DONNÉES ACTUELLES SUR LA DÉLIVRANCE DE L'INFORMATION AUX PATIENTS À ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE).

Current Data On The Delivery Of Information To Patients In Abidjan (Ivory Coast)

Konaté Zana[1], Coulibaly Zié Moussa[2], Tanoh Mouanta Stéphanie Marie Louise[3], Azoh Maureen Audrey Alexendra Seenan[3], Ebouat Kouadio Marc Eric Victor[2], Djodjo Mathurin[1], Botti Koffi[1].

[1]Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicales d'Abidjan Cocody - Département de Santé Publique et Spécialités - Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, Côte d'Ivoire ; [2]Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicales de Bouaké - Département de Santé Publique et Spécialités - Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire ; [3]Service d'Anatomie pathologique et de Médecine Légale CHU de Treichville - Abidjan.

Auteur correspondant : KONATÉ Zana, 18 BP 311 Abidjan 18 ; Tél. : + 225 07 09 35 25 60 ; E-mail : zanakonate87@gmail.com

RESUME

Introduction : Objectif : décrire les connaissances qui conditionnent les attitudes des médecins dans la délivrance de l'information afin de l'améliorer. **Méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique réalisée au CHU de Treichville (Côte d'Ivoire) entre juillet et décembre 2025 concernant la délivrance de l'information au patient par les médecins. **Résultats :** Les médecins étaient de sexe masculin (79,5%) avec un sex ratio de 3,88 et une ancienneté de moins de 5 ans (77,9%) dont la plupart (98,4%) informaient le patient avant l'acte médical afin de respecter son autonomie (83,6%). L'information portait sur les conséquences de l'absence de traitement (98,4%), le traitement (90,2 %) et le diagnostic (88,5%). Elle était délivrée en des termes simples (82,0%), mais la barrière linguistique était un obstacle (82%) qui nécessitait le recours à un interprète (74,6 %). Le genre des médecins n'influençait pas l'annonce du diagnostic ($p = 0,071$) mais était associé à l'explication des bénéfices ($p < 0,001$) et des conséquences de l'absence de traitement ($p = 0,041$). À l'inverse, l'âge et le grade académique influençaient la qualité de l'information ($p < 0,001$). Conclusion **:** La délivrance de l'information est une obligation légale pour le médecin afin de garantir l'autonomie du patient dans ses prises de décision. **Mots clés** : Médecine Légale – délivrance information - Médecin - Patient - Abidjan.

ABSTRACT

Introduction : Objective : To characterize the knowledge underlying physicians' attitudes toward information disclosure, with the aim of improving this practice. **Methods :** A descriptive, analytical study was conducted at Treichville University Hospital (Abidjan, Côte d'Ivoire) between July and December 2025 to investigate physicians' practices regarding the disclosure of information to patients. **Results :** Most physicians were male (79.5%), with a male-to-female ratio of 3.88, and had fewer than five years of professional experience (77.9%). Nearly all physicians (98.4%) reported informing patients before performing a medical procedure, primarily to respect patient autonomy (83.6%). The information most frequently provided concerned the consequences of not receiving treatment (98.4%), treatment options (90.2%), and the diagnosis (88.5%). Information was generally communicated in simple, understandable language (82.0%) ; however, language barriers represented a major obstacle (82%), often necessitating the use of an interpreter (74.6%). Physicians' sex was not associated with disclosure of the diagnosis ($p = 0.071$) but was associated with explaining the benefits of treatment ($p < 0.001$) and the consequences of no treatment ($p = 0.041$). In contrast, physicians' age and academic rank were significantly associated with the quality of the information provided ($p < 0.001$). **Conclusion :** Providing patients with comprehensive and appropriate information is a fundamental legal obligation of physicians and is essential to ensuring informed decision-making and respecting patient autonomy. **Keywords** : Forensic Medicine – Information disclosure – Physician – Patient – Abidjan.

Déclaration des conflits ou liens d'intérêts : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec ce travail.

Contribution des auteurs : Konaté Zana : méthodologie et rédaction version originale ; **Coulibaly Zié Moussa** : Analyse et interprétation des données ; **Tanoh Mouanta Stéphanie Marie Louise** : collecte des données ; **Azoh Maureen Audrey Alexendra Seenan** : collecte des données ; **Ebouat Marc-Eric Victor Kouadio** : 1re révision critique du manuscrit ; **Djodjo Mathurin** : 2e révision critique du manuscrit ; **Botti Koffi** : validation de la version finale.

INTRODUCTION

L'information délivrée au patient est fondamentale dans la relation de confiance qui lie le médecin à son patient et favorise l'adhésion de ce dernier aux soins. L'information éclaire le patient sur son état de santé (diagnostic, nature des traitements et risques ou absence de soins) afin de lui donner

tous les renseignements permettant de prendre des décisions en connaissance de cause [1,2]. L'information délivrée doit être claire (utiliser des termes adaptés au niveau socioculturel du malade), loyale (ne rien cacher ni tromper le malade dans le but de recueillir son consentement) et appropriée (adaptée à l'état de santé et la psychologie du malade), car l'information est un droit fondamental du patient qui va au-delà de la simple obligation contractuelle. Le devoir d'information, notamment la preuve de la délivrance de l'information au malade, pèse sur le médecin qui, par sa discipline, peut porter atteinte à l'intégrité physique d'autrui pour des raisons professionnelles. La délivrance de l'information requiert de bonnes connaissances et attitudes pour satisfaire à l'obligation d'information dans le respect des règles déontologiques et des dispositions légales relatives aux droits des patients [2]. C'est un exercice difficile qui nécessite une bonne communication entre le médecin et son patient pour s'assurer de la bonne compréhension de l'information délivrée. Au regard de la vulgarisation de l'internet, les patients sont de plus en plus informés sur leurs droits concernant leur santé, mais le médecin reste la source fiable pour le patient, car le défaut d'information est une faute qui engage la responsabilité du médecin. En effet, le manque d'écoute et de prise en compte des préoccupations du patient par le médecin est l'une des sources principales d'insatisfaction et de plaintes [3]. Selon Botti [4], à Bouaké en 2016, 87,7% des médecins informaient les patients avant tout acte médical dans le but d'améliorer les soins (76,1%). Cependant, aucune étude relative à la délivrance de l'information n'a été réalisée à Abidjan. Ce qui justifie ce travail au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Treichville, dont l'objectif était de décrire les connaissances qui conditionnent les attitudes des médecins dans la délivrance de l'information afin de les aider à mieux informer leurs patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Lieu et période de l'étude : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique réalisée au CHU de Treichville (Abidjan - Côte d'Ivoire) sur une période de 6 mois (1er juillet 2025 au 30 décembre 2025).

1. **Population d'étude et technique d'échantillonnage :** La population d'étude était constituée de médecins affectés et exerçant au CHU de Treichville.

Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné stratifié en sélectionnant les médecins en fonction de critères pertinents, notamment le service (urgences médico-chirurgicales, médecine interne, gynéco-obstétrique, traumatologie, chirurgie digestive, pneumologie et de consultations externes) ; le grade/statut (Professeur, Assistant, Médecins spécialistes, Interne) et l'ancienneté (moins de 5 ans, 5 à 10 ans, plus de 10 ans). Sur un total de 245 médecins exerçant dans les services concernés, 08 médecins ont refusé de participer à l'enquête pour raisons personnelles et 122 médecins ont donné leur consentement pour participer à l'étude et répondre au questionnaire, soit un taux de participation de 49,8%. Les médecins enquêtés étaient sélectionnés et répartis de manière équitable dans les services cités plus haut.

Déroulement de l'enquête : Après obtention de l'autorisation de la Direction Médicale et Scientifique du CHU de Treichville, et le consentement des médecins, la collecte de données a été réalisée à l'aide d'une fiche anonyme de questionnaires et d'entretiens semi-structurés. Cette fiche a permis de collecter d'une part les caractéristiques socio-professionnelles (sexe, âge, grade, ancienneté professionnelle) et d'autre part, les réponses aux questions spécifiques de l'étude permettant d'explorer la délivrance de l'information notamment : l'importance, la traçabilité, le contenu (diagnostic, traitement, évolution avec ou sans traitement, alternatives proposées), les modalités et les obstacles de délivrance, et la satisfaction des patients selon le médecin. Ces questions ont été préalablement soumises à un échantillon de 20 médecins pour évaluer leur applicabilité et détecter d'éventuelles lacunes afin de les corriger. Ce pré-test nous a permis de valider le questionnaire avant de débuter l'enquête.

Nous avons personnellement administré le questionnaire aux médecins lors de l'enquête (entretien) afin de réduire voire éliminer les données manquantes et obtenir de meilleures réponses. Pour chacune des questions, les médecins ont répondu "oui" ou "non" selon ce qu'ils savaient sur la délivrance de l'information. Pour faciliter l'analyse statistique, la valeur chiffrée de 1 a été attribuée pour la réponse "oui" et 0 pour "non" à chaque question.

Analyse statistique : Les données ont été analysées avec les logiciels Epi Info 7.2.2.6 et «Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) en utilisant des statistiques descriptives telles que les moyennes, les écarts-types et les pourcentages pour vérifier la qualité de l'information transmise. Nous avons ensuite utilisé le test de dépendance du Khi-deux (X2) pour évaluer l'influence des variables explicatives sociodémographiques et professionnelles (sexe, tranche d'âge, grade académique, ancienneté) sur la qualité de la délivrance de l'information en pratique de soins (exprimée en % de "Oui"). Le seuil standard de significativité a été fixé à 5 % (une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement

significative).

RÉSULTATS

Caractéristiques socio-professionnelles : Les médecins étaient de sexe masculin (79,5%) avec un sex ratio égal à 3,88 et appartenaient à la tranche d'âge de 27 à 40 ans (42,6%). Ces médecins étaient spécialistes (41,0%) avec moins de 5 ans d'ancienneté professionnelle (77,9%) (tableau I).

Réponses aux questions spécifiques de l'étude :

- **Perception de l'importance et du rôle de l'information :** Les médecins (98,4%) ont affirmé qu'ils informaient les patients avant tout acte médical. Cette information avait pour but de donner aux patients une plus grande autonomie (83,6%), d'améliorer l'efficacité des soins (82%), de respecter les dispositions légales (73,8 %), mais également par conviction éthique (71,3%) (tableau II).
- **Concernant le contenu de l'information :** L'information délivrée aux patients portait sur les conséquences de l'absence de traitement (98,4%), le traitement et ses risques (90,2%), le diagnostic (88,5%) et les alternatives au traitement proposé (70,5%). La traçabilité de l'information était faite dans le dossier médical (98,4%) par le médecin lui-même avec mention de la date et l'heure (100%) (tableau II).
- **Sur les modalités de délivrance de l'information** : Les médecins accordaient en moyenne 10 à 15 minutes (82,0%) pour écouter et répondre aux préoccupations des patients (98,4%) (tableau III). L'information était délivrée au patient en des termes simples, au risque d'être moins précis (82,0%), de façon sincère sans rien lui cacher ou avec circonspection en cas de pronostic fatal (82,8 %) ou dissimulé (80,3%) en cas de diagnostic grave. Selon les médecins, les patients comprenaient l'information délivrée, mais la barrière de langue (82,0%) et le niveau d'éducation (59,8%) des patients constituaient des obstacles. Pour pallier ces obstacles, les médecins ont eu recours à un interprète membre du personnel médical (74,6 %) ou proche de la famille du patient (53,3%) (tableau III).
- **La satisfaction du patient selon le médecin** : Selon les médecins (81,1 %), les patients étaient satisfaits de l'information reçue même si certains ont eu recours à internet pour compléter (33,6%) l'information (tableau III).
- **Croisement des données socioprofessionnelles et le contenu de l'information :** Le genre (homme/femme) des médecins n'a aucune influence significative (p-valeurs supérieures à 0,05) contrairement au statut professionnel. Il existe un lien significatif entre l'âge des médecins et la qualité de l'information délivrée au patient ($p < 0,001$). Il en est de même pour le grade académique car, les internes se distinguent par des scores plus faibles par rapport aux professeurs et médecins non universitaires ($p < 0,001$). Enfin, l'ancienneté est associée à la qualité de l'information notamment l'aspect éthique ($p < 0,001$) et l'autonomie du patient ($p=0,031$) (tableau IV), mais n'influence pas l'annonce détaillée du diagnostic ($p=0,137$), des risques ($p=0,340$) ou des conséquences de l'absence de soins ($p=1$) (tableau V).

Les hommes expliquent mieux les bénéfices cliniques ($p < 0,001$) et les conséquences d'un refus ($p=0,041$). En revanche, les femmes expliquent moins le bénéfice du traitement (52 %) et les conséquences de l'absence de traitement (92 %). Les jeunes praticiens (27-40 ans) détaillent moins le diagnostic et les risques du traitement ($P < 0,001$) par rapport à leurs aînés (41 ans et plus) ($p < 0,001$). Le grade académique est statistiquement lié à l'annonce du diagnostic ($p < 0,001$), des bénéfices ($p=0,014$) et des risques ($p < 0,001$) (tableau V).

DISCUSSION

La majorité des médecins enquêtés étaient de sexe masculin (79,5%), spécialistes (41,0%) ayant moins de 5 ans d'ancienneté professionnelle (77,9%). Ces médecins percevaient l'importance et le rôle de l'information dans la relation médecin-patient, puisque la quasi-totalité (98,4%) informaient les patients avant tout acte médical. Cette information était délivrée en vue d'améliorer l'efficacité des soins (82%) mais également pour respecter les dispositions légales (73,8 %) et les convictions éthiques (71,3%) qui encadrent l'exercice de la médecine. Ce qui garantit l'autonomie du patient (83,6%) et lui permet de décider librement et en connaissance de cause. Mais, Quagliariello [5] pense que les médecins ont tendance à fournir peu d'informations aux patients et préfèrent parler directement avec les proches, ce qui peut porter atteinte au principe d'autonomie.

Concernant le lien entre les caractéristiques socio-professionnelles et la perception par le médecin de l'importance de l'information délivrée, le sexe des praticiens n'avait aucune influence significative, tout comme la variable " information avant l'acte médical" (p-valeurs supérieures à 0,05). Quant à l'âge, le grade académique et l'ancienneté du médecin, ils influencent la perception de l'importance de l'information ($p < 0,001$). C'est donc l'avancement dans la carrière qui dicte les pratiques éthiques et légales. Néanmoins, un point de vigilance est à noter concernant les internes et les médecins de moins de 5 ans d'ancienneté qui présentent des scores bas, révélant ainsi un besoin de renforcement de la formation. En effet, les internes sont au premier contact des patients, au bas de la hiérarchie

hospitalo-universitaire, soumis à une surcharge de travail chronique et à un épuisement professionnel. Ils adoptent souvent des stratégies basées sur l'efficacité technique immédiate au détriment des réflexions éthiques perçues comme chronophages [6]. Cette phase de transition (27-40 ans) correspond à l'entrée dans la vie professionnelle active autonome. Elle est marquée par une confrontation entre la théorie apprise à l'université et la réalité hospitalière, qui s'estompe avec l'expérience et permet d'intégrer pleinement la dimension humaniste, éthique et légale de la prise en charge du patient. Selon Therrien [7], l'expérience professionnelle se mesure par la durée du travail effectif dans un emploi. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [8,9] stipulent que cette expérience garantit et renforce l'implication et l'adhésion du patient, améliore l'observance thérapeutique et, par ricochet, la qualité des soins. C'est le principe de la " décision médicale partagée" qui repose sur l'échange d'informations en vue d'une prise de décision consensuelle [10-13]. Cette décision médicale partagée se trouve à l'intersection entre les données de la recherche médicale, l'expérience du clinicien et les préférences du patient, permettant ainsi de concilier les modèles de relations thérapeutiques (paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif) [13,14]. Glauzy [1] estime que l'information doit éclairer le patient sur son état de santé, la nature et le déroulement des soins, en respectant son autonomie dans les prises de décisions médicales qui le concernent. Afin d'honorer ce devoir déontologique de la relation médecin-patient, le médecin doit accorder du temps d'échange au patient lors de la consultation. Dans notre étude, les médecins accordaient en moyenne 10 à 15 minutes (82,0%) aux patients contrairement aux résultats d'Ebouat [16] où ce temps était moins de 10 minutes. Nonobstant ces divergences, le médecin doit tenir compte du niveau d'instruction du patient pour adapter le contenu de l'information. Quant à ce contenu, nos données montrent que l'information portait sur le diagnostic, le traitement (bénéfices, risques et alternatives) et les conséquences de l'absence de traitement. Conformément à la loi du 25 juin 2025 portant code de déontologie médicale ivoirien [14], les médecins enquêtés ont utilisé des termes simples et compréhensibles (82,0%), sans rien cacher aux patients, sauf en cas de maladie grave (dissimulation) ou de pronostic fatal (avec circonspection). Malgré la bonne volonté du médecin, celui-ci peut faire face à des obstacles dans la délivrance de l'information. Notre étude montre que ces obstacles étaient liés le plus souvent à la barrière linguistique (82,0%) et au faible niveau d'éducation du patient (59,8%) nécessitant la présence d'un interprète. Ces barrières linguistiques et culturelles associées aux défis structurels et opérationnels constituent les principaux défis des pays africains en matière de délivrance de l'information au patient au regard de nos résultats et de ceux de certains auteurs [4,15,16]. Laplaud [17] souligne que le médecin doit être pédagogue pour simplifier les informations jusqu'à ce que le patient comprenne. Nos données montrent que selon la majorité des médecins, les patients comprenaient l'information délivrée (82,0%) même si certains se tournaient vers d'autres sources d'information (internet), afin de la compléter (33,6%) ou vérifier (28,7%). Selon Marty [12], cette satisfaction des patients reste subjective et ne peut refléter réellement leur ressenti. Dans tous les cas, il est préférable que le médecin délivre aux patients une information fiable formalisée dans le dossier patient, plutôt que de les laisser la chercher sur internet, avec des résultats incertains [3].

En ce qui concerne l'influence des caractéristiques socio-professionnelles des médecins sur le contenu de l'information délivrée, nos données révèlent que cette obligation est loin d'être uniforme et dépend du profil du médecin. Les hommes expliquent systématiquement les bénéfices cliniques ($p < 0,001$) et les conséquences d'un refus de traitement ($p = 0,041$), contrairement aux femmes. Le sexe n'exerce aucune influence significative sur l'annonce détaillée du diagnostic ($p = 0,071$), alors que l'âge influence l'ensemble des dimensions de l'information. Les jeunes praticiens (27-40 ans) sont moins enclins à détailler le diagnostic et les risques thérapeutiques ($p < 0,001$) par rapport à leurs aînés (41 ans et plus) ($p < 0,001$). Concernant le grade académique, il est lié à la qualité de l'information délivrée notamment pour le diagnostic ($p < 0,001$), les bénéfices ($p=0,014$) et les risques ($p < 0,001$). Les internes communiquent parfaitement sur le bénéfice du traitement (100 %), mais omettent le diagnostic détaillé (44 %) et les risques associés (60 %). Ce qui pourrait se justifier par le fait qu'en phase d'apprentissage intensif, le jeune médecin met en avant le bénéfice thérapeutique pour convaincre ou rassurer, mais maîtrise moins l'art de l'annonce du diagnostic. Mais aussi, la difficulté à aborder les événements indésirables par manque de recul clinique ou par peur de susciter un refus de soins. Les Assistants, Professeurs et Médecins non universitaires, dans la majorité des cas, expliquent clairement le contenu de l'information (77,9 % et 100 %). Par contre, le grade n'avait aucun impact significatif sur l'évocation des conséquences de l'absence de traitement ($p=0,648$). Quant à l'ancienneté, elle n'influence pas l'annonce du

diagnostic (p=0,137), des risques (p=0,340) ou des conséquences de l'absence de soins (p=1). Aussi, on note une inversion des priorités avec l'âge et l'expérience, alors que les jeunes praticiens (27-40 ans) oublient plus souvent les détails du diagnostic et des risques, à l'inverse, les praticiens de plus de 55 ans mettent en priorité le diagnostic et les risques (100 %) mais délaissent l'explication des bénéfices (52 %), considérée comme une évidence implicite pour le patient. Selon Ebouat [16], l'information est symbolique et emblématique de la valeur humaine, éthique et technique du médecin. Bien délivrée, elle réduit les situations qui pourraient engager la responsabilité du médecin pour défaut d'information.

Malgré ces résultats, notre étude présente des limites méthodologiques liées au caractère monocentrique et auto-déclaratif des participants (biais de désirabilité sociale fort chez les professionnels expérimentés ou gradés), la répartition asymétrique des effectifs entre les modalités (réduit la puissance du Khi-deux) et la méthodologie transversale ne permettent pas d'établir de véritables liens de causalité ou de généraliser les résultats.

CONCLUSION

La délivrance de l'information au patient est essentielle pour établir une relation de confiance entre le médecin et son patient et répondre aux attentes de ce dernier. Cette information doit être de qualité (claire, loyale et appropriée), personnalisée et respecter l'autonomie du patient dans les décisions thérapeutiques le concernant afin que celui-ci prenne des décisions en connaissance de cause. Le médecin doit garantir la traçabilité de cette information dans le dossier médical pour prouver que cette obligation légale a été remplie.

RÉFÉRENCES

1. Glauzy A, Baertschi B, Duclos-Vallée JC. Le consentement médical à l'ère de la médecine de précision-Enjeux et recommandations. Médecine/sciences, 2023 ; *39*(8-9) : 658-663.
2. Makhlouf S. Le cheminement de L'obligation d'information en droit médical. Journal Al-Ustadh Al-Bahith pour les études juridiques, 2023 ;*8*(1) : 517-532.
3. Jandou I, Elouazzani J, Moataz A, Hassoune S, Mohammed D, Debbagh A. et al. Le médecin généraliste face à l'information, le secret et la faute médicale. Éthique et santé, 2022 ; 87 : 1-6.
4. Botti K, Djodjo M, Ebouat KMEV, Konate Z, Djodiro GJEA, Yapo Etté H. Délivrance de l'information aux patients : connaissances et attitudes des médecins en Côte d'Ivoire. J Med Leg Droit Med, 2018 ;2(2) :45-50.
5. Quagliariello C. Le temps consacré à la communication médecin-patient. Politiques de communication, 2017, vol. 9, no 2, p. 63-88.
6. Belarabi S. Burn-out chez les internes et les résidents des CHU durant la pandémie de Covid-19: enquête nationale. Université Sidi Mohamed Ben Abdellah. Thèse N° 132/21.
7. Therrien B. Ancienneté et expérience ? Disponible sur le site www.csss.sudlanaudière.ca. 1p. Consulté le 15 décembre 2024.
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept d'aides destinées aux patients et impact de la "décision médicale partagée". État des lieux. Service bonne pratique professionnelle, octobre 2013 ; 74 P. Disponible sur le site www.has-sante.fr. Consulté le 19 décembre 2024.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. *Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis, 2012*. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/_1261551/fr/delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante. [Cité le 10/01/2025].
10. George F. L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient. Consilio manuque, 2021 ; *48*(1) : 21-40.
11. Ettahri H, Tahir A, Layachi M. Droit à l'information médicale et obligation d'informer. Quelle information et pour qui ? Exemple de l'oncologie au Maroc. *Éthique & Santé,* 2017 ; 14(1) : 30-3.
12. Marty S, Stiegler B, Robert G, Colombani F, Ravaud A, Haaser T. La décision partagée en cancérologie, entre émancipation et domination de la personne malade. *Éthique & Santé,* 2020 ; *17*(2) : 82-88.
13. Golay A, Hochberg G, Mosnier-Pudar H. La décision médicale partagée. *Médecine des maladies Métaboliques,* 2019 ; *13*(4) : 339-343.
14. Loi n° 2025 – 524 du 25 juin 2025 portant Code de Déontologie médicale ivoirien.
15. Issaka ANAIA, Hassane ABT, Adam ND, Issaka R, Laouali L, Kaka A. et al. Facteurs influençant la qualité de la prise en charge des patients dans les hôpitaux publics en Afrique subsaharienne : revue systématique de la littérature. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 2026 ; *10*(1) : 11-17.
16. Ebouat KMEV, Dogossou P, Coulibaly ZM, Konaté Z, Tanoh LMSM, N'Guettia-Attoungbré KS, Etté HY. L'information médicale au cours de la consultation médicale à Abidjan : qualité, compréhension et satisfaction du patient. *Droit, Santé et Société,* 2025 ; *12*(3) : 49-56.
17. Laplaud A. Le consentement et responsabilité médicale. Université de Limoges. Thèse de doctorat, N°2019LIMO0041.

Tableau I : Caractéristiques socio-professionnelles des médecins (N=122)
Table I: Socio-professional characteristics of doctors (N=122)

Caractéristiques socio-professionnelles des médecins	**Effectif (n)**	**Pourcentage (%)**
Sexe		
Masculin	97	79,5
Féminin	25	20,5
Tranches d'âges (ans)		
27 - 40 ans	52	42,6
41 - 54 ans	45	36,9
55 ans et plus	25	20,5
Grade académique		
Médecin spécialiste non universitaire	50	41,0
Interne des hôpitaux	25	20,5
Assistant	20	16,4
Maître de conférences agrégé et Professeur titulaire	27	22,1
Ancienneté professionnelle		
0 – 5 ans	95	77,9
5 – 10 ans	20	16,4
Plus de 10 ans	07	5,7

Tableau II : Importance, contenu et traçabilité de l'information (N=122)
Table II: Importance, content, and traceability of information (N=122)

Perception de l'importance de l'information par le médecin	Oui (%)	Non (%)
Informez-vous le patient avant tout acte médical ?	120 (98,4%)	2(1,6%)
Pour améliorer l'efficacité des soins	100(82%)	22(18%)
Par conviction éthique	87(71,3%)	35(28,7%)
Pour respecter les dispositions légales	90(73,8%)	32(26,2%)
Pour donner une plus grande autonomie au patient	102(83,6%)	20(16,4%)
Le contenu de l'information		
Selon le médecin l'information délivrée au patient portait sur :		
Le diagnostic dans les moindres détails	108(88,5%)	14(11,5%)

Le traitement (bénéfices et risques)	110(90,2%)	12(9,8%)
Les conséquences de l'absence de traitement	120(98,4%)	2(1,6%)
Les alternatives thérapeutiques proposées au patient	86(70,5%)	36(29,5%)
La traçabilité de l'information médicale dans le dossier par le médecin lui-même		
Les informations délivrées sont mentionnées au dossier patient	120(98,4%)	2(1,6%)
Mention de la date et de l'heure de délivrance de l'information	122(100%)	-

Tableau III : Modalités et difficultés de délivrance de l'information (N=122)
Table III: Procedures and challenges regarding the provision of information (N=122)

Les modalités de délivrance de l'information	**Oui (%)**	**Non (%)**
Ecouter et répondre aux préoccupations du patient	120(98,4%)	2(1,6%)
Temps d'écoute et d'entretien accordé au patient		
10 à 15 minutes	100(82,0%)	22(18,0%)
15 à 20 minutes	22(18,0%)	100(82,0%)
Prendre en compte l'avis du patient avant tout acte médical ou soins	98(80,3%)	24(19,7%)
Comment délivrez-vous l'information au patient ?		
En des termes simples au risque d'être moins précis	100(82,0%)	22(18,0%)
Sincère et complète ou avec circonspection en cas de maladie grave	101(82,8%)	21(17,2%)
Dissimuler l'information pour protéger le patient	98(80,3%)	24(19,7%)
Selon les médecins les patients comprenaient l'information délivrée	100(82,0%)	22(18,0%)
Quels sont les obstacles/difficultés à la délivrance de l'information (selon le médecin) ?		
La différence linguistique	100(82,0%)	22(18,0%)
La différence de culture	75(61,5%)	47(38,5%)
Niveau d'éducation du patient	73(59,8%)	49(40,2%)
Avez-vous recours à un interprète ?		
Membre du personnel médical parlant la même langue	91(74,6%)	31(25,4%)
Membre de la famille ou proche du patient	65(53,3%)	57(46,7%)
Autres	10(8,2%)	112(91,8%)
Selon les médecins, les patients étaient satisfaits de l'information reçue	99(81,1%)	23(18,9%)
Selon les médecins les patients ont eu recours à l'internet		
Pour vérifier l'information (insatisfaction de l'information reçue)	22(18,0%)	100(82,0%)
Pour compléter l'information du médecin	41(33,6%)	81(66,4%)

Tableau IV : Analyse de la perception de l'importance de la délivrance de l'information au patient selon les caractéristiques socio-professionnelles des médecins
Table IV: Analysis of the perceived importance of providing information to patients, based on physicians' socio-professional characteristics.

Variables explicatives	n*	Adhésion aux soins (% de Oui)	Avant l'acte médical (% de Oui)	Conviction éthique (% de Oui)	Respect dispositions légales (% de Oui)	Autonomie du patient (% de Oui)
Sexe		P=0,774	P=0,205	P=0,331	P=0,462	P=0,762
Masculin	97	82,5	0	69,1	72,2	84
Féminin	25	80	4	80	80	80
Tranche d'âge		**P < 0,001**	P=1	**P < 0,001**	**P < 0,001**	**P < 0,001**
27-40	52	57,7	1,9	32,7	38,5	71,2
41-54	45	100	0	100	100	100
55 et plus	25	100	0	100	100	80
Grade académique		**P < 0,001**	P=0,369	**P < 0,001**	**P < 0,001**	**P < 0,001**
Assistant	20	100	0	50	65	100
Interne	25	32	4	0	0	40
Professeurs	27	100	0	100	100	0
Médecin non universitaire	50	90	0	100	100	90
Ancienneté(année)		**P=0,017**	P=1	**P < 0,001**	**P < 0,001**	**P=0,031**
0-5	95	76,8	1,1	63,2	66,3	78,9
5-10	20	100	0	100	100	100
Plus de 10 ans	7	100	0	100	100	100

n* = effectif

Tableau V : Analyse du contenu de l'information délivrée au patient selon les caractéristiques socio-professionnelles des médecins
Table V : Analysis of the content of information provided to patients based on physicians' socio-professional characteristics.

Variables explicatives	n*	Diagnostic dans les détails (% de Oui)	Bénéfice du traitement (% de Oui)	Risques liés au traitement (% de oui)	Conséquences de l'absence de traitement (% de Oui)
Sexe		P=0,071	**P < 0,001**	P=0,096	**P=0,041**
Masculin	97	85,6	100	89,7	100
Féminin	25	100	52	100	92
Tranche d'âge (ans)		**P < 0,001**	**P < 0,001**	**P < 0,001**	**P=0,041**
27-40	52	73,1	100	80,8	100
41-54	45	100	100	100	100
55 et plus	25	100	52	100	92
Grade académique		**P < 0,001**	**P=0,014**	**P < 0,001**	P=0,648
Assistant	20	100	100	100	100
Interne	25	44	100	60	100
Professeurs	27	100	77,9	100	100
Médecin non universitaire	50	100	88	100	96
Ancienneté (année)		P=0,137	**P=0,009**	P=0,340	P=1
0-5	95	85,3	93,7	89,5	97,9
5-10	20	100	70	100	100
Plus de 10 ans	7	100	100	100	100

n* = effectif