

ÉTUDE DES ATTENTES DES PATIENTS RELATIVES À L'INFORMATION DÉLIVRÉE PAR LES MÉDECINS EN CÔTE D'IVOIRE

*STUDY OF PATIENTS' EXPECTATIONS REGARDING
INFORMATION DELIVERED BY DOCTORS IN CÔTE D'IVOIRE*

Par K. BOTTI^{1*}, KMEV. EBOUAT¹, M. DJODJO¹, Z. KONATE², GJEA. DJODIRO² & H. YAPO ETTE¹

ARTICLE ORIGINAL
ORIGINAL ARTICLE

RÉSUMÉ

Objectif : Décrire et analyser les attentes des patients liées à l'information délivrée par les médecins en vue de favoriser leur participation aux soins.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une enquête à visée descriptive et analytique réalisée du 1^{er} mars 2016 au 30 juin 2016 au CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire) et ayant concerné 245 patients.

Résultats : La majorité des patients étaient de sexe féminin (53,5%) avec un âge moyen de 38,6 ans. Ils avaient recours aux médias pour s'informer (51,8%) mais la plus grande quantité d'informations provenait des médecins (70,6%). Ils attendaient une information portant sur le diagnostic (70,2%) et le traitement (71%) qui devait être délivrée de manière complète (67,5%), avec des termes simples (67,6%) et sans cacher la vérité (68,8%), parce que cela les rassurait (76,3%), les encourageait à suivre le traitement prescrit (53,9%) et renforçait leur confiance envers le médecin (46,1%). La majorité des patients avaient le

sentiment d'avoir été écoutés par leurs médecins (81,6%) notamment ceux âgés de plus de 65 ans, ($p < 0,05$). La plupart d'entre eux (69%), en particulier ceux de sexe masculin et de niveau scolaire élevé avaient le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques ($p < 0,05$) mais ne préféraient pas prendre plus de décisions eux-mêmes (68%).

Conclusion : La mise en place d'une loi permettra de renforcer les droits des patients et leur participation aux décisions concernant leur état de santé en Côte d'Ivoire.

MOTS-CLÉS

Médecine légale, Information, Patients, Médecins, Bouaké (Côte d'Ivoire).

ABSTRACT

Objective: To describe and analyze patient expectations related to information provided by physicians to facilitate their participation in care.

Materials and methods: This was a descriptive and analytical survey conducted from 1 March 2016 to 30

1. UFR Sciences Médicales d'Abidjan-Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody (Côte d'Ivoire).
2. UFR Sciences Médicales de Bouaké-Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire).

* Auteur correspondant : Koffi BOTTI
Adresse mail : bottikoffi@yahoo.fr

June 2016 at the University Teaching Hospital of Bouaké (Côte d'Ivoire) and involving 245 patients.

Results: The majority of patients were female (53.5%) with an average age of 38.6 years. They used the media to get information (51.8%) but the greatest amount of information came from doctors (70.6%). They expected information about the diagnosis (70.2%) and treatment (71%), which had to be delivered in a complete way (67.5%), with simple terms (67.6%) and without hiding the truth (68.8%) because it reassured them (76.3%), encouraged them to follow the prescribed treatment (53.9%), and strengthened their confidence in the physician (46.1%). The majority of patients felt that they had been listened to by their doctors (81.6%), especially those over 65 years of age ($p < 0.05$). Most of them (69%), especially those who were male and of a higher educational level, felt they were involved in treatment decisions ($p < 0.05$) but preferred not to make more decisions themselves (68%).

Conclusion: The implementation of a law will strengthen the rights of patients and their participation in decisions concerning their health in Côte d'Ivoire.

KEYWORDS

Forensic medicine, Information, Patients, Doctors, Bouaké (Côte d'Ivoire).

INTRODUCTION

La question de l'information médicale est au cœur des grands changements dans le milieu sanitaire et surtout dans l'amélioration de la relation médecin-malade. Être informé est plus qu'une nécessité pour le patient, c'est un droit, car il doit être l'ultime décideur des choix qui concernent sa santé. Le médecin est donc tenu de lui apporter les informations nécessaires en vue d'obtenir son consentement libre et éclairé, ce qui lui permet de prendre une décision objective, en toute connaissance de cause sur les prestations qui lui sont proposées, concernant son état de santé. De plus, une meilleure communication entre le médecin et le patient améliore leur satisfaction respective, notamment la qualité de vie du patient en réduisant son anxiété, le suivi du traitement et les résultats cliniques [5]. L'information étant la clé de cette communication, elle doit être claire, précise, complète et comprise par le patient. Aujourd'hui avec l'évolution de la technologie notamment des médias, les patients sont de plus en plus informés sur leurs droits en matière de santé, et l'absence d'écoute ou d'explications suffisantes par le médecin, est l'une des principales

plaintes des patients vis-à-vis de celui-ci [1]. Il devient donc impératif pour le médecin ou le professionnel de la santé de prendre en compte les désirs des patients et d'être la meilleure source de l'information pour ces derniers. En Côte d'Ivoire, les données de la littérature médicale sur ce sujet sont rares et ce constat a motivé la réalisation de cette étude au Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké dont l'objectif était de décrire et d'analyser les attentes des patients liées à l'information délivrée par les médecins en vue de contribuer à l'amélioration de la relation médecin-patient et favoriser la participation des patients aux soins.

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête à visée descriptive et analytique réalisée sur une période de quatre (04) mois (du 1^{er} mars 2016 au 30 juin 2016) au Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire). Elle a pris en compte 245 patients ayant accepté de répondre au questionnaire alternant des questions ouvertes et fermées, soit hétéro-administrées, soit auto-administrées. La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche anonyme recueillant d'une part les données sociodémographiques (l'âge, le sexe, la profession, le nombre d'hospitalisations antérieures, le diagnostic de la maladie et l'amélioration de leur état de santé) et d'autre part des questions spécifiques à l'étude dont les réponses permettaient d'explorer la façon dont les patients s'informaient en matière de santé, l'importance de l'information pour les patients, la qualité, le contenu et les modalités de délivrance de l'information souhaitée par les patients, les limites à la délivrance de l'information, la satisfaction des patients relative à l'information délivrée par les médecins, l'écoute des patients par les médecins et le rôle d'un accompagnant lors de la délivrance de l'information. Cette enquête a été réalisée avec l'autorisation du Directeur médical et scientifique de cette structure sanitaire, l'accord de chaque patient et dans le respect du secret médical.

Le test du χ^2 a été utilisé pour rechercher le lien entre les paramètres sociodémographiques et les réponses des patients. Le lien était statistiquement significatif pour une valeur de $p < 0,05$.

II. RÉSULTATS

L'exploitation des données permet d'organiser les réponses des patients autour des axes suivants :



II.1. Données sociodémographiques

Les patients enquêtés étaient issus des services d'hospitalisation (68,6%), du pool de consultation (24,1%) et des urgences (7,3%). La majorité des patients étaient de sexe féminin (53,5%) avec un sex-ratio égal à 0,9 et appartenaient aux tranches d'âge de 12-25 ans (21,2%), 26-35 ans (33,5%) et 36-45 ans (13,9%), l'âge moyen étant de 38,6 ans. Ils étaient scolarisés (53,5%) dont 39,6% avaient fait des études supérieures. Ces patients étaient composés en majorité de ménagères (22,4%) et d'élèves et étudiants (21,2%). La plupart d'entre eux n'avaient jamais été hospitalisés ou étaient à leur première hospitalisation (73,1%) et ne connaissaient pas le diagnostic de leur maladie (51%). Ils trouvaient que leur état de santé s'améliorait dans 78,4% des cas à cause de l'efficacité de la médecine (83,8%) mais également grâce à la relation de confiance avec le médecin (16,2%).

II.2. Réponses des patients aux questions spécifiques à l'étude

II.2.1. Sources d'information des patients

Pour s'informer sur leur état de santé, la plupart des patients (51,8%) avaient recours aux médias notamment Internet. Selon eux, la plus grande quantité d'informations provenait de leurs médecins (70,6%) et de l'entourage (18,8%) et pour la qualité de l'information, ils accordaient plus de confiance à l'information apportée par leur médecin (86,1%). Le recours aux médias était lié à l'âge, au sexe, au niveau de scolarisation et au nombre d'hospitalisation des patients ($p < 0,05$). Les patients de sexe masculin, âgés de 12 à 35 ans, de niveau scolaire élevé et hospitalisés plus de 5 fois dans leur vie utilisaient plus les médias sur la santé.

II.2.2. Caractéristiques de l'information attendue par les patients

Pour les patients, l'information attendue des médecins devait porter sur le traitement (71%) et le diagnostic (70,2%) mais aussi sur les risques liés au traitement (41,2%) et les conséquences résultant de l'absence de soins (40,8%). Cette information devait être délivrée de manière complète (67,5%), avec des termes simples (67,6%) et sans cacher la vérité (68,8%). Pour 61,6% des patients, il n'existe aucune situation justifiant que le médecin ne les informe pas totalement tandis que pour 36,7% d'entre eux, il existe des situations notamment en cas de maladie grave (80%) où ils préféreraient ne pas être informés pour ne pas être inquiétés (70%).

II.2.3. Importance et effets de l'information chez les patients

La majorité des patients (98,8%) estimaient qu'il était important qu'ils soient bien informés sur la prise en charge de leur santé parce que cela les rassurait (76,3%), les encourageait à suivre le traitement prescrit (53,9%), renforçait leur confiance envers le médecin (46,1%), améliorait l'efficacité du traitement (37,1%), leur permettait d'avoir un droit de surveillance (29,8%) et une plus grande autonomie (28,6%).

Pour la majorité des patients (69%), le fait d'être informé leur donnait le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques concernant leur santé. Ce sentiment de participation aux décisions était lié au sexe et au niveau de scolarisation ($p < 0,05$) et les patients de sexe masculin ayant un niveau scolaire élevé avaient plus le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques. En outre, la plupart d'entre eux ne préféraient pas prendre plus de décisions eux-mêmes (68%) et cette prise de décisions était liée au niveau scolaire ($p < 0,05$), les patients ayant un niveau scolaire élevé voulant prendre de décisions eux-mêmes concernant leur état de santé.

Dans 59,2% des cas, les patients se disaient satisfaits de l'information délivrée par le médecin tandis que 39,6% d'entre eux n'avaient pas donné d'avis sur cette question. Leur satisfaction était liée à l'âge et au nombre d'hospitalisation ($p < 0,05$). Les patients âgés de plus de 45 ans et ayant été hospitalisés plus de 5 fois se disaient plus satisfaits que les autres.

II.2.4. Obstacles à la délivrance de l'information

Pour les patients, les obstacles à la délivrance de l'information étaient dus à leur propre fait (51,8%) mais aussi du fait des médecins (46,5%). Les patients se mettaient en cause eux-mêmes parce qu'ils avaient peur de poser les questions (42,5%), posaient les questions après la consultation (41,7%) ou bien que ces questions étaient mal formulées (27,5%). Les obstacles liés aux médecins, s'expliquaient selon les patients par une consultation trop courte (51,7%), l'utilisation d'un vocabulaire incompréhensible (28%) et par une rétention d'informations par les médecins (28%).

II.2.5. Demande d'écoute des patients

La plupart des patients avaient le sentiment d'avoir été écoutés par les médecins lors de leur prise en charge (81,6%). Ce sentiment était lié à l'âge ($p < 0,05$) et les patients de plus de 65 ans étaient ceux qui avaient plus le sentiment d'avoir été écoutés par les médecins.



II.2.6. Accompagnement par un proche

La majorité des patients (60,4%) étaient accompagnés par un proche lors de leur prise en charge et 43,9% parmi eux le faisait pour se sentir soutenus physiquement et moralement alors que pour 14,9% d'entre eux, l'accompagnant jouait le rôle d'interprète, ce qui leur permettait de mieux mémoriser et comprendre les propos du médecin (52,2%).

III. DISCUSSION

Les patients enquêtés étaient issus des différents services de cet établissement de santé. Ils étaient majoritairement des adultes jeunes appartenant à la tranche d'âge de 26-35 ans, l'âge moyen étant de 38,6 ans, scolarisés dans plus de la moitié des cas (53,5%) et ayant le plus souvent un niveau d'études supérieures (39,6%) mais la part des patients non scolarisés n'était pas négligeable puisqu'ils représentaient 46,5% des cas. Cette population était également à prédominance féminine (53,5%) avec un sex-ratio égal à 0,9 et composée essentiellement de ménagères (22,4%) et d'élèves et d'étudiants (21,2%). Cette prédominance d'adultes jeunes de sexe féminin avait été également retrouvée au Sénégal par **Diouf** dans une étude sur l'évaluation de la satisfaction des patients à Dakar en 2010 et par **Touré** en 2012 avec cependant, un âge moyen de 32 ans [3, 19]. La part importante des femmes fréquentant l'hôpital, pourrait s'expliquer selon l'OMS par le fait que si les hommes et les femmes sont confrontés à des problèmes similaires dans le domaine de la santé, les femmes vivant plus longtemps, ne sont pas nécessairement en bonne santé. Elles sont confrontées à des états dont elles font seules l'expérience et supportent seules les conséquences négatives notamment la grossesse et l'accouchement qui comportent des risques pour leur santé. De plus, même si certains problèmes touchent les hommes et les femmes, ils ont un impact plus grand ou différent sur les femmes qui ont plus de difficultés à accéder aux soins dont elles ont besoin [15]. La plupart de ces patients étaient à leur première hospitalisation ou n'avaient jamais été hospitalisés auparavant (73,1%), ignoraient le diagnostic de leur maladie (51%) mais ressentaient cependant une amélioration de leur état de santé (78,4%) qu'ils avaient surtout imputé à l'efficacité de la médecine (83,8%) et dans une moindre proportion à la relation de confiance avec leurs médecins (16,2%). C'est d'ailleurs pour entretenir cette relation de confiance que ces patients souhaitaient être informés et en particulier par le médecin qui représente à leurs yeux la principale source d'information puisque c'est de lui qu'ils recevaient la plus grande quantité d'information (70,6%) et c'est également à

lui qu'ils font confiance pour recevoir une information de qualité concernant leur maladie (86,1%) même s'ils avaient recours aux médias notamment Internet (51,4%) et dans une moindre mesure, à l'entourage (18,8%). Toutefois, l'utilisation des médias dans la recherche de l'information ne concernait que les patients de moins de 36 ans, de sexe masculin et ayant un niveau scolaire élevé ($p < 0,05$). Nos résultats concordent avec ceux de **Michot** qui plaçaient le médecin traitant comme l'acteur le plus légitime pour diffuser l'information de qualité aux patients en France en 2001 [13]. Ils concordent également pour ce qui concerne la place des médias dans cette quête d'information des patients même s'il s'agissait d'une population plutôt jeune, les patients non scolarisés, le plus souvent âgés et ne comprenant pas le français ne pouvaient utiliser ces médias. Pour la quasi-totalité des patients de notre étude (98,8%), il était important qu'ils soient informés sur leur état de santé en raison des effets positifs de l'information pour eux. En effet, dans la plupart des cas, le fait d'être informé par les médecins rassurait les patients (76,3%) et les encourageait à suivre le traitement prescrit (53,9%) mais cela renforçait également leur confiance envers le médecin (46,1%). En outre, le fait de recevoir l'information donnait aux patients le sentiment que cela améliorerait l'efficacité du traitement (37,1%), qu'ils étaient un acteur de leur prise en charge dans la mesure où ils avaient le sentiment d'avoir un droit de regard et de contrôle sur cette prise en charge (29,8%) et une plus grande autonomie (28,6%). Ces effets bénéfiques de l'information chez les patients expliquent le fait que pour la plupart d'entre eux (61,6%), aucune situation quelle qu'elle soit ne devait les priver de ce droit même si certains parmi eux (36,7%) admettaient, la possibilité de dissimulation d'informations par le médecin surtout en cas de maladie grave (80%) pour ne pas être inquiétés, rassurés que le médecin mettra tout en œuvre pour leur donner les soins appropriés (70%). Cette pensée rejoint l'idée de **Steudler** selon laquelle, l'information influence la relation médecin-patient et aide les patients à surmonter leurs inquiétudes quand ils entrent en contact avec le système de santé et les médecins [17]. C'est pourquoi, concernant le contenu, les patients souhaitaient surtout que le médecin leur délivre une information portant non seulement sur le diagnostic y compris les moyens utilisés à cette fin (70,2%) mais également sur le traitement (71%) qui sont les deux phases importantes de l'acte médical. Ils souhaitaient également être informés sur les risques liés à ce traitement (41,2%) de même que les conséquences résultant de l'absence de soins (40,8%) et pour cela, les médecins devaient leur délivrer cette information avec des termes simples (67,6%), de manière complète (67,5%) et surtout sans leur cacher la vérité (68,8%), c'est-à-dire compréhensible en vue d'éclairer leur consentement à l'acte médical. Cette attente des patients ne fait que conforter les disposi-

tions du Code de déontologie médicale qui recommande aux médecins de donner aux patients une information claire, loyale et appropriée, adaptée à chaque cas [11]. Il s'agit donc d'une information de qualité attendue par les patients, ce qui devait combler leurs attentes et les satisfaire bien que le concept de satisfaction de la clientèle soit une notion subjective [8]. A ce propos, les avis des patients de notre étude étaient partagés puisque 59,2% d'entre eux en particulier ceux âgés de plus de 45 ans et ayant l'expérience de l'hospitalisation se disaient satisfaits ($p < 0,05$) alors que 39,6% ne souhaitaient répondre à cette question, émettant ainsi des réserves. Même, s'il n'existe pas de lien avec la nature de la maladie ($p > 0,05$), nos résultats ont montré que les patients les plus satisfaits, étaient ceux qui connaissaient leur diagnostic. Nos résultats diffèrent à cet effet de ceux de **Leplège** qui a montré que la satisfaction des patients en France, était liée au niveau socio-éducatif et au sexe mais sans toutefois que ces associations soient constantes [9]. Le fait que certains patients ne souhaitaient donner leur avis sur la satisfaction peut faire suspecter l'existence de problèmes ne permettant pas l'expression de ce sentiment. En effet, contrairement à **Fournier**, qui a noté que le fait de recevoir beaucoup d'informations améliorait la satisfaction des patients [5], notre étude a montré qu'il existait des obstacles à la délivrance de l'information liée à une insuffisance d'information dont les responsables étaient d'une part les patients eux-mêmes (51,8%) et d'autre part, les médecins (46,5%). Le plus souvent, les patients ne souhaitaient pas être informés (70%) notamment en cas de maladie grave et avaient également peur de lui poser des questions (42,5%) qui dans bien des cas arrivaient après le temps de leur prise en charge (41,7%). Quant aux facteurs liés aux médecins et relevés par les patients, il s'agissait dans plus de la moitié des cas (51,7%) d'un temps de consultation jugé trop court mais aussi d'une communication non adaptée au niveau socio-culturel des patients car utilisant un vocabulaire trop technique, incompréhensible pour ces derniers (28%) et parfois d'une rétention de l'information par ces médecins, donnant l'impression de vouloir cacher la vérité sur leur état de santé (28%). Tous ces obstacles à la délivrance de l'information justifient la demande d'écoute des patients par les médecins et à ce titre, la majorité d'entre eux (81,6%) et en particulier ceux âgés de plus de 65 ans, donc les personnes âgées croyaient avoir été écoutées ($p < 0,05$). En outre, bien que le sexe n'influence pas ce sentiment ($p > 0,05$), le plus grand nombre de ces personnes âgées était recensé parmi les femmes. Soulignons cependant que l'écoute des patients âgés pose des problèmes aux médecins lorsque ceux-ci sont âgés de plus de 80 ans, ou s'ils sont issus de catégories socioprofessionnelles « inférieures », les médecins écoutant significativement mieux leurs patients s'ils sont issus de catégories socioprofessionnelles « supérieures », ou s'ils consultent pour un pro-

blème chronique [6]. Cette attente est légitime puisque l'écoute est nécessaire pour une meilleure communication interactive entre le médecin et son patient et qu'elle a une valeur d'information, de présence et d'aide à l'expression du patient. Pour **Leplège**, l'écoute attentive du patient par le médecin et la considération de la globalité de la personne de cet usager y compris son environnement socioculturel, sont des éléments qui renforcent l'empathie du médecin [9]. Pour d'autres auteurs, une bonne communication interactive présente des bénéfices dans la mesure où elle améliore la santé physique, psychologique et la satisfaction des patients, tout en rendant le travail du médecin plus gratifiant et moins frustrant même s'il existe des lacunes chez les médecins dans le domaine de l'écoute [2, 18]. En effet, selon **Beckman**, la majorité des plaintes et poursuites judiciaires contre les médecins notamment à New York était liée à un problème de relation ou de communication avec leurs patients dans 70-80% des cas [1]. Une bonne communication favorise l'implication des patients dans leur prise en charge et c'est le cas pour ceux de notre étude puisque la majorité d'entre eux (69%) se sentait impliquée dans leur prise et avaient le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques concernant leur santé. La participation du patient repose sur le principe du respect de sa personne et de son autonomie prenant en compte ses préférences et ses valeurs. Cette autonomie implique la notion de liberté, la capacité de délibérer, de décider et d'agir. Obtenir une plus grande implication des patients nécessite également de développer une culture professionnelle qui valorise le rôle actif de ce dernier tant au niveau des décisions à prendre qu'au niveau des soins mais sans le leur imposer, ce qui améliore l'observance des traitements et la qualité des soins [7, 12]. L'implication des patients dans la prise en charge de leur santé nécessite également une « décision médicale partagée » comprenant deux étapes fondamentales à savoir l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord [14, 16]. Cette implication du patient rejoint par conséquent la notion de « *démocratie sanitaire* » visée par la loi du 4 mars 2002 en France relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [10]. La démocratie sanitaire, c'est la possibilité offerte au patient de se transformer en acteur, d'où la nécessité absolue d'information, de consentement, de co-décision, de participation active de ce dernier à son traitement [10]. En effet, le patient est au cœur du système de santé mais placé en situation de fragilité du fait de sa maladie, il peut éprouver un sentiment d'isolement et d'incompréhension pouvant être accentué dans le cas d'une hospitalisation. Dans notre étude, les patients de sexe masculin ayant un niveau scolaire élevé avaient plus le sentiment de participer aux décisions thérapeutiques ($p < 0,05$) mais ce sentiment contrastait avec la volonté du plus grand nombre de ne pas prendre plus de décisions eux-

mêmes (68%) notamment ceux qui n'étaient pas scolarisés ou ayant au maximum le niveau secondaire contrairement à ceux de niveau scolaire élevé qui préféraient prendre plus de décisions eux-mêmes ($p < 0,05$). Ce désir des patients de participer aux décisions thérapeutiques explique le fait que la majorité d'entre eux était accompagnée par un proche (60,4%) qui, outre le soutien physique et moral (43,9%), jouait le rôle d'interprète (14,9%) lorsque la langue constituait une barrière à la communication entre eux et les médecins, ce qui leur permettait de mieux mémoriser et comprendre les propos du médecin (52,2%). Selon l'étude REMEDE (Relation MEDecin-Entourage) réalisée en 2003 en France et rapportée par Fantino [4], la présence de l'entourage joue un rôle positif dans la relation médecin-patient dans 79% des cas notamment de soutien psychologique.

CONCLUSION

L'importance de l'information dans la relation médecin-patient est bien perçue par les patients de notre étude qui souhaitent être informés par les médecins à qui ils font confiance pour la qualité de l'information, ce qui renforcera leur implication dans la prise en charge. Ce droit à l'information des patients passe par la mise en place d'une loi relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé en Côte d'Ivoire reconnaissant un droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels en vue de satisfaire les attentes de ces patients. ■

RÉFÉRENCES

- [1] Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of internal medicine*, 1994, 154(12), 1365-1370.
- [2] Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients ? *La Rev du Prat Med Gen*, 2003; 17(612) : 653-6.
- [3] Diouf M, Cissé D, Lo CMM, Faye D, Traoré R. Évaluation de la satisfaction des patients admis en service d'odontologie à Dakar. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2010, 41(3), 225-230.
- [4] Fantino B, Wainsten J P, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé publique*, 2007, 19(3), 241-252.
- [5] Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique* 2007, 19, 413-425.
- [6] Groupe d'action prioritaire « communication » de la SIFEM. La formation à la communication professionnelle en santé dans les Facultés de médecine d'expression française : la nécessité d'agir ! Document de travail 2010. Disponible sur le site <http://www.cid-mef.u-bordeaux2.fr>.
- [7] Haute Autorité de Santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etat des lieux. Service Bonnes pratiques professionnelles, octobre 2013 ; 74 p. Disponible sur le site www.has-sante.fr.
- [8] Lairy G. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Service d'Evaluation Hospitalière de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM), septembre 1996 ; 35 p.
- [9] Leplège A, Coste J. *Mesure de la santé perçue et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Editions Estem 2002.
- [10] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF* du 5 mars 2002.
- [11] Loi n° 62-248 du 31 juillet 1962 instituant un Code de déontologie médicale ivoirien.
- [12] Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006, 60(3), 301-12.
- [13] Michot M, Nicodème R, Pochard F, Lauwers V, Lauque D, Vidal M. Evaluation de l'information donnée au patient en médecine générale. *Exercer*, 2001, vol. 61, 13-16.
- [14] Moumjid N, Nguyen F, Brémond A, Mignotte H, Faure C, Meunier A, Carrère MO. Préférences des patients et prise de décision : état des lieux et retour d'expérience en cancérologie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2008, 56(4), S231-S238.
- [15] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les femmes et la santé. La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain. Rapport 2009 ; 94 p. Disponible sur le site apps.who.int.
- [16] Politi MC, Wolin KY, Legare F. Implementing clinical practice guidelines about health promotion and disease prevention through shared decision making. *J Gen Intern Med* 2013, 28(6), 838-44.
- [17] Steudler F. L'accueil pour le malade, c'est une attente. *J Econ Med*. 1990, 10, 367-79.
- [18] Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 9(152), 1423-33.
- [19] Touré PS, Leye A, Diop PM, Leye YM, Diop M, Ndiaye N, El Fajri S, Fall M, Tall CT. Profil épidémiologique-clinique des patients observés dans un service d'urgences médicales dans un hôpital de banlieue. R.A.M.U.R. 2012 ; Tome 17, N° 2. Disponible sur le site : saranf.net.