échantillon n'a pas été atteinte et a pu induire un manque de puissance. Cependant, nous avons réalisé une analyse de puissance a posteriori qui réfute cette hypothèse. En réalité, nous avons surévalué sciemment le pourcentage de compréhension du groupe témoin a priori et avons ainsi surestimé le nombre de patients à inclure. Dans le groupe témoin, la compréhension était d'environ 10 %, bien inférieure à nos projections les plus pessimistes. Ces résultats apparaissent parmi les pires jamais publiés. La plupart des auteurs s'accordent pour associer littératie en médecine et compréhension, y compris en médecine d'urgence [26]. Des outils existent pour évaluer la littératie en médecine dans un grand nombre de langues [27]. Dans notre étude, ne pas parler ou ne pas écrire français étaient des facteurs d'exclusion. À ce jour, aucune échelle n'a été validée en français pour la littératie en médecine. Par essence, notre étude était ouverte, le fait d'utiliser ou non une méthode d'information ne pouvant être dissimulé. Ainsi, l'intervention aurait pu influencer les investigateurs. Pour nous affranchir de ce biais, nous avons utilisé une randomisation en cluster, limitant le risque de contamination. Cette méthode expose au risque d'effet centre. Dans les faits, nous avons enregistré d'importantes variations entre les centres, et certains ont ponctuellement bénéficié de l'intervention. Cependant, en se référant à la méthode statistique choisie (modèle mixte), aucun effet positif ne peut être attribué à l'intervention tout en intégrant l'effet centre. Pendant son séjour aux urgences, le patient va rencontrer de très nombreux acteurs dont la fonction est souvent difficile à identifier. La majorité des patients (85 %) vont rencontrer deux médecins ou plus, et 80 % au moins quatre infirmiers [9]. Par conséquent, le risque est élevé pour le malade de recevoir des informations divergentes, voire contradictoires [28]. De même, la compréhension des patients d'UHCD est meilleure lorsque les infirmiers et les médecins donnent la même information [28]. Ces éléments suggèrent fortement que la cohérence de l'information améliore la compréhension du malade [29]. Dans la présente étude, nous n'avons pas testé cette dimension. De plus, les patients âgés comprennent généralement moins bien l'information médicale [30]. Dans notre étude, 33,7 % des patients étaient âgés de 75 ans et plus dans le groupe intervention contre 27,4 % dans le groupe témoin. Cependant, cette différence n'avait pas d'impact lorsque les groupes étaient appariés. Enfin, nous ne pouvons pas certifier que les médecins ont absolument suivi les recommandations d'information. Pour limiter ce risque, un attaché de recherche clinique était chargé de rappeler la procédure tous les jours durant lesquels la recherche était conduite afin d'assurer la meilleure adhésion possible au protocole.

## Conclusion

Les patients d'UHCD présentent le plus souvent des maladies complexes. Le temps pour les informer est limité et la compréhension le plus souvent mauvaise. L'utilisation d'une procédure formalisée proposant un entretien bref structuré et ciblé n'améliore pas le niveau de compréhension de ces malades. Nos résultats rappellent que l'interaction médecin-malade est un sanctuaire qui ignore les procédures et doit s'affranchir de toute standardisation.

**Liens d'intérêts :** Cette étude a été soutenue financièrement par Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et le ministère de la Recherche français (CIRC-AOM-10014).

## Références

1. Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, et al (1998) Predicting patient satisfaction: a study of two emergency department. *J Behav Med* 21:545-63
2. Boudreaux ED, Ary RD, Mandry CV (2000) Determinants of patient satisfaction in a large municipal ED: the role of demographic variables visit characteristics and patients perceptions. *Am J Emerg Med* 18:394-400
3. Donadebian A (1998) The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 260:1743-8
4. Kessler DA (1991) Communicating with patients about their medications. *N Engl J Med* 325:1650-2
5. Francis V, Korsch BM, Morris MJ (1969) Gaps in doctor-patient communication. *N Engl J Med* 280:535-40
6. Ley P (1985) Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertens Suppl* 3:S51-5
7. Rhodes K, Vieth T, He T, et al (2014) Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. *Ann Emerg Med* 44:262-7
8. Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, et al (2002) Identification of quality problems in the clinical information to hospital emergency department patients. *Rev Clinic Esp* 202:629-34
9. Claessens YE, Kierzek G, Ray P, et al (2009) La dépression influence la compréhension des patients hospitalisés dans les services d'urgence. *JEUR* 22:38-43
10. Perruche F, Elie C, d'Ussel M, et al (2011) Anxiety and depression are unrecognised in emergency patients admitted to the observation care unit. *Emerg Med J* 28:662-5
11. Perruche F, Eche A, Der Sahakian G, et al (2012) A standardized procedure of information to improve comprehension of patients admitted in the emergency observation unit. *Eur J Emerg Med* 19:58-9
12. Van Dijk TA (1976) Semantic macro-structures and knowledge frames in discourse comprehension. In: Just MA, Carpenter PA (eds) *Cognitive processes in comprehension*. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey. Ed. 3-31
13. Graham S, Brookey J (2008) Do patients understand? *Perm J* 12:67-9
14. Shillinger D, Piette J, Grumbach K, et al (2003) Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 163:83-90

15. Takemura Y, Atsumi R, Tsuda T (2007) Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice. *Tohoku J Exp Med* 213:121–7
16. Helmreich R (2000) On error management: lessons from aviation. *BMJ* 320:781–5
17. Covell DG, Uman GC, Manning PR (1985) Information needs in office practice: are they being met? *Ann Intern Med* 103:596–9
18. Fleischer S, Berg A, Behrens J, et al (2014) Does an additional structured information program during the intensive care unit stay reduce anxiety in ICU patients? A multicenter randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol* 14:48
19. Tija J, Mazor KM, Field T, et al (2009) Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Patient Saf* 5:145–52
20. Kessler R, Ståhl E, Vogelmeier C, et al (2006) Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study. *Chest* 130:133–42
21. République française (2002) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> (dernier accès le 4 juillet 2017)
22. McKnight M (2014) Information prescription, 1930–2013: an international history and comprehensive review. *J Med Libr Assoc* 102:271–80
23. McCarthy DM, Buckley BA, Engel KG, et al (2013) Understanding patient-provider conversations: what are we talking about? *Acad Emerg Med* 20:441–8
24. Pellegrino ED (1992) Is truth telling to the patient a cultural artifact? *JAMA* 268:1734–5
25. 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
26. Yates K, Pena A (2006) Comprehension of discharge information for minor head injury: a randomised controlled trial in New Zealand. *N Z Med J* 119:U2101
27. Zun LS, Sadoun T, Downey L (2006) English-language competency of self-declared English speaking Hispanic patients using written tests of health literacy. *J Natl Med Assoc* 98:912–7
28. Desme A, Mendes N, Perruche F, et al (2013) Nurses' understanding influences comprehension of patients admitted in the observation unit. *J Health Commun* 18:583–93
29. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, et al (2003) Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *CMAJ* 169:1023–8
30. Albrecht JS, Gruber-Baldini AL, Hirshon JM, et al (2014) Hospital discharge instructions: comprehension and compliance among older adults. *J Gen Intern Med* 29:1491–8