

THESE
DOCTORAT EN MEDECINE
SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2016

par

Florent LE ROI

Né le 19/01/1984 à Décines-Charpieu

**Connaissances de la population générale concernant
dix termes médicaux courants et peu spécialisés**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Assesseurs : Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Monsieur le Professeur Thierry MARMET

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Docteur Jean Paul CARME

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Nous ne nous sommes pas beaucoup croisés pendant mon internat, et vous ne pouvez vous rappeler tous les étudiants aperçus durant les enseignements dirigés. Moi je me souviens par contre de votre pédagogie et de votre gentillesse, et suis ravi que vous présidiez mon jury.

A ma Directrice de Thèse, Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Merci pour toute votre aide. Merci d'avoir cru en mon sujet dès le premier mail, dès la première rencontre. Merci de m'avoir fait confiance malgré le temps qui pressait. Merci pour votre compétence, votre gentillesse, votre simplicité et votre accessibilité. Ce fut un plaisir de travailler et de réfléchir avec vous.

A Monsieur le Professeur Thierry MARMET

Votre retour spontané et positif à la suite de la demande d'avis auprès du comité d'éthique m'a touché. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Je n'ai pas eu l'occasion de travailler avec vous, et je le regrette depuis les séances d'AEP de Rodez que vous aviez encadrées. Votre vision de la médecine déteindra peut être encore un peu sur moi depuis votre siège du jury. Merci d'avoir accepté mon invitation.

A Monsieur le Docteur Jean Paul CARME

Il y a tout juste un an, je vous rencontrais dans votre cabinet, sans tuteur et avec une ou deux idées de sujets de thèse. Vous m'avez écouté, encouragé, orienté, soutenu pour le mémoire de DES. Merci pour toute cette aide qui m'a permis de venir à bout de cette dernière année scolaire.

A Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER

Merci d'avoir accepté de distribuer mon questionnaire dans votre salle d'attente. Merci pour vos encouragements et votre aide à la réalisation du questionnaire.

A Monsieur Sébastien DÉJEAN, Ingénieur de recherche à l'Institut de Mathématiques de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier

Merci pour votre aide précieuse, votre disponibilité et votre sympathie. Merci d'ouvrir la porte vers le monde des mathématiques aux autres disciplines. Votre passion est palpable et vous la mettez au service du collectif.

Je suis allé à l'école

Avec la thèse s'éloigne la scolarité. Puisqu'à trente deux ans je dois la quitter, j'aimerais me souvenir un peu, puis lui dire adieu.

A deux ans, je suis assis sur un radiateur et je pleure tous les matins : mon père part travailler. Je ne comprends pas bien, et j'ai peur de la cantine. Il y a le sourire de Mireille et les pots de colle blanche.

Je suis allé à la maternelle.

A six ans, je suis assis à côté d'un étrange poster dans la classe de M. Martin. Un poisson regarde un hameçon et pense : réfléchir avant d'agir. Sous le préau il y a des ballons en mousse et des savons jaunes fixés aux longs éviers blancs. Les enfants sont en rang deux par deux, certains me font peur et d'autres ont des bonbons. Moi je suis sage, j'apprends les centaines, et par la fenêtre il y a le soleil de seize heures dans la rue Jacquard.

Je suis allé en primaire.

A dix ans, je suis assis en allemand et m'efforce d'avoir l'air tout à fait quelconque pour ne pas être interrogé. Le surveillant est sévère, j'ai peur de renverser mon plateau au self. J'apprends l'Égypte antique, je découvre le fer ferrique et si la prof de français me vouvoie, c'est probablement parce qu'elle est vieille. On joue au ping-pong à la main et si les cours finissent plus tôt, il y a les rues vides d'un monde qui travaille et les marteaux piqueurs au loin.

Je suis allé au collège.

A quinze ans il est minuit, je suis assis dans ma chambre, je n'aurai pas une bonne note à mon DM de math. Il me semble maintenant que tout va très vite. Les élèves ont les mains dans les poches et une poignée d'attitudes, mais le trimestre de piscine sera dur pour tout le monde. Une voix grave nous parle de guerres, une voix douce de bruyère en fleur. Demain s'effacera la dernière cour d'école, je n'oublierai pas de prendre un moment avant de passer la grille.

Je suis allé au lycée.

A vingt ans je suis assis sur les marches en pierre, devant la bibliothèque. Le temps s'étire dans les grands espaces silencieux. J'ai l'âge libre, mais l'enjeu est important : j'apprends un métier. L'hôpital m'ouvre ses portes battantes et je m'applique pour ne pas faire d'erreurs. Ici il faut être compétent et pour la première fois, la peur de ne pas l'être me ronge. On joue aux cartes à la pause et les gens boivent du café. Je pense que ça va être difficile.

Je suis allé à la fac.

A vingt huit ans, je suis assis à côté du médecin. Elle est gentille, les patients lui font confiance et moi j'apprends beaucoup. Avant j'ai connu les réveils en sueur, les dictaphones et les frigos collectifs, paradis du yaourt. J'ai fait de la route et du rail, mais je suis là où je devais être. Tout à l'heure j'aurai rendez vous avec mon premier patient et je crois que ça m'angoisse. J'espère qu'il toussote un peu et qu'on parlera du beau temps.

Je suis allé à l'internat.

Aujourd'hui, je quitte ma scolarité.

Adieu donc, au soleil de seize heures dans la rue Jacquard.

Je suis allé à l'école.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Hélène, Bruno, Mathieu et Camille. Malgré la distance et les années, votre affection est toujours pour moi un sanctuaire inconditionnel. Merci.

A Andrette, Paulette, Jean et Henri, pour l'héritage le plus précieux.

*A Julos et Lisette, débordant tellement de vie que j'ai plus à apprendre d'eux que l'inverse.
A Sophie qui aurait fait un super médecin, merci aussi pour les deux zouaves sus nommés.*

A Hedy, un vaillant nakama depuis le berceau. C'est un plaisir de vivre en parallèle nos aventures vers la dernière île.

A Véronique pour sa simplicité, sa sympathie et son accueil dans le sud ouest.

A Romain parce que ça commence à faire un paquet d'années, et que ça n'a jamais été compliqué malgré les périodes d'éloignement. Les bons goûts et l'assurance du lol, l'évidence d'une amitié de qualitatay.

A Morgane pour maintenir l'équilibre dans la Force, et pour sa sympathie depuis les débuts grenoblois.

*A Maxime parce que parfois il convient d'être tout à fait certain... et tout à fait à l'aise, ce qui est assez rare pour moi. Aucune compétition, des projets qu'on ne réalisera jamais et pas mal de rires francs. Ça me suffit. Enfin je crois. Faudra vérifier. Histoire d'être sûr.
A Benjamin M. que j'admire en secret. Je ferai de mon mieux pour atteindre un jour ta sagesse.*

A Pierre et Benjamin D., parce qu'il ne faut jamais oublier de jouer dans la vie. Puissent les dés être toujours avec vous, mais moins qu'avec moi. (et merci Pierre pour tes compétences surnaturelles en anglais)

A tous les amis de Pamiers, bien sûr; car sans vous mes quatre dernières années n'auraient pas du tout été les mêmes. A Chloé, Élise, Florence, Jonathan, Lucie, Marie, Marie et Mélodie. Merci d'être et de rester une petite famille remplie de bienveillance.

A Valérie pour son soutien, son avis précieux, ses onze petits cadeaux, ses attentions, sa compréhension, et surtout pour tout le reste.

A Julien MadPepito pour son amitié et sa simplicité, pour tout ce qu'on a partagé sur les terrains, sur les écrans ou autour d'un verre.

A Yohann pour sa gentillesse et son aura apaisante.

A Nabil pour son énergie et pour toutes ses qualités humaines.

A tous les amis de Auch, Cécilia, Marie-Laure, Pauline, Romain. J'aurai toujours un souvenir très tendre de ces six mois de vie paisible sur la colline, en votre compagnie.

*A Sébastien, parce qu'on ne peut rêver mieux comme premier co-interne. Toute la peur du premier stage s'est envolée à la première rencontre. Merci pour ta sympathie et ton amitié.
A Valentin, Emmanuel et Maylis pour m'avoir offert l'ambiance idéale pour un premier semestre.*

A Lydia et Marion pour cette parfaite pause champêtre à l'écart du monde. A Lydia pour avoir partagé l'épreuve du CHU avec moi.

A Sylvie l'aveyronnaise. Pour ta sympathie et tout ce que tu m'as transmis. Ta façon d'exercer la médecine me servira toujours d'exemple.

A Julien même si il n'est pas coréen, parce que la musique, Starcraft et les échecs sont autant de gages de qualité.

A Carsten pour ses enseignements rythmiques et philosophiques. Ne lâche rien.

A Jean-Fabrice pour son amitié et son avis sérieux sur ma thèse.

A Annabel, Héloïse, Mathieu et Marc, à Nicole et Sarah, pour m'avoir accueilli dans leur aventure, section bac à sable.

A Martine pour sa gentillesse. Merci de partager avec moi ces jolis moments de grande musique.

A tous les internes, médecins et professionnels de santé qui m'ont aidé à me construire. A Marie-Noelle, Sylvie, Christian, Bruno, Nasreddine, Emile, Eric, Catie, Amélie, Isabelle, Gwenaëlle, Zeina, Audrey, Thomas, Maïté, Catherine, Nathalie, Serge, Marius, Geneviève, Karine, Olivier, Jean-François, Anne-Sophie, Philippe, Franck, Frédérique, Patrick, Alain, Eric, Nathalie, Jean-Marc, Jessica, Micheline, Melania, Naima, Patrick, Tiphaine... et tous ceux que j'oublie. J'aurais tellement de choses à raconter, ces trois années d'internat ont été d'une richesse inouïe. Merci infiniment.

Aux secrétaires médicales qui ont toutes été adorables avec moi, m'ont adopté parfois bien plus vite que le reste de l'équipe et ont grandement participé à la bonne ambiance de mes stages. Lourdes, Saint-Affrique, Purpan, Pamiers, Auch... vous êtes géniales.

A Dominique, William, Ferdinand et Jean, pour ces quelques mois passés sous le même toit. Merci pour votre accueil chaleureux.

A ma guitare, seul fil rouge de ces dix dernières années, qui supporte les rires et les larmes et reconstruit mon cocon, anywhere, anytime.

A ceux qui supportent mon caractère et mes défauts, à ceux qui font avec.

A toute ma famille.

A tous les amis de toutes les périodes.

Aux patients qui me confieront leurs soucis et leur santé. Je ferai toujours de mon mieux. Merci pour votre confiance.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODES.....	3
I. Recherche bibliographique	3
II. Travaux préliminaires au questionnaire	4
III. Questionnaire de thèse – choix des termes étudiés	5
IV. Population étudiée et période de recueil	6
V. Outils statistiques utilisés	7
VI. Questionnaire annexe adressé aux médecins	7
RESULTATS.....	7
I. Population étudiée	8
II. Détails des réponses	10
DISCUSSION.....	17
I. Forces et faiblesses de l'étude	17
II. Une compréhension globale incomplète	18
III. Des inégalités de compréhension entre groupes de population	19
IV. L'équation relationnelle d'une mauvaise compréhension	21
V. Vers un vocabulaire commun	24
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	30
ANNEXES.....	33

ABREVIATIONS

BDSP	Banque de Données en Santé Publique
QCM	Questionnaire à Choix Multiples
Bac	Baccalauréat
Bac +2	Baccalauréat suivi de deux années d'études supérieures ou plus
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
NVS	Newest Vital Sign

INTRODUCTION

La relation médecin – patient et l'éducation thérapeutique passent en premier lieu par les mots employés par le médecin. Le professionnel de santé étant familier depuis de nombreuses années avec un langage technique parfois compliqué, pourrait-il oublier d'expliquer certains mots qu'il pense faire partie d'une culture générale maîtrisée du grand public ?

Peu d'études, notamment en France, ont analysé la compréhension de la population générale concernant le lexique médical utilisé par les professionnels de santé. L'enjeu semble pourtant important en de nombreux aspects : dimension relationnelle et humaine, adhésion aux soins, observance thérapeutique, coût de santé, satisfaction du patient, crédibilité des soignants.

Terminant toutes mes consultations par la phrase "en rapport avec tout ce qu'on vient de dire, avez vous des questions ?", une patiente m'a un jour répondu, à la suite d'une consultation pour rhino-pharyngite : "Juste une. Vous avez parlé de germes. C'est quoi exactement ?" La pratique clinique, notamment en remplacement, tend à me montrer que même en pensant être clair dans mes explications, certains termes sont parfois mal compris. L'entretien médical est un temps de diagnostic pour le médecin. Pour le patient, c'est également un temps pour répondre à ses questions, en des termes et concepts simples. Mais la notion de simplicité est elle la même pour nous et pour nos patients ?

La pédagogie passe en partie par la capacité, pour celui qui explique, à savoir se mettre à la portée de celui qui écoute. Savoir trouver les mots, les phrases qui déclencheront la compréhension. Savoir se rappeler ce que nous savions quand nous ne savions pas encore, et ce qu'il aurait fallu nous dire à ce moment là.

Mais le temps, les années d'études et de pratique sont passés par là. Recouverts par des concepts et des savoirs de plus en plus complexes, les mots du début, ceux de nos premières années, sont écrasés d'une banalité qui nous ferait oublier qu'ils font partie d'un lexique d'initiés.

Dans un but d'amélioration constante de notre pratique professionnelle, il me semble primordial de s'intéresser à ce sujet qui est au cœur de toutes les consultations médicales, sans exception. Cette thèse propose d'étudier la connaissance des patients de trois cabinets de Midi-Pyrénées concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés .

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une enquête déclarative observationnelle multicentrique réalisée par questionnaire auto-administré auprès de patients consultant dans trois cabinets différents de la région Midi-Pyrénées durant la période du 16 Mai au 30 Juillet 2016.

1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a porté sur l'ensemble de la littérature internationale, sans limite temporelle.

La recherche a été effectuée via les sites PubMed, ScienceDirect, EMBase, et BDSP.

Les principaux mots clés français utilisés pour les équations de recherche étaient les suivants : vocabulaire médical, jargon médical, terminologie médicale, termes médicaux, compréhension du patient, langage technique, langage courant.

Les principaux mots clés anglais étaient les suivants : medical jargon, medical terms, medical vocabulary, medical terminology, patients' understanding, common health terms, technical language, plain language, lay understanding.

L'analyse systématique des bibliographies des articles retrouvés par équations de recherche a été effectuée.

Au total, 59 articles en lien direct avec le sujet ont été retenus.

Une analyse des thèses françaises en lien avec le sujet a été réalisée via le catalogue en ligne SUDOC : une thèse a été retenue ^[1].

2. Travaux préliminaires au questionnaire

Le questionnaire utilisé pour cette thèse (Annexe 1) était un questionnaire à choix multiples (QCM) explorant la connaissances des patients concernant dix termes médicaux. Afin d'être le plus pertinent possible dans le choix des termes étudiés et des définitions proposées, un pré-questionnaire a été réalisé (Annexe 2) pour une première exploration du sujet.

Ce pré-questionnaire proposait de donner la définition de 47 termes médicaux. Ce premier choix était issu d'un tri subjectif de l'auteur, selon la démarche suivante :

- Une première liste de mots a été extraite des lexiques médicaux destinés au grand public disponibles sur internet (Lexiques EurekaSanté par Vidal, Santepratique.fr, Doctissimo, Esculape).

Parmi les centaines de mots considérés, ont été exclus :

- Les termes trop spécialisés, entendus seulement par les patients porteurs des maladies concernées : endométriose, cystocèle, scotome...
- Les mots qui, bien que ayant une définition peu compliquée, ne semblent être utilisés que par les médecins : prurit, anti-émétique, météorisme...
- Les termes dont la définition exacte a été jugée trop scientifique ou trop compliquée : tension, inflammation, arthrose, ischémie, vagal, migraine, contusion, hormone, coliques, sphincter, vertiges, ...
- Les termes estimés comme testant plus la maîtrise de la langue française que la maîtrise du langage médical : prise systématique, caractéristique, intermittent, récidivant, récurrent, occlusion, stase, atypique, exacerbation, prédisposition...

Les 47 termes retenus, jugés les plus pertinents, étaient : nausées, médicament antalgique, infection, collyre, maladie aiguë, rhume, selles, posologie, fébrile, sinus, angine, fièvre, effets secondaires d'un médicament, antécédents, expectorer, congestion, fécal, antibiotique, pharynx, flore intestinale, microbe, traitement symptomatique, bronchite, œdème, viral, cutané, pathologie, muqueuse, transit, ganglion, gastrique, globules blancs, spasmes intestinaux, traitement anxiolytique, hépatique, bénin, pronostic, éruption, ballonnements, pneumonie, sphère orl, ulcère, rhinite, grippe, rachis, médicaments contenant du paracétamol (avec exemples à choisir), médicaments anti-inflammatoires (avec exemples à choisir).

Après ce premier tri, et dans un but d'exhaustivité, une étude des notices des médicaments ainsi que des publicités médicales, en pharmacies ou dans les médias, a été réalisée. Aucun mot plus intéressant à étudier n'en a été extrait.

Un pré-questionnaire reprenant ces 47 termes a été réalisé. Les réponses étaient libres, hormis pour deux questions à choix multiples. Les versions papiers et numériques ont été transmises par courrier à vingt des proches de l'auteur. Le choix des personnes s'est fait de manière à obtenir une population variée en terme d'âge. Aucune de ces personnes ne travaille ou n'a travaillé dans le milieu médical. Aucune personne mineure n'a été incluse.

Le pré-questionnaire était anonyme en théorie. En pratique, l'anonymat a été difficilement respecté lors du recueil final des données, l'auteur pouvant reconnaître malgré lui les données personnelles des participants.

3. Questionnaire de thèse – choix des termes étudiés

Le questionnaire définitif explorait la compréhension de dix termes médicaux courants et peu spécialisés. Le choix de ces dix termes, guidé par les résultats du pré-questionnaire, a été réalisé selon les critères suivants :

- Critères négatifs : exclusion des termes trop peu connus car souvent trop complexes (congestion, ulcère...), et des termes connus de presque tous les participants au pré-questionnaire (selles, antécédents...)
- Critères positifs : validation de termes dont les définitions proposées étaient inattendues ou partagées par beaucoup de participants (fébrile, aiguë), ou dont le taux de compréhension avait surpris l'auteur (rachis, qui semblait peu maîtrisé).
- Indépendamment des réponses du pré-questionnaire, ont été exclus les termes impliquant une connaissance anatomique (pharyngite, sinus, bronchite...) ou biologique (globules blancs) jugées complexes, et les termes à prévalence d'utilisation supposée en médecine générale trop faible.

Les dix mots retenus étaient : antalgique, aiguë, gastrique, infection, pathologie, rachis, œdème, fébrile, pronostic et virale.

Le choix de la forme QCM a été imposé par la nécessité, pour une analyse statistique fiable, de classer chaque réponse comme objectivement juste ou fausse, sans interprétation subjective de l'auteur comme ce peut être le cas pour des réponses libres. Pour chaque terme étudié le questionnaire proposait quatre définitions, une était juste, trois étaient fausses. Les participants devaient cocher une seule des ces quatre cases, ou la case "Je ne sais pas". La formulation de la bonne réponse est issue de dictionnaires médicaux, remaniée par l'auteur dans un souci ergonomique et afin que les mots utilisés pour les définitions soient eux mêmes le moins complexe possible. Les mauvaises réponses proposées en QCM étaient pour la plupart issues des mauvaises réponses le plus fréquemment retrouvées dans le pré-questionnaire.

Le questionnaire était anonyme. Il renseignait certaines données personnelles des participants : âge, sexe, profession (non exploitée), niveau scolaire, personne avec enfants ou non, présence de maladie chronique ou non, français comme langue maternelle ou non.

La disposition des quatre propositions de réponses a été réalisée à l'aide d'un générateur de nombre aléatoire disponible sur internet.

4. Population étudiée et période de recueil

Le questionnaire a été mis à disposition des patients en salles d'attente de trois cabinets de médecine générale de la région Midi-Pyrénées : cabinet rural du Dr.Escourrou et associés au Fossat en Ariège, cabinet semi-rural du Dr.Boussier et associés à Montricoux dans le Tarn-et-Garonne, et cabinet urbain du Dr.Pinar et associés à Toulouse en Haute-Garonne, ou l'auteur est remplaçant régulier. Le recueil a été effectué du 16 Mai au 30 Juillet 2016, soit une période de recueil de 76 jours. Les questionnaires des personnes mineures, des personnes dont le français n'est pas la langue maternelle et des personnes ayant déclaré travailler dans le secteur de la santé ont été exclus de l'analyse statistique.

5. Outils statistiques utilisés

Les résultats ont fait l'objet d'un recueil Excel : comptage des réponses, chiffage des données, statistiques simples (moyennes, écart-types...). Les tests du Chi ², de Fischer et de Wilcoxon-Mann-Whitney ont été réalisés sur le site BiostaTGV utilisant les calculs du logiciel « R ». Les méthodes et calculs utilisés ont été validés par un mathématicien, ingénieur de recherche à l'Université Toulouse III - Paul Sabatier.

6. Questionnaire annexe adressé aux médecins

Pour complément d'informations et enrichir la discussion des résultats, un questionnaire annexe (Annexe 3) a été transmis aux médecins des trois cabinets concernés. Il demandait aux médecins d'estimer le pourcentage de leurs patients qui trouveraient la réponse juste pour chacun des dix termes étudiés.

RESULTATS

Au total, 462 questionnaires destinés aux patients ont été recueillis, 362 ont été exploités :

A Montricoux, 113 questionnaires ont été recueillis, dont 4 écartés car le français n'était pas la langue maternelle (3,5%), 9 écartés car une profession de santé était déclarée (8%), 3 non interprétables, soit un total de 97 questionnaires exploités.

Au Fossat, 115 questionnaires ont été recueillis, dont 12 écartés car le français n'était pas la langue maternelle (10,4%), 6 écartés car une profession de santé était déclarée (5,2%), 9 non interprétables, soit un total de 88 questionnaires exploités.

A Toulouse, 234 questionnaires ont été recueillis, dont 20 écartés car le français n'était pas la langue maternelle (8,5%), 21 écartés car une profession de santé était déclarée (9%), 16 non interprétables, soit un total de 177 questionnaires exploités.

Les questionnaires ont été classés comme non interprétables si incomplètement remplis, si les données personnelles des patients (autre que âge et profession) manquaient et si, pour un terme donné, plus d'une case était cochée et ce pour plus de deux termes différents.

La justification des critères d'exclusion (français non langue maternelle et/ou profession de santé) peut être trouvée dans les Annexes 4 et 5 qui détaillent les statistiques des réponses données par ces deux populations.

Toutes les données et statistiques sont disponibles sous forme de documents Excel, sur demande par mail à l'adresse suivante : jargon.medical@gmail.com

I. Population étudiée

Caractéristiques	Le Fossat (N = 88)	Montricoux (N = 97)	Toulouse (N = 177)	Total (N = 362)
Age renseigné	56 (63.6%)	51 (52.6%)	76 (42.9%)	183 (50.6%)
Moyenne d'âge	55.7	56.7	45.5	51.8
Le plus jeune	18	18	18	18
Le plus vieux	85	88	83	88
Ecart type	16.2	15.5	17.1	17.1
Sexe féminin	63 (71.6%)	72 (74.2%)	126 (71.2%)	260 (71.8%)
Niveau scolaire				
Sans diplôme	11 (12.5%)	5 (5.2%)	5 (2.8%)	21 (5.8%)
Brevet	5 (5.7%)	7 (7.2%)	4 (2.2%)	16 (4.4%)
CAP / BEP	31 (35.2%)	30 (30.9%)	18 (10.2%)	79 (21.8%)
Baccalauréat	19 (21.6%)	30 (30.9%)	32 (18.1%)	81 (22.4%)
Bac +2	22 (25%)	25 (25.8%)	118 (66.7%)	165 (45.6%)
Avec enfants	74 (84.1%)	77 (79%)	83 (46.9%)	234 (64.6%)
Traitement régulier	52 (59.1%)	48 (49.5%)	58 (32.8%)	158 (43.6%)

Tableau 1. Démographie de l'étude

Les données démographiques de l'étude sont résumées dans le Tableau 1. Considérant le total des réponses sur l'ensemble des trois cabinets, la majorité des participants étaient des femmes (71,8%), la moyenne d'âge globale était de 51,8 ans (18 à 88 ans, écart type 17,1 ans). La moyenne d'âge des hommes était de 54,8 ans, celle des femmes 50,4 ans. Il y avait plus de personnes avec enfants (64,6%) que de personnes sans enfants, moins de personnes prenant un traitement régulier (43,6%) que de personne sans traitement. 68% des participants avaient au moins le baccalauréat (Bac), et 45,6% avaient fait au moins deux ans d'études supérieures. A l'inverse, le nombre de participants sans diplômes (5,8%) ou ne possédant que le brevet des collèges (4,4%) était faible.

Concernant les différences entre cabinets, les populations répondantes en milieu rural (Le Fossat) et semi-rural (Montricoux) étaient proches en terme d'âge moyen, de nombre de personnes avec enfant, de nombre de personnes prenant un traitement régulier et de niveau scolaire : aucune différence statistiquement significative n'a été calculée. La population urbaine de Toulouse se démarquait ($p < 0,05$) par une population plus jeune de 10 ans en moyenne, un moins grand nombre de personnes avec enfants, un moins grand nombre de personnes prenant un traitement régulier, et un niveau scolaire plus élevé en moyenne avec notamment nettement plus de personnes ayant fait au moins deux ans d'études après le baccalauréat (66,7% contre 25% et 25,8%).

Les analyses épidémiologiques inter-groupes retrouvaient certaines corrélations statistiquement significatives :

- Les personnes avec enfants étaient plus nombreuses dans le groupe "Sans diplôme, Brevet et CAP/BEP" que dans le groupe "Bac et Bac +2" (82,8% contre 56,1%, $p = 7.4E-7$)
- Corrélation entre l'âge et le niveau scolaire, les moins de 46 ans étant beaucoup plus nombreux à avoir le Bac (80% contre 40,7% pour les plus âgés, $p = 3,3E-9$) et à avoir fait au moins deux ans d'études (60% contre 17,6% pour les plus âgés, $p = 1,3E-7$).
- Corrélation entre le niveau scolaire et le fait de prendre un traitement régulier. Beaucoup moins de personnes ayant au moins le Bac prenaient un traitement régulier (31,3% contre 69,8% chez les moins diplômés, $p = 5,3E-12$). On note également un écart significatif entre le groupe Bac et le groupe Bac+2, ces derniers étant moins nombreux à prendre un traitement (25,5% contre 43,2%, $p = 0,005$).
- Corrélation logique entre l'âge et le fait d'avoir des enfants (essentiellement représentée par la différence entre les moins de 36 ans et les plus âgés, ces derniers étant plus nombreux à avoir des enfants)
- Corrélation logique entre l'âge croissant et le fait de prendre un traitement régulier, la relation étant assez linéaire, la frontière statistique la plus significative étant retrouvée entre le groupe 18-45 ans et le groupe 46-88 ans (25,3% contre 70,4%, $p = 2E-9$), le seul palier significatif entre strates voisines étant également celui entre les 36-45 ans et les 46-55 ans (31,4% contre 57,1%, $p = 0,04$).

Les analyses statistiques ne retrouvaient aucune corrélation significative entre :

- le sexe et le fait d'avoir des enfants, le sexe et le niveau d'étude, le sexe et le fait de prendre un traitement régulier, le sexe et la tranche d'âge.
- le fait d'avoir des enfants et le fait de prendre un traitement régulier.

II. Détails des réponses

Répartition du nombre de réponses justes par participant

Nombre de réponses justes	Effectifs	Cumul	Cumul inverse
0	4 (1.1%)	4 (1.1%)	362 (100%)
1	10 (2.8%)	14 (3.9%)	358 (98.9%)
2	24 (6.6%)	38 (10.5%)	348 (96.1%)
3	53 (14.6%)	91 (25.1%)	324 (89.5%)
4	56 (15.5%)	147 (40.6%)	271 (74.9%)
5	71 (19.6%)	218 (60.2%)	215 (59.4%)
6	44 (12.2%)	262 (72.4%)	144 (39.8%)
7	53 (14.6%)	315 (87%)	100 (27.6%)
8	26 (7.2%)	341 (94.2%)	47 (13%)
9	14 (3.9%)	355 (98.1%)	21 (5.8%)
10	7 (1.9%)	362 (100%)	7 (1.9%)

Tableau 2. Répartition des participants en fonction de leur nombre de réponses justes

La majorité (76,5%) des participants avaient entre 3 et 7 réponses justes. 10,5% avaient 2 réponses justes ou moins et 13% avaient 8 réponses justes ou plus. 40,6% des participants n'avaient pas la moyenne de 5 réponses justes. 1,9% des participants ont répondu juste à toutes les questions. Le nombre de réponses justes le plus souvent recensé (19,6%) était de 5.

La principale corrélation des analyses en sous groupes concernait la relation avec le niveau scolaire. En moyenne, plus ce dernier était élevé, plus le nombre de réponses justes était élevé ("p" variable selon les strates comparées. Les statistiques deviennent très significatives en comparant les "Bac+2" aux autres groupes). Cette donnée est schématisée sur la Figure 1.

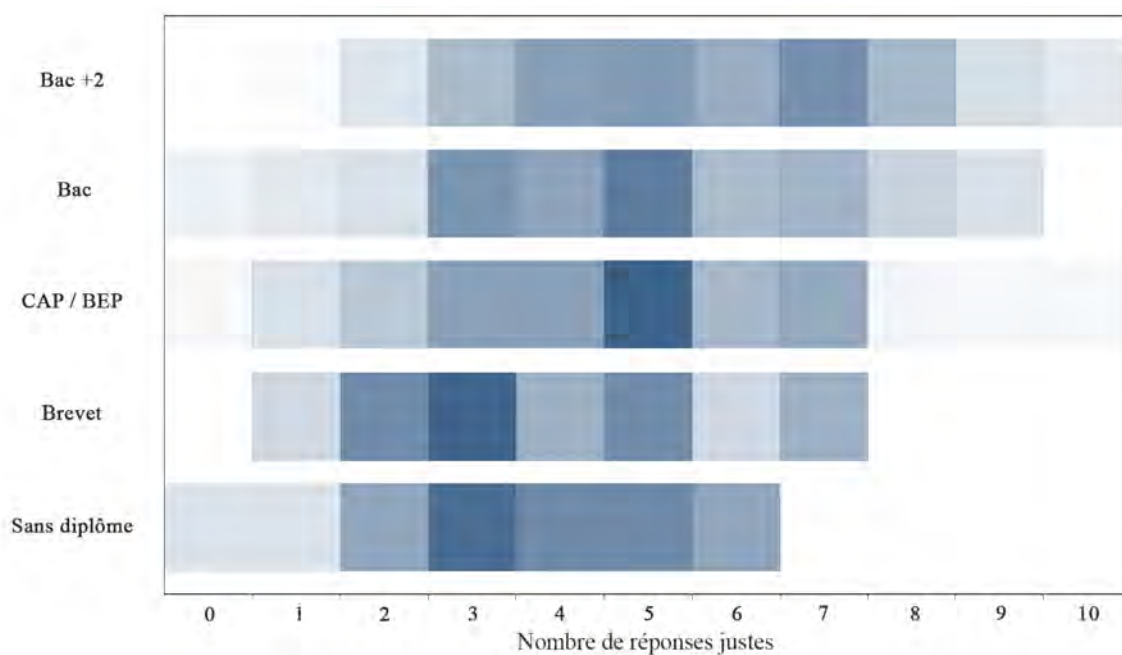


Figure 1. Répartition des participants en fonction de leur nombre de réponses justes, classés selon le niveau scolaire.
L'opacité des carrés bleus est directement proportionnelle au pourcentage de participants représenté.

Répartition du nombre de réponses justes par terme étudié

Le Tableau 2 résume les proportions de réponses justes dans chaque groupe de population étudiée.

Population étudiée	Antal.	Aigüe	Gastrique	Infect.	Patho.	Rachis	Oedème	Fébrile	Prono.	Virale	Total
Cabinet											
Le Fossat	81.8	25	68.2	56.8	47.7	43.2	48.9	37.5	20.5	39.8	46.9
Montiroux	78.4	25.8	68	66	55.6	50.5	56.7	48.5	29.9	40.2	51.9
Toulouse	81.4	25.4	71.2	70.6	67.2	35	45.2	48	41.2	35	52
Total 3 cabinets	80.7	25.4	69.6	66	59.1	41.2	49.2	45.6	33.2	37.6	50.7
Hommes	74.3	19.9	71.3	69.3	56.4	32.7	39.6	38.6	41.6	37.6	47.7
Femmes	83.1	27.7	68.9	65	60.4	44.6	53.1	48.5	30	37.7	52
Classe d'âges											
18-25	57.1	14.3	50	71.4	50	14.3	50	7.1	14.3	21.4	35
26-35	76.9	11.5	69.2	80.8	73.1	26.9	50	38.5	53.9	30.8	51.2
36-45	82.9	14.3	77.1	68.6	71.4	25.7	45.7	48.6	42.9	34.3	51.1
46-55	92.9	17.9	64.3	71.4	60.7	50	42.9	42.9	17.9	42.9	50.4
56-65	91.2	14.7	70.6	70.6	44.1	55.9	64.7	50	17.7	35.3	51.5
66-75	67.7	38.7	77.4	48.4	41.9	45.2	64.5	45.2	12.9	45.2	48.7
76-88	80	26.7	60	60	46.7	33.3	33.3	60	33.3	46.7	48
Avec enfants	80.6	26.5	68.8	64.5	54.7	43.6	49.6	52.6	31.2	41.9	51.7
Sans enfants	69.5	23.4	71.1	68.8	67.2	36.7	48.4	32.8	36.7	29.7	48.8
Traitement régulier	81	26.6	68.4	62	53.2	46.2	54.4	41.8	24.1	38	49.6
Sans traitement	80.4	24.5	70.6	69.1	63.7	37.3	45.1	48.5	40.2	37.3	51.6
Niveau scolaire											
Sans diplôme	76.2	9.5	38.1	38.1	33.3	42.9	52.4	28.6	14.3	28.6	36.2
Brevet	62.5	12.5	56.3	43.8	50	50	37.5	37.5	6.3	31.3	38.8
CAP / BEP	83.5	20.3	55.7	57	46.8	48.1	44.3	34.2	21.5	44.3	45.6
Baccalauréat	72.8	27.2	74.1	70.4	55.6	39.5	56.8	49.4	19.8	29.6	48.6
Bac +2	85.5	30.3	79.4	73.9	70.9	37.6	48.5	52.1	50.3	40	57.2

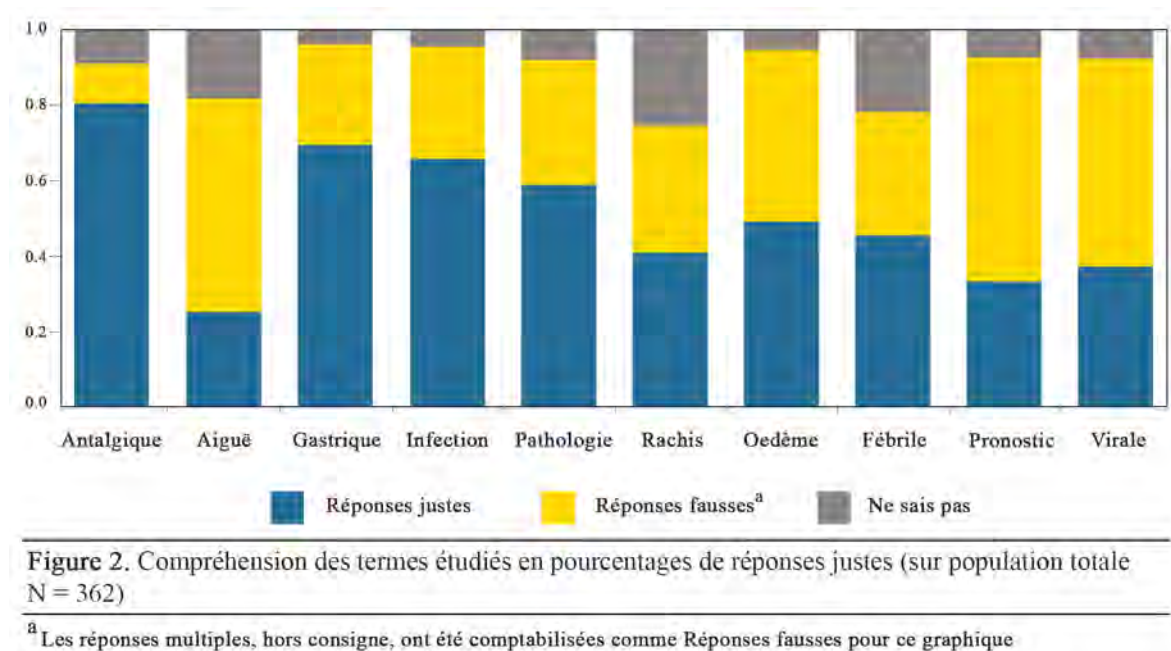
Tableau 3. Pourcentages de réponses justes selon les sous-groupes de population étudiés

Les **nombre**s notés en rouge indiquent une connaissance plus élevée dans la population concernée ($p < 0.05$) comparée à la population directement opposée. Si la notation est plus pertinente, ou lorsque plusieurs comparaisons sont possibles, les **nombre**s notés en bleu indiquent la population à connaissance plus faible.

Pour le total des 362 participants et l'ensemble des dix termes étudiés, la moyenne de réponses justes était de 50,7%.

Toujours pour l'ensemble des dix termes, mais en analysant les sous groupes de population, les moins de 26 ans avaient moins de réponses justes que le reste de la population, et l'augmentation du niveau scolaire suivait l'augmentation du nombre de réponses justes (avec un pallier entre le groupe Bac et le groupe Bac +2). Toutes les autres différences n'étaient pas statistiquement significatives (sexe, présence d'enfants, traitement régulier).

Considérant maintenant individuellement chaque terme, la moyenne de réponses justes en population totale s'étalait de 25,4% (aiguë) à 80,7% (antalgique). Seuls quatre termes ont été correctement définis par plus de 50% des participants. La Figure 2 illustre le taux de compréhension de chacun des dix termes.



- Les analyses en sous groupes montraient que :
- Les personnes avec enfants maîtrisaient mieux les termes "antalgique" ($p = 7,3E-5$), "fébrile" ($p = 0,021$) et "virale" ($p = 0,022$).
 - La compréhension des termes "rachis", "œdème" et "virale" n'avait aucun lien avec le niveau scolaire. La compréhension des termes "aiguë", "gastrique" et "infection" suivait l'augmentation du niveau scolaire. Le terme "fébrile" était mieux maîtrisé à partir du Bac, et les termes "pronostic" et "pathologie" mieux maîtrisés des "Bac +2".

- Les hommes semblaient mieux maîtriser le terme "pronostic" ($p = 0,034$) et les femmes les termes "rachis" ($p = 0,041$) et "œdème" ($p = 0,024$).
- Les plus de 65 ans maîtrisaient mieux le terme "aiguë" ($p = 0,003$) et moins bien le terme "infection" ($p = 0,012$). Les plus de 45 ans maîtrisaient mieux le terme "rachis" ($p = 9E-4$).

Certaines corrélations à priori significatives semblaient invalidées, ou du moins pondérées après analyse multivariée :

- Les personnes sans traitement régulier semblaient mieux connaître les termes "pathologie" et "pronostic". Le lien était probablement dû au fait que le groupe "Bac +2" comprenait beaucoup de personnes sans traitement, et maîtrisait beaucoup mieux ces deux termes.
- Les patients du Fossat et de Montricoux maîtrisaient moins les termes "infection", "pathologie" et "pronostic" que les patients de Toulouse. Le biais était possiblement dû au groupe "Bac +2", beaucoup plus représenté à Toulouse et maîtrisant mieux ces trois termes. De même, le terme "rachis" était mieux maîtrisé à Montricoux qu'à Toulouse, différence possiblement attribuable à la population plus jeune à Toulouse maîtrisant moins le terme.
- Les personnes sans enfants maîtrisaient mieux le terme "pathologie" ($p = 3,1E-4$). Ce terme était beaucoup mieux connu des "Bac +2", et ces derniers étaient moins nombreux à avoir des enfants.

Au total, le Tableau 4 reprend les facteurs qui semblaient intrinsèquement influencer positivement la compréhension de chacun des termes.

Antalgique	Avoir des enfants
Aigüe	Avoir plus de 65 ans / Suit l'augmentation du niveau scolaire
Gastrique	Suit l'augmentation du niveau scolaire
Infection	Avoir moins de 66 ans / Suit l'augmentation du niveau scolaire
Pathologie	Avoir Bac +2
Rachis	Avoir plus de 45 ans / Sexe féminin
Oedème	Sexe féminin
Fébrile	Avoir des enfants / Avoir le Bac
Pronostic	Avoir Bac +2 / Sexe masculin
Virale	Avoir des enfants

Tableau 4. Principaux facteurs apparents de compréhension pour chacun des termes étudiés

Concernant le questionnaire annexe adressé aux médecins, quatre médecins ont répondu au Fossat, un à Montricoux et trois à Toulouse. Leurs estimations sont résumées dans le Tableau 5. Les estimations des médecins d'un cabinet donné ne sont comparées qu'avec les résultats des patients du même cabinet, par souci statistique de concordance de populations étudiées.

Cabinet	Antal.	Aiguë	Gastrique	Infect.	Patho.	Rachis	Oedème	Fébrile	Prono.	Virale	Total
Le Fossat											
Médecin 1	80	70	75	70	65	50	85	75	90	85	74,5
Médecin 2	80	90	75	65	60	60	70	90	85	90	76,5
Médecin 3	80	60	80	70	60	40	40	60	40	60	59
Médecin 4	50	50	80	50	50	30	45	40	30	30	45,5
Moyenne médecins	72,5	67,5	77,5	63,8	58,8	45	60	66,3	61,3	66,3	63,9
Moyenne patients	81,8	25	68,2	56,8	47,7	43,2	48,9	37,5	20,5	39,8	46,9
Montricoux											
Médecin 5	80	80	50	30	80	80	30	80	30	25	56,5
Moyenne patients	78,4	25,8	68	66	55,6	50,5	56,7	48,5	29,9	40,2	51,9
Toulouse											
Médecin 6	60	20	20	20	60	40	30	70	50	40	41
Médecin 7	60	40	50	70	50	30	20	60	80	70	53
Médecin 8	60	40	80	90	80	50	80	60	80	70	69
Moyenne médecins	60	33,3	50	60	63,3	40	43,3	63,3	70	60	54,3
Moyenne patients	81,4	25,4	71,2	70,6	67,2	35	45,2	48	41,2	35	52

Tableau 5. Estimation des médecins, en pourcentage, du taux de réponses justes données par les patients de leur cabinet. Comparaison aux pourcentages réels de réponses justes données par ces patients.

Les nombres notés en rouge indiquent une surestimation de 20% ou plus.
Les nombres notés en bleu indiquent une sous-estimation de 20% ou plus.

Les estimations des médecins étaient hétérogènes, avec une différence d'estimation allant jusqu'à 70% (20% contre 90%) au sein d'un même cabinet. Certaines tendances semblaient se détacher. Les termes les mieux connus des patients ("antalgique", "gastrique") semblaient faire l'objet soit d'une relativement bonne estimation soit d'une sous-estimation par les médecins. A l'inverse, les termes les moins bien connus des patients ("aiguë", "fébrile", "pronostic") faisaient l'objet d'une surestimation quasi systématique.

La figure 3 détaille la proportion de participants ayant choisi chaque réponse, pour chacun des termes étudiés.

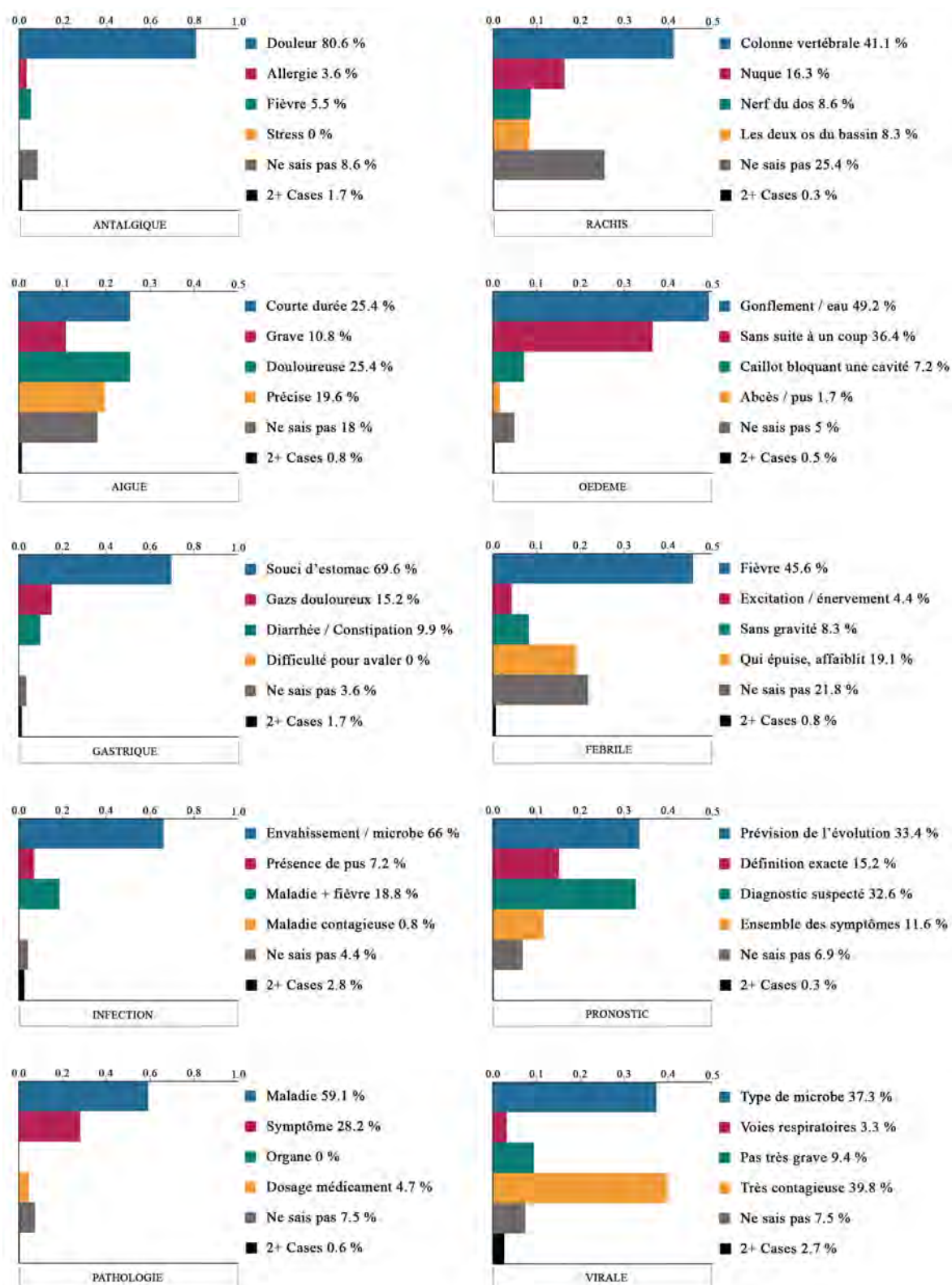


Figure 3. Répartition des réponses données pour chaque terme étudié
Pour chaque terme, la réponse juste est représentée en bleu

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

L'effectif de 362 patients sondés était supérieur à celui de la plupart des études citées en bibliographie. Il s'agit également d'une des rares études réalisées en médecine générale. La majorité des études publiées ont été réalisées en services hospitaliers et analysaient donc une population peut être moins diversifiée.

Le choix des termes étudiés s'inscrivait dans la continuité des études les moins nombreuses, explorant un vocabulaire le plus "simple" possible. Davantage d'études ont évalué la compréhension de termes plus complexes nécessitant des notions de physiopathologie ou d'anatomie.

Il s'agissait d'une enquête déclarative, la compréhension des termes étudiés n'a pas été testée en situation de soins lors de consultations médicales. Le recueil en salle d'attente sans incitation ni contrôle sélectionnait une population volontaire et potentiellement intéressée par le remplissage d'un questionnaire. La forme en QCM pouvait constituer un biais dans l'analyse des réponses. Certains patients pouvaient procéder par élimination pour trouver la bonne réponse, d'autres pouvaient hésiter à tort en lisant les mauvaises réponses proposées.

Le niveau scolaire global était plus élevée qu'en population générale (INSEE 2015 : plus de "Bac" et "Bac +2" et moins de "Sans diplôme" et "Brevet" dans l'étude, comparée à la population française).

Enfin, l'étude était géographiquement localisée et n'explorait que la patientèle de trois cabinets de la région Midi-Pyrénées.

II. Une compréhension globale incomplète

La communication entre patient et médecin sous entend l'utilisation de termes médicaux, plus ou moins complexes. La transmission d'informations, dans un sens comme dans l'autre, doit se faire en usant de termes que les deux protagonistes comprennent ^[2]. Le médecin, afin d'aboutir à une communication réussie, pourra donc soit utiliser un vocabulaire déjà maîtrisé par le patient, soit introduire de nouveaux termes inconnus du patient ^[3] et les expliquer à l'aide de mots compréhensibles par ce dernier. Dans les deux cas l'utilisation, même transitoire, d'un vocabulaire commun sera nécessaire. Cette notion nécessite cependant de définir quel vocabulaire est commun au patient et au médecin. Le médecin étant supposé avoir une plus grande connaissance médicale que son patient, il s'agit donc en premier lieu de définir dans quelle mesure les termes médicaux sont connus des patients.

Cette connaissance du vocabulaire médical par les patients est étudiée dans la littérature internationale, beaucoup moins en France, depuis la fin des années cinquante. Débutant par l'analyse de termes généraux ^{[4]-[9]} elle s'est étendue plus récemment à différentes spécialités médicales. ^{[10]-[21]} Les protocoles utilisés sont très variables : entretiens médicaux, enregistrements audio, questionnaires à réponses libres ou à choix multiples, analyse de banques de données écrites. Les populations étudiées sont hétérogènes en terme de milieu socio-culturel, de niveau scolaire et d'ethnie. La complexité des mots étudiés est très variable. Les termes techniques comme "emphysème", "schizophrénie", "infarctus" ou "thrombose coronaire" sont plus souvent étudiés. Les termes plus courants comme "diarrhée", "respiratoire" ou "digestion" ont fait l'objet de moins d'études.

Mon étude montre une compréhension globale très incomplète. 40,6% des participants ont moins de cinq réponses justes, et seulement 13% ont répondu correctement à plus de sept questions. La moyenne de réponses justes étaient de 50,7%. La Figure 1 aide à bien visualiser la proportion (parties jaunes et grises) de population pour laquelle la compréhension sera limitée, la mission du médecin en tant que transmetteur d'informations risquant d'échouer sans explications suffisantes.

Ces données sont globalement en accord avec la littérature internationale, beaucoup d'études rapportant une moyenne de 40% à 60% de réponses justes pour l'ensemble des termes étudiés. L'hétérogénéité de ces études limite cependant les possibilités de comparaisons. En témoignent les travaux de Samora et al. ^[5] et de Segall et al. ^[9] qui pour les mêmes 12 termes étudiés retrouvaient respectivement une moyenne de bonne réponses de 52,3% et 75,8%, pour un protocole et une population étudiés différents. Ces données évoquent une mauvaise reproductibilité de ce type d'études.

Les conclusions des différents auteurs varient également beaucoup quant à la façon d'interpréter les pourcentages obtenus. A partir de quand peut on parler de bonne ou de mauvaise compréhension ? Hadlow et al. ^[21] considéraient dans leur étude comme "bas" un taux de réponses justes inférieur à 40%, "moyen" entre 40 et 69%, et "haut" à partir de 70%. Une telle position semble cependant critiquable^[12] . Quand bien même un terme comme "antalgique" est maîtrisé par 80,7% des participants, cela signifie tout de même qu'un patient sur cinq ne comprendra pas l'information transmise, et ce pour un terme très courant et peu spécialisé. Extrapolons à l'ensemble d'une consultation et au total de termes médicaux prononcés par le médecin dont certains potentiellement plus complexes, chaque défaut de compréhension prend alors son importance. Si l'objectif à atteindre est une compréhension par 100% de nos patients, il conviendrait peut être mieux de parler de compréhension incomplète, faible ou très faible. On laissera également chaque lecteur s'étonner ou non du taux de compréhension observé pour chacun des termes, selon son expérience et l'estimation qu'il aurait pu s'en faire avant l'étude.

Ces premiers résultats suggèrent une nécessité de prudence permanente dans le choix des mots à utiliser par les médecins, quel que soit le profil de la personne recevant l'information.

III. Des inégalités de compréhension entre groupes de population

On note certaines différences de compréhension selon les groupes de population étudiés. Les principaux facteurs semblant influencer la compréhension sont : le fait d'avoir des enfants, l'âge et le niveau scolaire.

Il est intéressant de noter la meilleure compréhension des termes "fébrile", "virale" et "antalgique" par les patients ayant des enfants, dans la mesure où ces trois mots résument le motif de consultation, l'étiologie et le traitement de nombre de consultations pédiatriques en période hivernale. Cette donnée suggère une certaine importance de l'expérience personnelle, voire de la transmission d'informations par le médecin, dans l'apprentissage de la définition des termes médicaux. A ma connaissance, cette donnée n'avait pas été étudiée dans la littérature.

L'âge semble influencer la compréhension globale ainsi que la compréhension individuelle de certains termes.

La connaissance globale semble moins élevée chez les patients de moins de 26 ans. Cette donnée est déjà décrite dans deux publications ^{[22], [23]}. On peut supposer que cette différence est due au simple manque d'expérience et au temps d'apprentissage moins long à un âge peu avancé.

Le terme "aiguë" est mieux connu des plus de 65 ans. Les raisons me sont inconnues et semblent relever de considérations linguistiques ou socio-culturelles. Le terme "rachis" est mieux connu des plus de 45 ans. Le pic de prévalence des douleurs lombaires entre 45 et 59 ans ^[24] peut constituer un début d'explication.

La plus nette inégalité de compréhension entre groupe de population concerne cependant le niveau scolaire. Cette donnée est confirmée par de nombreuses publications médicales. La moyenne du nombre total de réponses justes suit l'augmentation du niveau scolaire (cf Figure 2) et sept termes sur dix sont moins bien compris des moins diplômés. Aucune personne du groupe "Sans diplôme" n'a eu plus de six réponses justes. Aucune personne du groupe "Brevet" n'a eu plus de sept réponses justes.

Certains auteurs proposent également d'étudier le niveau socio-économique ou le niveau de salaire comme facteurs influençant la compréhension du vocabulaire médical. Le facteur le plus souvent cité comme un frein à la compréhension dans la littérature internationale est cependant celui de la *health literacy*, ou littératie en santé.

La littératie en santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant l'ensemble des *"aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser les informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé"*. Bien qu'étroitement lié au niveau scolaire, le

concept de littératie en santé est plus complexe que le simple nombre d'années passées sur les bancs de l'école, ou encore que les notions d'illettrisme ou d'analphabétisme. Les conséquences d'une littératie en santé faible pour le patient sont nombreuses ^[25] : augmentation du nombre moyen d'hospitalisations et de passages aux urgences, moins bonne sensibilisation aux vaccinations et dépistages, mauvaise compréhension des ordonnances et des informations écrites en structures de santé. Dans leur étude, Briem et al. ^[23] remarquaient que 21% des participants ne comprenaient pas la consigne simple *"un comprimé, deux fois par jour"*.

La relation médecin-patient est également affectée ^[26]. Les patients dont la littératie en santé est faible reçoivent paradoxalement moins d'informations ^[27] et posent moins de questions. ^{[28], [29]}.

L'estimation de la littératie en santé des patients est difficile, et les médecins tendent à la surévaluer ^{[30], [31]}. Plusieurs tests existent, en anglais. Les trois tests les plus utilisés sont le REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), le TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) et le NVS (Newest Vital Sign). M.C. Francino ^[32] propose dans sa thèse une adaptation du NVS en français, pour une utilisation en médecine générale.

Le concept dépasse le sujet de ma thèse, mais il me paraît important pour les médecins d'être informés de cette notion de littératie, pour une meilleure évaluation des capacités de leurs patients et donc une meilleure communication.

IV. L'équation relationnelle d'une mauvaise communication

La littérature médicale rapporte un besoin important en informations de la part des patients ^{[33] [34] [35]}. Il peut bien sûr varier selon le motif de consultation et la personnalité du patient mais, depuis les parents consultant pour la toux persistante de leur enfant jusqu'au patient suivi en cancérologie, le désir de comprendre la maladie et de l'investir est fréquent. Pourtant, de nombreuses études rapportent également que les patients sont souvent insatisfaits des explications données par leurs médecins.

Les déterminants d'une communication réussie sont complexes, différents obstacles peuvent être évoqués.

- La complexité des informations données par le médecin, véhiculée par un vocabulaire peu compréhensible ^[36]. Ainsi, Deuster et al. ^[37] rapportent une moyenne de 19,6 mots de jargon utilisés par consultation, dont seulement 15% sont expliqués. Ces explications survenaient souvent tardivement, en moyenne après 8,4 utilisations du terme en question ("Time lag"). Koch-Weser et al. ^[38] rapportent également une moyenne de 79% de termes médicaux utilisés sans explications.

- La tendance des patients à ne répondre que rarement d'une façon indiquant qu'ils ont compris ou non les propos du médecin ^[38]. Le médecin parle, le patient acquiesce, répond par oui ou par non, et la consultation continue... Boreham et al. ^[35] constataient déjà cette passivité trente ans plus tôt, soulignant la différence entre les attentes des patients, demandeurs d'informations, et leur comportement face au médecin. Il n'est évidemment pas question ici de reprocher cette attitude aux patients mais de prendre conscience d'une tendance pour mieux s'y adapter.

- La confiance des patients dans leur compréhension des termes médicaux. Chan et al. ^[39] puis Chapman et al. ^[12] concluaient dans le sens d'une surestimation des patients de leurs propres connaissances. Cette dernière étude préconisait par conséquent de tester la transmission de l'information donnée, en demandant aux patients "ce" qu'ils ont compris, et non "si" ils ont compris. Il s'agit là d'une technique connue de reformulation, "Faire dire", "Teach-back" ou "Show me" ^[40].

Cette mauvaise auto-évaluation par les patients peut d'ailleurs être mise en parallèle avec une donnée de ma thèse : le taux de réponses fausses comparé au taux de réponses "Je ne sais pas". En effet, hormis pour les termes "antalgique", "fébrile" et "rachis", on relevait de 3 à 9 fois plus de personnes ayant choisi une mauvaise réponse que de personnes reconnaissant ne pas connaître la bonne définition d'un terme donné. Par exemple, 75% des participants ne connaissaient pas la définition du terme aiguë, parmi lesquels seulement 18% déclaraient ne pas la connaître. Bien que la forme QCM puisse constituer un biais et favoriser de tels résultats, ces données ne peuvent que confirmer la nécessité pour les médecins de s'assurer de la bonne compréhension des termes employés.

- La difficulté pour les médecins à évaluer efficacement le degré de connaissance de leurs patients. Pratt et al. ^[4], McKinlay et al. ^[8] et Segall et al. ^[9], concluaient à une tendance à la sous-estimation par les médecins des connaissances de leurs patients. Les résultats du

questionnaire annexe de ma thèse auraient tendance à évoquer le contraire, mais les effectifs sont trop faibles pour être significatifs. Notons également que le protocole ainsi que les mots testés dans les trois études citées étaient très différents de ceux utilisés pour cette thèse et que dans tous les cas, les évaluations des médecins étaient hétérogènes. Il paraît difficile de tirer une estimation fiable tant celle-ci dépend des médecins, des termes et de la population étudiés.

McKinlay et al. proposaient également une analyse complémentaire pertinente : l'analyse d'une corrélation entre l'estimation par les médecins des connaissances de leurs patients concernant certains termes médicaux, et la fréquence d'utilisation par les médecins de ces mêmes termes. De façon inquiétante, les médecins semblaient utiliser un vocabulaire sans tenir compte de leurs propres estimations, et donc sans s'attendre à une compréhension de la part des patients. Rassurons nous en disant que l'étude de Pratt et al. proposait la même analyse et retrouvait cette fois une corrélation de 75%, suggérant une adaptation du vocabulaire selon sa complexité et la supposition de sa compréhension par le patient. Quoi qu'il en soit, la réflexion est intéressante, et admettons qu'il nous est tous arrivé de diagnostiquer une tendinite sans l'expliquer en détail, bien que sachant que la confusion entre tendon, ligament et nerf est probablement très fréquente...

- La difficulté pour les médecins à évaluer efficacement la complexité du vocabulaire qu'ils utilisent. Howard et al. ^[41] ont recensé une occurrence de deux mots de jargon par minute lors de consultations réalisées par des médecins parmi lesquels 88% disaient pourtant utiliser un langage courant adapté au patient. Bourhis et al. ^[42] ont étudié le vocabulaire de médecins hospitaliers convaincus d'utiliser des termes simples et adaptés... opinion non partagée par les patients et infirmières du service.

Reste cependant à définir le jargon médical et à évaluer si seuls les termes considérés comme tels posent un problème de compréhension.

V. Vers un vocabulaire commun

Le vocabulaire médical utilisé par les médecins

Le jargon médical est défini comme un "vocabulaire propre à une profession, à une discipline ou à une activité quelconque, généralement inconnu du profane". La littérature scientifique l'oppose au vocabulaire médical profane, ou courant, que les patients utilisent plus fréquemment. Il semble pourtant que cette classification des vocabulaires biaise la réflexion. En se concentrant sur le jargon comme seule source d'incompréhension, on s'éloigne du véritable problème. Que comprennent nos patients, tous termes confondus ?

L'étude de Skelton et al. ^[43] illustre ce propos. Elle analysait une banque de données de 373 consultations médicales et tirait une conclusion à priori surprenante : les médecins n'utilisent aucun mot de jargon. L'hypothèse commune qui soutient le contraire serait fausse. Les auteurs précisaient pour exemple que "carcinome" était un mot de jargon, "cancer" n'en était pas un. Ils relevaient tout de même l'utilisation de termes techniques par les médecins, mais *"il s'agissait de mots tel que Paracétamol, mot médical mais également familier d'une large population de patients"*. Leur conclusion étant en opposition à l'ensemble de la littérature, on devine aisément qu'elle tient en fait à leur choix de définition du jargon, plus stricte que la moyenne. Leur conclusion est "lexicalement" juste, mais l'intérêt n'est pas d'en débattre. En revanche, fait plus intéressant, les auteurs semblent sous entendre que tous nos patients maîtrisent les termes "cancer" et "paracétamol", et ne s'attardent pas sur la question.

Ce parti-pris implicite est je crois symptomatique du phénomène dont je parlais en introduction : il semble difficile, pour une personne spécialisée dans un domaine, de se souvenir de ce qu'elle savait avant ses études, lorsqu'elle "ne savait pas encore". L'échelle de complexité des termes médicaux est très subjective et il est important d'analyser certains termes courants utilisés aussi bien par les médecins que par les patients. On peut d'ailleurs supposer que ces termes, supposés simples, sont potentiellement sources de moins d'explications. L'analyse des réponses données dans ma thèse pour les termes "fébrile" et "aiguë" illustre je crois au mieux ce propos : pour les médecins, il s'agit d'adjectifs aussi banals que "grand", "épais" ou "douloureux". Ils ne seraient probablement pas considérés

comme du jargon médical par tous les auteurs. Pourtant ils font partie des trois termes les moins connus avec "Pronostic", et sept médecins sur huit ont surestimé, souvent largement, la connaissance que leurs patients en avaient.

Le vocabulaire médical utilisé par les patients

L'étude de Koch-Weser et al.^[38] suggère que les patients introduisent autant de termes médicaux que les médecins, mais pas aux mêmes moments de la consultation médicale. Les termes introduits par les patients le sont plutôt pendant l'histoire de leur maladie, en début de consultation, et correspondent majoritairement à des noms de maladies qu'ils ont pu contracter ou de traitements qu'ils ont pu prendre. Il s'agit donc essentiellement d'évocations d'expériences passées.

Mon étude suggère que l'expérience peut être bénéfique. La meilleure compréhension des termes "antalgique", "fébrile" et "virale" chez les personnes ayant des enfants en témoigne. Mais l'expérience n'est pas toujours source de connaissances fiables^[44]. On citera le témoignage d'une patiente m'expliquant qu'elle n'avait entendu le terme "aiguë" que dans le cadre de deux pancréatites aiguës ayant entraîné le décès de deux de ces proches – la définition devait alors bien avoir un rapport avec la notion de gravité. De même, on peut raisonnablement penser que les participants ayant défini le rachis comme étant la région de la nuque ont pour beaucoup entendu ce terme dans le cadre d'une consultation pour symptômes cervicaux. Citons également cette patiente qui a du faire preuve d'une belle réflexion pour trouver la bonne réponse au delà de son expérience personnelle, et m'expliquait *"Puisqu'on précise parfois rachis cervical, j'imagine bien qu'il doit y en avoir un autre"*.

Cette constatation, couplée à l'analyse des réponses aux questionnaire et pré-questionnaire de cette thèse, tend à montrer une appropriation de certains mots par les patients et le développement de nouvelles définitions consacrées par l'usage et partagées par un groupe d'individus.

L'exemple du mot "fébrile" illustre au mieux cette tendance. Pour les médecins, il désigne la présence de fièvre, et 45,6% des participants ont choisi cette définition. Pour un dictionnaire français, il peut également signifier un état d'excitation - seulement 4,4% des patients semblent avoir mélangé le sens médical et le sens littéraire. Mais pour huit participants au pré-questionnaire sur vingt, et pour 19,1% des participants au

questionnaire, fébrile signifie "qui épuise, rend faible", définition pourtant non académique. Supposons donc qu'une fièvre, ou une maladie, peut exciter comme épuiser, et que chacun s'en fait son avis et s'approprie la définition du terme fébrile.

Cette idée qu'un mot peut véhiculer un sens différent dans l'esprit du public se retrouve par exemple dans l'étude de T.J.Peckham ^[45] qui explorait la différence de vision des patients entre un os cassé et un os fracturé (plus pertinent en anglais peut être, *"Doctor, have I got a fracture or a break?"*) ou la publication de Boyle et al. ^[7] qui prenaient le parti de ne pas centrer leur étude sur les erreurs des patients mais sur la différence de vision entre les médecins et les patients concernant certains termes ou expressions courants comme "avoir bon appétit", "constipation" ou "médicament".

Vers un vocabulaire commun

Les résultats de mon étude ainsi que ceux de la littérature médicale tendent à montrer que même l'utilisation d'un langage courant et partagé par le médecin et son patient n'est pas la garantie d'une bonne compréhension. De plus, il est illusoire de penser pouvoir n'utiliser que des termes de langage courant pour expliquer correctement certaines situations médicales. Il est donc primordial que le médecin et son patient s'entendent sur le sens du vocabulaire utilisé, quelle que soit sa complexité.

H.Nordby ^[3] exprime cette idée en termes de concordance de concepts. Un concept désigne l'idée que quelqu'un se fait d'une chose concrète ou abstraite, qui lui permet de rattacher à cette chose les diverses perceptions qu'il en a, et d'en organiser les connaissances.

Le concept de l'"eau" pour un chimiste n'est pas le même que pour un enfant de dix ans. Pourtant les deux utilisent ce terme, il fait partie de leur vocabulaire. Le chimiste en a une connaissance plus juste et plus poussée. L'enfant n'en a pas forcément une connaissance fausse, mais sa connaissance risque de le tromper dans certaines circonstances. Tous deux pensent peut être savoir ce qu'est de l'eau.

Appliquons ce raisonnement au mot "virus" et appuyons nous sur l'article de Cabral et al. ^[46]. Cette étude proposait d'évaluer la crédibilité de médecins auprès de parents consultants aux urgences pédiatriques pour infections des voies respiratoires de leur enfant.

Ces parents se voyaient souvent répondre "Rien de grave, c'est juste un virus".

Leurs témoignages étaient recueillis. La notion de bénignité implicite du diagnostic troublait certains parents qui avaient entendu parler de méningites à virus. D'autres réfutaient le diagnostic à posteriori, lorsque deux jours plus tard on diagnostiquait une bronchiolite à leur enfant. La crédibilité d'un tel diagnostic était remis en cause par une mère constatant que les médecins lui répondaient la même chose quand bien même son enfant consultait pour des symptômes et maladies manifestement différentes.

Les auteurs précisent que le ressenti des parents dépendait grandement de leur propre vision du diagnostic. Si ils souhaitaient simplement être rassurés et ne pensaient à rien de grave, le diagnostic de "virus" leur plaisait. Dans le cas contraire, ce diagnostic était perçu comme un désinvestissement vis à vis du cas de leur enfant.

On voit dans ces témoignages que les parents essaient d'interpréter le diagnostic du médecin en utilisant leur concept du mot "virus". Il est construit d'expériences passées ou d'informations acquises par différents moyens. Leur représentation du concept reste cependant incomplète voir incorrecte.

Quel rapport avec la gravité ? Combien de maladies peuvent être dues à un virus, et à combien de virus différents ? Un virus est il toujours responsable de maladie ? Quel est le rapport à la fièvre et à la contagion ? Est-ce que "virale" signifie "virus" ? Est-ce un germe ou un microbe, une bactérie ou une infection ? Au final, qu'est-ce qu'un virus ?

Il est difficile pour un médecin d'évaluer quelles informations transmettre pour arriver à faire concorder son concept de "virus" avec celui du patient.

H.Nordby ^[3] part du postulat que la communication n'est pas rompue tant que le patient est prêt à entendre et comprendre la vision du médecin. Il me semble que cette condition est souvent remplie en début de consultation. Il incombe au médecin d'instaurer et de maintenir le climat de confiance qui permettra d'amorcer une bonne communication et une transmission adaptée d'informations.

Si pour parler de rhume il faut parler de virus, si pour définir un virus il faut définir une infection, et si pour expliquer une infection il faut expliquer un microbe, alors prenons le temps...

CONCLUSION

La communication entre médecins et patients est une composante primordiale de la relation de soin. Le médecin diagnostique et prescrit, mais il explique et transmet des informations également. Le patient rentre souvent dans le monde médical avec des questions et devrait en sortir avec une meilleure compréhension de ses problématiques. Une communication réussie passe par un vocabulaire intelligible. L'étude de la compréhension du vocabulaire médical par les patients est donc la première étape vers une utilisation plus pertinente des termes médicaux par les médecins.

La littérature scientifique divise classiquement le vocabulaire médical en deux catégories. Le jargon médical d'une part, langage complexe relevant de connaissances physiopathologiques ou anatomiques particulières, et le langage médical courant ou profane d'autre part, souvent utilisé autant par les médecins que par les patients. C'est ce second vocabulaire "courant" que cette étude se proposait d'étudier. Les publications le concernant sont plus rares, et il ne porte pas intrinsèquement en lui l'évidence qu'il nécessite d'être expliqué lorsqu'on l'emploie.

Les résultats montrent qu'en moyenne, sans explications adaptées, presque la moitié des termes employés risquent de ne pas être correctement compris par nos patients. Certaines inégalités de compréhension existent entre groupes de populations, le facteur étudié entravant le plus cette compréhension étant un niveau scolaire faible. Mais il est important de remarquer que quelle que soit la population étudiée, des termes comme "aiguë", "fébrile" ou "virale" ne sont pas maîtrisés par plus de 50% des patients.

Devant l'impossibilité de prédire à l'avance la compréhension d'un patient donné pour un terme donné, il appartient aux médecins d'appliquer le principe de précaution. Un excès d'explications ne sera jamais préjudiciable. Chaque consultation doit être un défi dont l'enjeu est la satisfaction du patient concernant les informations transmises. Les moyens pour y parvenir impliquent d'autres aspects relationnels et feront appel aux

compétences humaines du médecin mais on touche là à un autre sujet. Le but de cette thèse était d'éclairer les professionnels de santé sur la complexité réelle de ce vocabulaire "courant" et d'engager une réflexion sur les barrières à franchir pour faire correspondre nos concepts médicaux avec ceux du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] P. Quentin de Gromard, « Le langage médical, ce que comprennent les patients », Thèse d'exercice, Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine, 1970-2011, France, 2010.
- [2] L. M. Ong, J. C. de Haes, A. M. Hoos, et F. B. Lammes, « Doctor-patient communication: a review of the literature », *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 40, n° 7, p. 903-918, avr. 1995.
- [3] H. Nordby, « Medical explanations and lay conceptions of disease and illness in doctor-patient interaction », *Theor. Med. Bioeth.*, vol. 29, n° 6, p. 357-370, 2008.
- [4] L. Pratt, A. Seligmann, et G. Reader, « Physicians' Views on the Level of Medical Information Among Patients », *Am. J. Public Health Nations Health*, vol. 47, n° 10, p. 1277-1283, oct. 1957.
- [5] J. Samora, L. Saunders, et R. F. Larson, « Medical Vocabulary Knowledge Among Hospital Patients », *J. Health Hum. Behav.*, vol. 2, n° 2, p. 83-92, 1961.
- [6] J. K. Skipper, D. L. Tagliacozzo, et H. O. Mauksch, « Some Possible Consequences of Limited Communication Between Patients and Hospital Functionaries », *J. Health Hum. Behav.*, vol. 5, n° 1, p. 34-39, 1964.
- [7] C. M. Boyle, « Difference Between Patients' and Doctors' Interpretation of Some Common Medical Terms », *Br. Med. J.*, vol. 2, n° 5704, p. 286-289, mai 1970.
- [8] J. B. McKinlay, « Who is really ignorant--physician or patient? », *J. Health Soc. Behav.*, vol. 16, n° 1, p. 3-11, mars 1975.
- [9] A. Segall et L. W. Roberts, « A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients », *Sociol. Health Illn.*, vol. 2, n° 3, p. 317-334, nov. 1980.
- [10] A. M. Alexander, K. E. Flynn, E. A. Hahn, D. D. Jeffery, F. J. Keefe, B. B. Reeve, W. Schultz, J. B. Reese, R. A. Shelby, et K. P. Weinfurt, « Improving patients' understanding of terms and phrases commonly used in self-reported measures of sexual function », *J. Sex. Med.*, vol. 11, n° 8, p. 1991-1998, août 2014.
- [11] K. L. Kilbridge, G. Fraser, M. Krahn, E. M. Nelson, M. Conaway, R. Bashore, A. Wolf, M. J. Barry, D. A. Gong, R. F. Nease, et A. F. Connors, « Lack of comprehension of common prostate cancer terms in an underserved population », *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 27, n° 12, p. 2015-2021, avr. 2009.
- [12] K. Chapman, C. Abraham, V. Jenkins, et L. Fallowfield, « Lay understanding of terms used in cancer consultations », *Psycho-Oncology*, vol. 12, n° 6, p. 557-566, sept. 2003.
- [13] A. M. Fields, C. S. Freiberg, A. Fickenscher, et K. H. Shelley, « Patients and jargon: are we speaking the same language? », *J. Clin. Anesth.*, vol. 20, n° 5, p. 343-346, août 2008.
- [14] D. S. Wang, A. B. Jani, C. G. Tai, M. Sesay, D. K. Lee, M. Goodman, K. V. Echt, K. E. Kilbridge, et V. A. Master, « Severe lack of comprehension of common prostate health terms among low-income inner-city men », *Cancer*, vol. 119, n° 17, p. 3204-3211, sept. 2013.
- [15] R. L. O'Connell, S. K. Hartridge-Lambert, N. Din, E. R. St John, C. Hitchins, et T. Johnson, « Patients' understanding of medical terminology used in the breast clinic », *Breast Edinb. Scotl.*, vol. 22, n° 5, p. 836-838, oct. 2013.
- [16] U. Q. Babitu et A. M. Cyna, « Patients' understanding of technical terms used during the pre-anaesthetic consultation », *Anaesth. Intensive Care*, vol. 38, n° 2, p.

349-353, mars 2010.

- [17] N. K. Chadha et C. Repanos, « Patients' understanding of words used to describe lumps: a cross-sectional study », *J. Laryngol. Otol.*, vol. 120, n° 2, p. 125-128, févr. 2006.
- [18] R. S. Wiener, M. K. Gould, S. Woloshin, L. M. Schwartz, et J. A. Clark, « What do you mean, a spot?: A qualitative analysis of patients' reactions to discussions with their physicians about pulmonary nodules », *Chest*, vol. 143, n° 3, p. 672-677, mars 2013.
- [19] K. L. Barker, M. Reid, et C. J. Minns Lowe, « What does the language we use about arthritis mean to people who have osteoarthritis? A qualitative study », *Disabil. Rehabil.*, vol. 36, n° 5, p. 367-372, 2014.
- [20] R. Dua, L. Vassiliou, et K. Fan, « Common maxillofacial terminology: do our patients understand what we say? », *Surg. J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel.*, vol. 13, n° 1, p. 1-4, févr. 2015.
- [21] J. Hadlow et M. Pitts, « The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients », *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 32, n° 2, p. 193-196, 1991.
- [22] E. B. Lerner, D. V. Jehle, D. M. Janicke, et R. M. Moscati, « Medical communication: do our patients understand? », *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 18, n° 7, p. 764-766, nov. 2000.
- [23] B. Briem, T. Karlsson, G. Tryggvason, et O. Baldursson, « [Public comprehension of medical terminology.] », *Læknablaðið*, vol. 90, n° 2, p. 111-119, févr. 2004.
- [24] A. C. Papageorgiou, P. R. Croft, S. Ferry, M. I. Jayson, et A. J. Silman, « Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey », *Spine*, vol. 20, n° 17, p. 1889-1894, sept. 1995.
- [25] N. D. Berkman, S. L. Sheridan, K. E. Donahue, D. J. Halpern, et K. Crotty, « Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review », *Ann. Intern. Med.*, vol. 155, n° 2, p. 97-107, juill. 2011.
- [26] S. Douteau, É. Mauviard, V. Merle, H. Lévesque, et B. Macé, *Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade: revue de la littérature*. France, 2015.
- [27] R. A. Pollitt, S. M. Swetter, T. M. Johnson, P. Patil, et A. C. Geller, « Examining the pathways linking lower socioeconomic status and advanced melanoma », *Cancer*, vol. 118, n° 16, p. 4004-4013, août 2012.
- [28] M. G. Katz, T. A. Jacobson, E. Veledar, et S. Kripalani, « Patient Literacy and Question-asking Behavior During the Medical Encounter: A Mixed-methods Analysis », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 22, n° 6, p. 782-786, juin 2007.
- [29] M. L. Clayman, A. U. Pandit, A. R. Bergeron, K. A. Cameron, E. Ross, et M. S. Wolf, « Ask, Understand, Remember: A Brief Measure of Patient Communication Self-Efficacy Within Clinical Encounters », *J. Health Commun.*, vol. 15, n° sup2, p. 72-79, août 2010.
- [30] P. A. Kelly et P. Haidet, « Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities », *Patient Educ. Couns.*, vol. 66, n° 1, p. 119-122, avr. 2007.
- [31] P. Lukoschek, M. Fazzari, et P. Marantz, « Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information », *Patient Educ. Couns.*, vol. 50, n° 2, p. 201-210, juin 2003.
- [32] M.-C. Francino, « Sélection et adaptation d'un test de dépistage de la littératie en santé en médecine générale », Thèse d'exercice, Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine, France, 2011.
- [33] A. Shaw, S. Ibrahim, F. Reid, M. Ussher, et G. Rowlands, « Patients' perspectives

- of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels », *Patient Educ. Couns.*, vol. 75, n° 1, p. 114-120, avr. 2009.
- [34] D. Habeck, H. J. Engel, et W. Münstermann, « [Patient's opinions on doctors' explanations (author's transl)] », *MMW Münch. Med. Wochenschr.*, vol. 119, n° 25, p. 861-864, juin 1977.
- [35] P. Boreham et D. Gibson, « The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation », *Soc. Sci. Med.*, vol. 12, n° 5A, p. 409-416, sept. 1978.
- [36] C. M. Castro, C. Wilson, F. Wang, et D. Schillinger, « Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients », *Am. J. Health Behav.*, vol. 31 Suppl 1, p. S85-95, oct. 2007.
- [37] L. Deuster, S. Christopher, J. Donovan, et M. Farrell, « A Method to Quantify Residents' Jargon Use During Counseling of Standardized Patients About Cancer Screening », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 23, n° 12, p. 1947-1952, déc. 2008.
- [38] S. Koch-Weser, W. Dejong, et R. E. Rudd, « Medical word use in clinical encounters », *Health Expect. Int. J. Public Particip. Health Care Health Policy*, vol. 12, n° 4, p. 371-382, déc. 2009.
- [39] A. Chan et R. K. Woodruff, « Communicating with patients with advanced cancer », *J. Palliat. Care*, vol. 13, n° 3, p. 29-33, 1997.
- [40] « Haute Autorité de Santé - FAIRE DIRE ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612334/fr/faire-dire.
- [41] T. Howard, K. L. Jacobson, et S. Kripalani, « Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication », *J. Health Commun.*, vol. 18, n° 8, p. 991-1001, août 2013.
- [42] R. Y. Bourhis, S. Roth, et G. MacQueen, « Communication in the hospital setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors », *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 28, n° 4, p. 339-346, 1989.
- [43] J. R. Skelton et F. D. Hobbs, « Concordancing: use of language-based research in medical communication », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 353, n° 9147, p. 108-111, janv. 1999.
- [44] A. Kamoun, « Parole et thérapeutique : ce que comprennent nos patients du langage orthodontique », *Orthod. Fr.*, vol. 71, n° 4, p. 372-372, déc. 2000.
- [45] T. J. Peckham, « "Doctor, have I got a fracture or a break"? », *Injury*, vol. 25, n° 4, p. 221-222, mai 1994.
- [46] C. Cabral, J. Ingram, A. D. Hay, J. Horwood, et TARGET team, « "They just say everything's a virus"--parent's judgment of the credibility of clinician communication in primary care consultations for respiratory tract infections in children: a qualitative study », *Patient Educ. Couns.*, vol. 95, n° 2, p. 248-253, mai 2014.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THÈSE	34
ANNEXE 2 : PRÉ-QUESTIONNAIRE	36
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ANNEXE ADRESSÉ AUX MÉDECINS.....	39
ANNEXE 4 : JUSTIFICATION DES CRITÈRES D'EXCLUSION.....	41
Exclusion des personnes à langue maternelle autre que le français	
ANNEXE 5 : JUSTIFICATION DES CRITÈRES D'EXCLUSION.....	42
Exclusion des personnes travaillant dans le secteur de la santé	

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THÈSE

QUESTIONNAIRE - VOCABULAIRE MEDICAL

Bonjour, et merci d'avoir accepté de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui servira de base à ma thèse en médecine générale.
Son but est d'améliorer la communication des médecins avec leurs patients. Les réponses sont bien sûr anonymes.

Vous concernant :

Age : Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Profession :

Niveau scolaire : ☐ Sans diplôme ☐ Brevet des collèges ☐ CAP ou BEP
 ☐ Baccalauréat ☐ Bac +2 et plus

Avez vous des enfants ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes vous porteur d'une maladie qui nécessite de prendre des médicaments régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non

Le français est-il votre langue maternelle ? ☐ Oui ☐ Non

Cette étude vous propose de trouver la définition de 10 mots médicaux

Pour chaque mot, vous avez le choix entre 4 propositions.

Merci de **cocher une seule case**.

Si besoin, n'hésitez pas à cocher la case « Je ne sais pas » plutôt que de répondre au hasard : l'étude n'aura que plus de valeur.

Un médicament ANTALGIQUE est un médicament :

☐ Contre les allergies ☐ Qui calme la douleur ☐ Je ne sais pas
☐ Qui diminue la fièvre ☐ Contre le stress

Une maladie AIGÛE est une maladie :

☐ De courte durée, qui évolue vite ☐ Grave, difficilement soignable ☐ Je ne sais pas
☐ Douloureuse, voire handicapante ☐ Précise, très localisée

Un problème GASTRIQUE correspond à :

☐ Des gaz douloureux dans l'intestin ☐ Une diarrhée ou une constipation ☐ Je ne sais pas
☐ Un souci d'estomac ☐ Une difficulté à avaler

Une INFECTION correspond toujours à :

☐ Un microbe qui envahit une partie du corps ☐ La présence de pus quelque part ☐ Je ne sais pas
☐ Une maladie avec de la fièvre ☐ Une maladie contagieuse

Une PATHOLOGIE désigne :

☐ Un symptôme ☐ Un organe ☐ Je ne sais pas
☐ Un dosage de médicament ☐ Une maladie



Merci de tourner la page

QUESTIONNAIRE - VOCABULAIRE MEDICAL

Le **RACHIS** désigne :

- ☐ La région de la nuque
- ☐ Les deux os du bassin

- ☐ Un nerf du dos
- ☐ La colonne vertébrale

☐ Je ne sais pas

Un **OEDEME** est :

- ☐ Une accumulation de sang suite à un coup
- ☐ Un gonflement par accumulation d'eau

- ☐ Un caillot qui bloque une cavité
- ☐ Un abcès / Une accumulation de pus

☐ Je ne sais pas

Une maladie **FEBRILE** est une maladie :

- ☐ Accompagnée d'excitation ou d'énervement
- ☐ Qui épuise, qui rend faible

- ☐ Qui est sans gravité
- ☐ Accompagnée de fièvre

☐ Je ne sais pas

Le **PRONOSTIC** d'une maladie désigne :

- ☐ Sa définition exacte
- ☐ Son diagnostic suspecté

- ☐ La prévision de son évolution
- ☐ L'ensemble de ses symptômes

☐ Je ne sais pas

Si une maladie est **VIRALE**, cela veut dire que :

- ☐ Elle touche les voies respiratoires
- ☐ Elle est due à un certain type de microbe

- ☐ Elle n'est pas très grave
- ☐ Elle est très contagieuse

☐ Je ne sais pas

Merci encore d'avoir participé à cette étude !

Si le sujet vous intéresse, vous pouvez m'indiquer ci-dessous votre adresse mail, je vous ferai part des résultats.
Vous pouvez également me joindre pour toute autre question (notamment connaître les réponses aux définitions...) à cette adresse : jargon.medical@gmail.com

Bonne journée,

Florent LE ROI, médecin remplaçant

ANNEXE 2 : PRÉ-QUESTIONNAIRE

- Age :
- Profession :
- Niveau scolaire :
 - Sans diplôme / Brevet des collèges / CAP ou BEP / Baccalauréat / Bac +2 et plus
- Avez vous des enfants ? Oui / Non
- Êtes vous porteur d'une maladie qui nécessite de prendre des médicaments régulièrement ? Oui / Non
- Le français est-il votre langue maternelle ? Oui / Non

Voici une liste de mots utilisés par les médecins, pouvez vous en donner une définition brève ? (ou si la définition paraît trop compliquée, essayez d'écrire un ou quelques mots qui vous semblent être en lien avec le terme concerné)

Nausées :

Médicament Antalgique :

Infection :

Collyre :

Maladie Aiguë :

Rhume :

Selles :

Posologie :

Fébrile :

Quel médicament contient du **Paracétamol** : Ibuprofène, Doliprane, Augmentin, Aspirine ?

Sinus :

Angine :

Fièvre :

Effets secondaires d'un médicament :

Antécédents :

Expectorer :

Congestion :

Fécal :

Antibiotique :

Pharynx :

Flore intestinale :

Microbe :

Traitement Symptomatique :

Bronchite :

Oedème :

Viral :

Cutané :

Pathologie :

Muqueuse :

(Problème de) Transit :

Ganglion :

Gastrique :

Globules blancs :

Spasmes intestinaux :

Traitement Anxiolytique :

Hépatique :

Bénin :

Pronostic :

Éruption :

Ballonnements :

Pneumonie :

Sphère ORL :

Ulcère :

Rhinite :

Rachis :

Grippe :

Quels médicaments sont **anti-inflammatoires** : Doliprane, Ibuprofène, Augmentin, Paracétamol, Dafalgan, Advil ?

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ANNEXE ADRESSÉ AUX MÉDECINS

VOCABULAIRE MEDICAL - QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je souhaite étudier la compréhension du vocabulaire médical par les patients.

Certains mots médicaux peuvent être considérés comme «simples et courants» par les médecins.

Le sont-ils réellement pour les patients ?

J'ai réalisé un pré-questionnaire à réponse libre de 47 mots, distribué dans mon entourage.

Les 10 mots les plus pertinents ont été repris dans le questionnaire final, sous forme de QCM (les propositions fausses étant bien sûr extraites du pré questionnaire). Il sera distribué en salles d'attente de cabinets de médecine générale.

A titre d'information complémentaire, je souhaiterais avoir une estimation par les médecins du taux de bonnes réponses des patients de leurs cabinets.

D'après vous, pour chacun de ces 10 mots, quel pourcentage de votre patientèle va trouver la bonne réponse ?

Vous trouverez ci dessous les mots étudiés, et les 4 propositions suggérées. La bonne réponse est soulignée.
Devant chaque mot se trouve une case. Merci d'y inscrire un chiffre, correspondant au pourcentage estimé de bonnes réponses parmi les patients de votre salle d'attente (donc pas forcément vos patients, si cabinet de groupe).

Enfin et surtout, merci beaucoup d'avoir accepté de distribuer le questionnaire patient dans votre cabinet.

Si les résultats ou le sujet vous intéressent, vous pouvez me contacter à cette adresse : jargon.medical@gmail.com

LE ROI Florent, médecin remplaçant

Merci de noter ici le pourcentage estimé de patients qui répondront juste

Un médicament ANTALGIQUE est un médicament :

Contre les allergies

Qui diminue la fièvre

Qui calme la douleur

Contre le stress

Je ne sais pas

Une maladie AIGÜE est une maladie :

De courte durée, qui évolue vite

Douloureuse, voire handicapante

Grave, difficilement soignable

Précise, très localisée

Je ne sais pas

Un problème GASTRIQUE correspond à :

Des gaz douloureux dans l'intestin

Un souci d'estomac

Une diarrhée ou une constipation

Une difficulté à avaler

Je ne sais pas

Une INFECTION correspond toujours à :

Un microbe qui envahit une partie du corps

Une maladie avec de la fièvre

La présence de pus quelque part

Une maladie contagieuse

Je ne sais pas



Merci de tourner la page

VOCABULAIRE MEDICAL - QUESTIONNAIRE AUX MEDECINS

	Une <u>PATHOLOGIE</u> désigne : Un symptôme Un dosage de médicament	Un organe <u>Une maladie</u>	Je ne sais pas
	Le <u>RACHIS</u> désigne : La région de la nuque Les deux os du bassin	Un nerf du dos <u>La colonne vertébrale</u>	Je ne sais pas
	Un <u>OEDEME</u> est : Une accumulation de sang suite à un coup <u>Un gonflement par accumulation d'eau</u>	Un caillot qui bloque une cavité Un abcès / Une accumulation de pus	Je ne sais pas
	Une maladie <u>FEBRILE</u> est une maladie : Accompagnée d'excitation ou d'énervement Qui épuise, qui rend faible	Qui est sans gravité <u>Accompagnée de fièvre</u>	Je ne sais pas
	Le <u>PRONOSTIC</u> d'une maladie désigne : Sa définition exacte Son diagnostic suspecté	<u>La prévision de son évolution</u> L'ensemble de ses symptômes	Je ne sais pas
	Si une maladie est <u>VIRALE</u>, cela veut dire que : Elle touche les voies respiratoires <u>Elle est due à un certain type de microbe</u>	Elle n'est pas très grave Elle est très contagieuse	Je ne sais pas

ANNEXE 4 : JUSTIFICATION DES CRITÈRES D'EXCLUSION

Exclusion des personnes à **langue maternelle autre que le français**

Réponses JUSTES en % : Statistiques effectuées sur l'ensemble des 3 cabinets

	Antalg.	Aigue	Gastriq	Infecti.	Patholo	Rachis	Oedem	Febrile	Pronost	Virale	TOTAL
Français (362)	80,7	25,4	69,6	66	59,1	41,2	49,2	45,6	33,2	37,6	50,7
Non français (36)	58,3	13,9	63,9	61,1	50	30,6	27,8	55,6	41,7	55,6	45,8

Différence statistiquement significative pour : Antalgique (p = 0.0018), Oedème (p = 0.0142), et Virale (p = 0.035, Yates 0.0537)

Réponses JUSTES en % : Statistiques effectuées sur l'ensemble des 3 cabinets, ne concernant que les personnes au **niveau scolaire Bac +2 ou plus**

	Antalg.	Aigue	Gastriq	Infecti.	Patholo	Rachis	Oedem	Febrile	Pronost	Virale	TOTAL
Français (165)	85,4	30,3	79,4	73,9	70,9	37,6	48,5	52,1	50,3	40	57,2
Non français (19)	63,2	15,8	73,7	57,9	73,7	31,6	21,1	68,4	63,2	52,6	52,1

Différence statistiquement significative pour : Oedème (p = 0.023)

Pour Antalgique, les effectifs sont trop réduits pour conclure avec le test du Chi-2 (p = 0.0139). Mais test de Fischer très significatif (p = 0,0044).

Il semble donc exister une grande différence de connaissance pour le mot le mieux compris d'après les 362 questionnaires retenus : Antalgique.

De plus, pour le mot Gastrique, la définition "Une difficulté à avaler" a été choisie par

- 0/362 patients dans le groupe "Français langue maternelle" (0%)

- 2/36 patients dans le groupe "Français non langue maternelle" (5,6%)

Soit une différence significative d'après le test de Fischer (p = 0,0088).

Ceci rejoint les résultats du pré-questionnaire, dans lequel la définition "Infection du rein" avait été proposée pour "Rhinite" par un patient étranger à bonne culture générale et bonne maîtrise globale du français, faisant suspecter certains biais propres au critère "Français non langue maternelle".

ANNEXE 5 : JUSTIFICATION DES CRITÈRES D'EXCLUSION

Exclusion des personnes **travaillant dans le secteur de la santé**

Réponses JUSTES en % : Statistiques effectuées sur l'ensemble des 3 cabinets

	Antalg.	Aigue	Gastriq	Infecti.	Patholo	Rachis	Oedem	Febrile	Pronost	Virale	TOTAL
Non Secteur Santé (362)	80,7	25,4	69,6	66	59,1	41,2	49,2	45,6	33,2	37,6	50,7
Secteur Santé (36)	91,7	69,4	88,9	69,4	86,1	86,1	86,1	80,6	75	55,6	78,9

Différence statistiquement significative pour : Aiguë ($p = 3.1964E-8$), Gastrique ($p = 0.0147$), Pathologie ($p = 0.0014$), Rachis ($p = 2.3663E-7$), Oedème ($p = 2.307E-5$), Fébrile ($p = 6.228E-5$), Pronostic ($p = 6.978E-7$), Virale ($p = 0.035$, Yates 0.0537)

Réponses JUSTES en % : Statistiques effectuées sur l'ensemble des 3 cabinets, ne concernant que les personnes au niveau scolaire Bac +2 ou plus

	Antalg.	Aigue	Gastriq	Infecti.	Patholo	Rachis	Oedem	Febrile	Pronost	Virale	TOTAL
Non Secteur Santé (165)	85,5	30,3	79,4	73,9	70,9	37,6	48,5	52,1	50,3	40	57,2
Secteur Santé (27)	92,6	81,5	96,3	70,4	100	88,9	96,3	85,2	81,5	63	85,6

Différence statistiquement significative pour : Aiguë ($p = 3.5395E-7$), Pathologie ($p = 0.0012$), Rachis ($p = 6.6778E-7$), Oedème ($p = 3.6335E-6$), Fébrile ($p = 0.0013$), Pronostic ($p = 0.00255$), Virale ($p = 0.02556$)

NB : Pas de meilleure compréhension du terme "Infection" par les professionnels de santé Bac+2, comparés aux Bac+2 en population générale hors secteur santé... complexité du concept ?

Les effectifs sont faibles cependant.

Connaissance de la population générale concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés

Contexte : Une communication efficace entre patients et médecins nécessite l'usage d'un vocabulaire compréhensible par les deux parties. Il est difficile pour un médecin d'estimer la complexité réelle de son vocabulaire.

Objectif : Évaluer la compréhension par les patients de termes médicaux supposés simples.

Matériel : Dix termes médicaux peu spécialisés ont été sélectionnés. Ces termes ont fait l'objet d'un questionnaire à choix multiples, distribué en salles d'attente de trois cabinets de médecine générale de la région Midi-Pyrénées. Pour chaque terme, les patients devaient trouver la définition juste parmi quatre propositions.

Résultats : 362 questionnaires ont été exploités. La moyenne de réponses justes pour l'ensemble des dix termes était de 50,7%. Les moyennes par terme étudié vont de 25,4% pour "aiguë" à 80,7% pour "antalgique". Seuls quatre termes ont été correctement définis par plus de 50% des participants. Le niveau scolaire tendait à être corrélé positivement à la compréhension globale.

Conclusion : Au même titre que le jargon plus complexe, les termes médicaux peu techniques peuvent être incompris ou mal interprétés par les patients. De plus, la nécessité de les expliquer ne tombe pas sous le sens. Il appartient à chaque médecin d'être vigilant et de régulièrement remettre en question la notion de simplicité de son vocabulaire.

Mots clés : vocabulaire médical, jargon médical, terminologie médicale, termes médicaux, compréhension du patient, langage technique, langage courant

General population's knowledge of unspecialized medical terms

Background : An efficient communication between patients and doctors involves the use of a vocabulary that both can understand. It can be difficult for a practitioner to estimate the proper complexity of his vocabulary.

Objective : To assess patients' understanding of some common medical terms.

Methods : Ten unspecialized medical terms were chosen. These terms were included in a multiple-choice questionnaire. The questionnaire was distributed in the waiting room of three general practitioners. For each term, patients were asked to find the correct definition among four proposals.

Results : 362 questionnaires were completed. Mean knowledge score was 50,7%. Mean scores per terms ranged from 25,4% for "accute" to 80,7% for "analgesic". Only four terms were correctly defined by more than 50% of the participants. Educational level tended to be positively correlated with understanding.

Conclusion : As well as complex jargon, less technical lay words can be misunderstood by patients. Yet these terms seem more at risk not to be explained. It is up to each doctor to be cautious and to regularly put into question their speech comprehensibility.

Keywords : medical jargon, medical terms, medical vocabulary, medical terminology, patients' understanding, common health terms, technical language, plain language, lay understanding.