



HAL
open science

Étude de la compréhension du langage médical par les patients se présentant en consultation pré-anesthésique au CHU d'Amiens

Arnaud Léger

► **To cite this version:**

Arnaud Léger. Étude de la compréhension du langage médical par les patients se présentant en consultation pré-anesthésique au CHU d'Amiens. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01411924

HAL Id: dumas-01411924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01411924>

Submitted on 7 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

ANNÉE 2016

N°131

**ÉTUDE DE LA COMPRÉHENSION DU LANGAGE MÉDICAL PAR LES
PATIENTS SE PRÉSENTANT EN CONSULTATION PRÉ-ANESTHÉSIQUE
AU CHU D'AMIENS.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Présentée et soutenue publiquement

Vendredi 30 Septembre 2016

Par

Monsieur Arnaud LÉGER

Né le 1^{er} Octobre 1988 à Ambilly – Haute Savoie

PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

JUGES

Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Monsieur le Docteur Yazine MAHJOUB

Monsieur le Docteur Dominique MONTPELLIER

DIRECTRICE DE THÈSE,

Madame le Docteur Louise BADOUX

*“Celui qui parle une langue que personne ne comprend ne parle pas. Parler signifie parler à
quelqu’un.”*

H.G Gadamer

À mon Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Anesthésie-réanimation)

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Merci pour vos qualités d'enseignant, votre disponibilité et le soutien que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Recevez l'expression de mon profond respect.

À mon Maître,

Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Neurochirurgie)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Je vous remercie pour votre humanisme et votre humilité que j'ai pu apprécier en travaillant au bloc opératoire à vos côtés. Votre regard de chirurgien, partenaire incontournable de l'anesthésiste, aura été très intéressant pour mon travail. Recevez l'expression de mon profond respect.

À mon Maître,

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Merci pour votre accueil et votre disponibilité au sein du département de médecine légale.

Votre regard de spécialiste en droit de la santé restera pour moi très enrichissant. Recevez l'expression de mon profond respect.

À mon Maître,

Monsieur le Docteur Yazine MAHJOUB

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Anesthésie-réanimation, médecine d'urgence

Tu me fais l'honneur de juger mon travail.

Merci pour ton accueil bienveillant au sein du service de réanimation chirurgicale. Merci pour ta patience, ta pédagogie et tes conseils toujours avisés. Reçois l'expression de mon profond respect.

À mon Maître,

Monsieur le Docteur Dominique MONTPELLIER

Praticien Hospitalier

Anesthésie

Membre du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Merci pour votre accueil chaleureux au bloc de neurochirurgie. Vous me faites partager votre expérience en anesthésie et en expertise médicale et je vous en remercie. Vos conseils sont toujours justes et pertinents, j'espère un jour avoir votre sagesse. Recevez l'expression de mon profond respect.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Louise BADOUX

Praticien Hospitalier

Anesthésie-réanimation

*Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.
Merci pour tes qualités de médecin qui m'ont accompagné lors de mes stages d'internat.
Merci pour tes nombreux conseils, ta disponibilité et le temps passé pour améliorer mon travail. Tu m'as guidé tout au long de cette thèse et j'espère m'en être montré digne. Reçois l'expression de mon profond respect.*

REMERCIEMENTS

À mes parents,

Merci d'avoir été là depuis mon premier souffle jusqu'à aujourd'hui. Vous m'avez éduqué avec amour, avez éveillé ma curiosité et mon envie d'apprendre. Vous m'avez appris à persévérer et ne jamais renoncer, deux qualités qui m'ont permis de mener à bien les études que j'ai choisies. Votre soutien a été sans faille, je vous aime.

À ma sœur,

Mon plus grand rêve d'enfant était d'avoir une petite sœur, tu l'as réalisé ! Merci d'exister, d'être qui tu es. J'admire ton caractère et ton intelligence. Tu incarnes la joie de vivre, créative et toujours pétillante. Je te souhaite de réaliser tes rêves et je serai toujours là pour toi. Ton grand frère qui t'aime.

À Mathilde,

Tu es ma confidente, ma meilleure amie, mon amour. Sans toi la vie est morose, ta rencontre a changé mon existence. Tu m'apportes tant de douceur, tu me bonifies et me procures un équilibre. Merci pour ton soutien indéfectible, ta patience, ton calme et ta merveilleuse spontanéité. Une belle aventure nous attend sur un autre continent, elle n'a de sens qu'avec toi. Je t'aime !!!

À mes grand-parents et mon arrière grand-mère,

Mémé Irène, *merci pour tes rissoles, tes merveilles et tes milles feuilles. Tu m'as transmis la passion de la cuisine. L'anesthésie c'est comme la pâtisserie, de la précision et le résultat sera bon !*

Mémé Éliane, *merci pour les matinées dans ta classe, tes longs séjours en Haute-Savoie, tes passages à Lyon. Tu m'as transmis ton goût de la culture et ta passion d'enseigner. Le langage c'est ton domaine, je te dédie cette thèse.*

Pépé Guy, *merci pour les balades à Saint-Georges, les virés au cabanon, les souvenirs de vendanges. Merci pour les caillettes, les oreillettes et les pâtés de tête. J'espère soigner mes patients aussi bien que tu soignes tes arbres.*

Pépé Dédé, *nos longues discussions me manquent. Tu étais curieux de tout, le regard vif et le sourire malicieux. Tu étais un modèle de rigueur au travail, j'espère faire aussi bien tout au long de ma carrière. Arvi pa'.*

Mémé Raymonde, c'est un honneur de t'avoir connu. Ta vie est un exemple de force et de bravoure que je m'efforce de suivre dans les moments difficiles. Tu m'as montré que l'on peut toujours positiver et aller de l'avant. Tu m'as transmis ton amour des autres et de la vie, je t'en remercie.

À mes oncles et tantes,

À Béatrice et Dominique,

Marraine, toujours présente à mes côtés, indéfectible optimiste. J'espère traverser la vie avec autant de force que toi.

Dominique, merci pour tes conseils toujours avisés, ton aide précieuse en Maths quand le niveau grimpeait et pour les petit-déj aveyronnais !

À Jean et Martine,

Jean, tu m'as légué ta passion du terroir. Je n'aurai pu rêver meilleur parrain que toi.

Merci à vous deux pour tous ces bons moments partagés. Des Rapilles à la Guadeloupe en passant par Vesoul, vous m'avez transmis l'amour du voyage.

À Annie et Noël, Denise et Patrick, Josiane et Georges, merci pour le sens aigu de la famille que vous cultivez.

À mes cousins et cousines,

Julia, être ton parrain a été le plus grand honneur de ma vie. Te voir grandir et devenir la belle personne que tu es me remplit de fierté.

Élise, ta sagesse et ta maturité m'impressionnent. Je sais que tu iras loin dans la vie.

Fab, merci pour tous ces moments d'enfance partagés, ces tours de vélo (râteau), ces réalisations de films et ces cinés-McDO. Merci à Amy de former avec toi un nid d'amour qui va permettre à la petite Lucy de s'épanouir.

Sab, Fab, Cécé, Rom, Lolote, Thib, Flo, Youye et Lolo. Merci pour tous ces bons moments partagés à la Côte ou aux Rapilles.

À la famille Oromi,

Michelle et Georges, merci pour la Nouvelle-Calédonie, pour tous ces Noël et ces bons moments passés chez vous.

Sabine et François, merci pour les férias, pour votre accueil toujours si chaleureux.

***Fabrice**, merci pour ces longues soirées guitare saxo chant en bord de Cèze.*

***À Frédérique et Jean-Marc**, un meilleur accueil dans votre famille n'aurait pas été possible. Merci pour votre fille, merci pour les parties de pêche, merci pour toutes ces saveurs. Vous nous gâtez tellement avec Mathilde, je ne sais comment vous remercier. Vous avez l'expérience du métier et vos conseils sont justes et bienveillants. C'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous, à Vic ou à Saint-Pair, des moments de vie inoubliables.*

***À Camille et Alexis**, vous avez su me mettre à l'aise immédiatement par votre accueil chaleureux et spontané. La petite Faustine est pétillante et attachante, à votre image. Merci pour tous ces bons moments en Normandie.*

À mes amis d'enfance,

***Max V, Max R, Rob, Jérem, Nat, Mélanie, Clélia, Jeff, Seb**, pour notre amitié qui a su traverser les années même si nous nous voyons trop rarement.*

À mes amis de Lycée,

***Romain**, pour MaTh.en.jeans, pour les soirées à Lyon et maintenant à Tours. Merci pour ton optimisme sans faille.*

***Thibault**, pour les heures passées à compter les cernes des arbres, pour nos sorties en buggy, pour ton amitié.*

À mes amis de Fac,

***Lambert**, merci pour cette amitié née sur les bancs de la fac, au fond de l'amphi de P2, et qui dure maintenant depuis presque dix ans. Nous avons fait les 400 coups, et bien plus encore. Je ne peux résumer tous les moments passés ensemble, mais sache qu'ils sont pour moi une richesse inestimable.*

***Thibaud**, une rencontre inattendue lors de la course aux places du premier rang. Nous partageons ce même amour de la montagne, j'espère que nous retenterons l'ascension du Mont Blanc pour arriver au sommet ensemble. Ton amitié m'est chère.*

***Choubi**, ma wookiee préférée ! Tu es une fille en or ! La joie de vivre incarnée, toujours partante. Merci pour les super soirées lyonnaises, les weekends à Malissard, les moments à Nantes et tous ceux qui restent encore à venir.*

Clem, ma chieuse préférée ! J'adore te taquiner mais comme dirait quelqu'un que nous connaissons bien, qui aime bien châtie bien ! Merci pour ta spontanéité et ta gentillesse dans les moments difficiles comme dans les bons !

Jib, notre rencontre au WEI a débuté par un « Ta gueule » ce qui laissait présager de la suite... Ce qui se passe au Cambodge reste au Cambodge ! Sache que ton amitié compte énormément pour moi, tu es attentif aux autres et vraiment un chic type !

Gaspard, une rencontre furtive en P1 qui s'est concrétisée au WEI. Ce voyage en Asie nous aura permis de mieux nous connaître. Tu as préféré le soleil du sud pour ton internat mais malgré les kilomètres qui nous séparent c'est toujours le même plaisir de se revoir.

Marion, deux ans plus tard je confirme que l'amitié homme femme existe toujours !

Lara, pour ton soutien et tes précieux conseils qui m'ont permis de réussir cette première année de médecine.

Ombeline et Flo, pour tous ces moments et ces soirées passés ensemble durant l'externat.

Mathilde, Ben Vander, Ben Merret, Élise, Magalie, pour cette année de P1 passée entre la prépa, nos cours et RTH Laennec.

À mes amis d'internat,

Juju, une belle rencontre en coloc dans THE loft de Creil city ! Merci pour cette amitié sans faille, pour toutes nos discussions, le rhum au miel, les virées en C70 cheveux au vent, les repas libanais, et tellement d'autres choses que je ne peux résumer ici...

Otilie, voisine d'en face de THE loft, un peu jalouse je comprends ! Merci pour les œufs brouillés à la moutarde, les folles soirées d'internat, Ault, Bresles et tout le reste. Hibou chou caillou !

Alexis, merci pour ce moment président ! Ce 2^{ème} semestre creillois n'aurait pas été le même sans toi. Merci pour tous ces moments passés autour d'une bière. Triste que notre voisinage se termine mais devenir un grand néphro-réanimateur ne se refuse pas ! Vous formez un très beau couple avec Marion, restez toujours ainsi !

Maryam, comment résumer notre amitié... explosive ! Ces 6 mois de réa étaient intenses mais m'auront permis une belle rencontre ! A bientôt pour un beau voyage au Maroc ! Zid Zid !

Morgane, tu as d'abord été ma chef mais es rapidement devenue une amie. Merci pour ton soutien en stage et tes précieux conseils, tu es un médecin formidable.

La team Creil, Coco, Vito, JB, Quentin, Nadia, Nolwen, et Delphine. *Pour toutes ces soirées endiablées du premier semestre. Des souvenirs (ou pas...) inoubliables !*

François, *merci pour ta sérénité, ton recul sur la vie et tes précieux conseils. Discuter avec toi est toujours enrichissant, merci pour toutes ces conversations passionnantes autour d'un verre ! À bientôt sur Paris ou Amiens.*

Agathe, *la meilleure amie de Mathilde...quelle pression! J'ai finalement rencontré une fille simple et spontanée ! Merci pour ces moments passés au bloc. J'espère que tu m'apprendras un jour à rédiger un certificat de sport !*

Pierre, *j'espère que nous nous retrouverons pour d'autres belles et longues virées à moto ! Plus sérieusement c'est toujours un plaisir de vous retrouver Agathe et toi et de passer du temps ensemble.*

Xiaoli, *merci pour tes fous rires, ta joie de vivre et les mots que tu inventes ! Les moments passés avec toi redonnent toujours le sourire et égailent le quotidien. À bientôt sur les chemins corses !*

Nassim, *merci pour ce bon moment sous une 605 ! Toutes nos discussions sont toujours enrichissantes. J'espère que nous travaillerons un jour ensemble.*

Virginie et Reda, *merci pour tous les bons moments passés avec vous sur Amiens. J'espère vous retrouver pour de nouvelles aventures en montagne.*

À mes Co-internes,

Claire, Marie, Yasmine, Benji, Ilyes, Pierre *pour ces 5 années d'aventures partagées ensemble.*

À Florent Lalisse.

À Jérémie, *merci pour ton écoute et ton soutien en réa et par la suite. Tu es devenu un chef incroyable !*

À Catoche, *tu m'as appris à faire de l'humour sur l'arrêt cardiaque et je t'en remercie !*

Aux plus jeunes, Flo, Anne-So, Pierre-Yves, Chloé, Marie-Anaïs, Alexis, Yahya, *avec qui j'ai passé de bons moments en stage et dans la vie.*

À tous les médecins et les équipes paramédicales que j'ai côtoyés durant mes études et qui m'ont beaucoup appris. Un remerciement particulier aux docteurs :

Serge Duperret, pour m'avoir montré toutes les facettes de cette spécialité, de la technicité à l'éthique. Recevez mon plus profond respect.

Marie Françoise Flori, pour m'avoir enseigné « l'humain ».

Lotfi Akallal, pour m'avoir montré quel anesthésiste je rêve d'être un jour. Pour ta patience, ta justesse, ton tact et ta pédagogie. Travailler à tes côtés aura été une leçon d'humilité.

Gérard Meyer, Jean-Marie Farnos et Estelle Renaud, pour m'avoir si bien accueilli dans votre service. Merci pour votre sens du compagnonnage.

Elie Zogheib, pour m'avoir appris à observer le malade. Le bien du patient est toujours au centre de tes préoccupations, qualité qui fait de toi un grand médecin. Merci de m'accompagner dans mon travail de mémoire.

Mélanie Levrard, pour ta pédagogie et ta passion du métier.

Volker Thiel, pour ta gentillesse et ta prévenance en stage.

À toutes les personnes qui ont permis ce travail,

Au Professeur Hervé Dupont,

Merci pour votre accueil au sein du DES d'anesthésie réanimation de Picardie. J'ai trouvé votre enseignement de grande qualité. Merci pour votre participation aux calculs statistiques de ce travail. Recevez mon plus profond respect.

À Monsieur Meynier, merci pour votre rapidité et votre disponibilité qui a permis d'obtenir le résultat final de ce travail.

À Monsieur Delangue, merci pour votre efficacité dans l'extraction des données informatiques nécessaires à ce travail.

À Monsieur Poirier, merci pour vos conseils en statistiques fondamentales.

Aux secrétaires de CPA, sans vous ce travail n'aurait jamais existé. Spéciale dédicace à Loubna !

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : anesthésie générale

ALR : anesthésie locorégionale

CERAR : Comité d'Éthique pour la Recherche en Anesthésie-Réanimation

CHU : centre hospitalo-universitaire

CMF : chirurgie maxillo-faciale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPA : consultation pré-anesthésique

ECG : électrocardiogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

IDM : infarctus du myocarde

IOT : intubation oro-trachéale

IV : intraveineux

MAR : médecin anesthésiste-réanimateur

ORL : oto-rhino-laryngologie

RGO : reflux gastro-œsophagien

SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

VPA : visite pré-anesthésique

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	18
1.1	Cadre légal de la consultation pré-anesthésique en France : du droit et devoir d'information au concept de consentement libre et éclairé.....	18
1.2	La relation médecin-patient : les effets d'une mauvaise communication	19
1.2.1	La relation médecin-patient	19
1.2.2	Effets d'une mauvaise communication médecin patient.....	20
1.3	À la base de la communication : la compréhension du langage médical.....	21
1.3.1	Histoire et évolution du langage médical.....	21
1.3.2	État des lieux de la compréhension du langage médical par les patients et objectifs de l'étude	21
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES	23
2.1	Schéma de l'étude	23
2.2	Population étudiée	23
2.2.1	Critères d'inclusion	23
2.2.2	Critères de non inclusion.....	23
2.2.3	Critères d'exclusion	23
2.3	Déroulement de l'étude	23
2.4	Recueil des données	24
2.4.1	Formulaire de recueil des données.....	24
2.4.2	Sélection des termes médicaux	24
2.5	Critères de jugements	25
2.5.1	Critère de jugement principal.....	25
2.5.2	Critères de jugements secondaires	26
2.6	Aspects statistiques.....	26
2.7	Considérations éthiques et réglementaires.....	26
3	RESULTATS.....	28
3.1	Inclusion	28
3.2	Caractéristiques de la population	29
3.3	Résultats sur le critère de jugement principal.....	33
3.4	Résultats sur les critères de jugements secondaires	34
4	DISCUSSION	37
4.1	Population de l'étude.....	37

4.2	Discussion du critère de jugement principal et de la compréhension des termes médicaux étudiés	37
4.3	Discussion des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension.....	40
4.4	Faiblesses et biais de l'étude	41
4.5	Apport personnel au sujet	43
4.6	De l'obligation d'informer vers une information personnalisée du patient.....	43
5	CONCLUSION	46
6	ANNEXES	47
7	BIBLIOGRAPHIE.....	56

1 INTRODUCTION

1.1 Cadre légal de la consultation pré-anesthésique en France : du droit et devoir d'information au concept de consentement libre et éclairé

L'examen médical préopératoire représente un temps essentiel dans la prise en charge anesthésique[1]. La visite pré-anesthésique (VPA) la veille de l'intervention chirurgicale a longtemps été la seule évaluation du patient par le médecin anesthésiste. La consultation pré-anesthésique (CPA), réalisée au minimum quarante-huit heures avant l'intervention, a été rendue obligatoire en France par le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou locorégionale[2]. Son intérêt a été confirmé par une étude de *Blanc-Jouvan M et al.* montrant une diminution de la durée d'hospitalisation et du nombre de report d'intervention pour cause médicale[1]. La CPA a pour but de compléter l'évaluation préopératoire chirurgicale, d'informer le patient et de recueillir son consentement libre et éclairé. L'anesthésiste-réanimateur informe directement le patient des risques encourus et répond aux questions qu'il lui pose[3].

Le droit à l'information est un droit fondamental du malade. L'article L. 1111-4 de la loi du 4 mars 2002 précise « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et que ce consentement peut être retiré à tout moment »[4]. Ce droit est renforcé par l'article 3 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, qui impose « dans le cadre de la médecine et de la biologie [...] le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi »[5].

Le devoir d'information est une obligation qui incombe à chaque médecin. Il est fixé par le Code de déontologie médicale et le Code de la santé publique[6,7]. Il est précisé que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas »[8,9]. L'arrêt du 3 juin 2010 de la cour de cassation précise que « l'obligation du médecin d'informer son patient avant de porter atteinte à son corps est fondée sur la sauvegarde de la dignité humaine ». Il relie l'obligation d'information à une obligation légale en rapport avec les articles 16 et 16-3, alinéa 2, du Code civil. Il précise que « le non-respect du devoir d'information [...] cause à celui auquel l'information était légalement due un préjudice [...] sur le fondement de l'article 1382 du Code civil »[10].

Avant l'arrêt de la cour de cassation du 25 février 1997, en cas de litige, il incombait au patient de faire la preuve que l'information ne lui avait pas été délivrée. Depuis « il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation »[11]. Selon l'arrêt de la cour de cassation du 3 juin

2010, le manque d'information est considéré comme étant « une forme de malversation propre qui produit des dommages moraux spécifiques, sujets à compensation »[12].

En France l'information est à la fois un droit fondamental du patient et un devoir du médecin qui doit pouvoir faire la preuve de cette obligation. Un manquement à celle-ci est considéré comme une faute à part entière, même en l'absence de dommage corporel. Cette information a pour but de mener le patient vers un consentement libre et éclairé pour les décisions concernant sa santé.

1.2 La relation médecin-patient : les effets d'une mauvaise communication

1.2.1 La relation médecin-patient

Parmi les relations interhumaines, la relation médecin-patient est l'une des plus complexes[13]. C'est une relation inégale et paradoxale. Elle débute par la demande d'un sujet souffrant, le malade, à un sujet savant, le médecin, et implique une étroite collaboration[14]. La communication entre le médecin et le patient a pour but d'établir une relation de confiance. Elle permet l'échange d'informations et une prise de décision adaptée à la situation ainsi qu'aux choix du patient[15]. Cette relation a le corps pour objet mais passe le plus souvent par la parole, ce qui peut être source de malentendus et d'incompréhensions. Les réflexions sur la relation médecin-malade se sont développées à partir de multiples disciplines comme la psychanalyse, la psychologie sociale et les théories de la communication. Les notions de transfert et de contre-transfert proviennent de la psychanalyse[14]. Le transfert représente l'ensemble des sentiments inconscients ressentis par le patient à l'égard du médecin. Le contre-transfert recouvre les sentiments inconscients du médecin à l'égard du malade[16]. Ces deux phénomènes complexifient la communication entre le médecin et le patient.

La relation médecin-malade a évolué au cours des siècles. *Lee et al.* ont défini cinq types de modèle relationnel selon la part d'influence du médecin ou du malade[17]. Ainsi il existe des variantes allant du modèle paternaliste à celui de consumérisme. Le modèle paternaliste est inspiré de la conception hippocratique selon laquelle le médecin est bienveillant, garant de l'intérêt du patient. Par conséquent, si le médecin considère sa décision bénéfique pour le malade, il peut ne pas tenir compte de l'avis de ce dernier, voire aller à son encontre[18]. À l'inverse, dans le modèle de consumérisme, le patient prend toutes les décisions et le médecin est alors relégué au rôle de prestataire de services sans être réellement impliqué dans le choix de la prise en charge ou du traitement[17].

Depuis les années 1950 et particulièrement au cours des quinze dernières années, une nouvelle approche de la relation médecin-patient dite « centrée sur le patient » émerge[19].

Cette nouvelle approche clinique débouche sur des thérapies relationnelles visant à améliorer la qualité des soins[20]. Dans une méta-analyse de 2013 portant sur 29 essais contrôlés randomisés, *McMillan et al* montrent que cette approche centrée sur le patient influence les indicateurs de santé de ce dernier[19].

Le type de relation médecin-patient et le vécu de chacune des parties conditionnent leur interaction. La communication est au cœur de cette relation et peut-être bénéfique ou néfaste selon sa qualité.

1.2.2 Effets d'une mauvaise communication médecin patient

La communication consiste en l'émission et la transmission d'un message par une personne et sa réception par autrui. C'est un processus fragile d'action et de rétroaction qui permet l'interaction entre deux individus[21]. Elle implique à la fois la parole, communication dite verbale, et la gestuelle, communication dite non verbale. Cette dernière, encore nommée méta-communication, implique entre autre le contact visuel, le placement du corps dans l'espace ou encore le toucher. C'est l'ensemble des mimiques, attitudes, intonations, signaux affectifs qui accompagnent la communication verbale[21,22].

Lors de la communication, des erreurs de codage par l'émetteur et de décodage par le récepteur sont possibles[21]. L'information délivrée par le médecin au patient peut être oubliée ou mal comprise. Les médecins relient fréquemment ce problème à un défaut de compréhension ou de mémorisation de la part du patient. En réalité, la responsabilité d'une mauvaise compréhension est aussi bien imputable à l'émetteur qu'au receveur de l'information[23].

Une information de mauvaise qualité délivrée par le médecin au patient peut altérer la compréhension de sa prise en charge[24,25], diminuer sa satisfaction[26] ou encore induire un défaut d'observance[27,28]. Dans le cadre d'une chirurgie, la combinaison de ces facteurs peut entraîner une augmentation de la douleur postopératoire voire un allongement de la durée de séjour hospitalier[29,30]. Une méta-analyse de *Ong et al* porte sur 21 études évaluant l'impact de la qualité de la communication médecin-malade sur des indicateurs de santé du patient. Dans 16 d'entre elles, les auteurs constataient une amélioration significative de certains indicateurs de santé lorsque la communication et l'information du malade étaient approfondies (diminution de l'anxiété, diminution de la durée des symptômes, meilleur contrôle de l'hypertension artérielle, meilleures cibles d'hémoglobine glyquée, meilleur contrôle de la douleur)[13]. *Schilinger et al* ont confirmé ceci en montrant une amélioration du contrôle glycémique lors de l'optimisation de la communication médecin-malade[31]. Dans une étude menée sur 97 patients bénéficiant d'une chirurgie abdominale, *Egbert et al*

ont montré une diminution significative de la douleur postopératoire, de la consommation de morphiniques et de la durée de séjour hospitalier lorsqu'une information plus détaillée était délivrée en pré et postopératoire[32].

Une mauvaise information influence l'état de santé et le devenir du patient. La communication verbale, à travers le langage, est un point clef de l'interaction médecin-patient et à l'inverse de la communication non verbale, celle-ci est consciente. Elle peut être travaillée et améliorée afin d'obtenir un bénéfice sur la santé du malade. Pour que le patient puisse prendre des décisions appropriées, il est primordial que l'information délivrée soit complète et compréhensible[33].

1.3 À la base de la communication : la compréhension du langage médical

1.3.1 Histoire et évolution du langage médical

Les plus anciennes traces écrites de la médecine remontent à la Grèce antique avec Hippocrate, entre le Vème et le IVème siècle avant J-C. La langue grecque est progressivement abandonnée pour le latin à partir du 1^{er} siècle après J-C. Au moyen-âge, la langue arabe influence à son tour la médecine et nous laisse aujourd'hui l'héritage de certains termes comme « nuque » ou « saphène »[34,35]. Le latin restera longtemps la langue médicale officielle en Occident. En France, ce n'est qu'à partir du XIXème siècle que l'enseignement médical commence à être dispensé en français. En Grande-Bretagne, les médecins rédigent leurs ordonnances en latin jusqu'en 1980.

La médecine est en perpétuelle évolution. Plus elle devient technique, plus le langage qu'elle emploie est précis, abandonnant progressivement les éponymies et les métaphores. Depuis les années 1950, la langue médicale tend à s'uniformiser et de nombreuses nomenclatures internationales voient le jour.

L'évolution de la relation médecin-patient s'oriente vers une attitude participative du malade impliqué dans les décisions de son parcours de soins. Les professionnels de santé adaptent de ce fait leur discours. Ils alternent entre la langue générale et la langue médicale pour comprendre les plaintes du malade et être compris de celui-ci[34–36].

1.3.2 État des lieux de la compréhension du langage médical par les patients et objectifs de l'étude

L'utilisation excessive d'un jargon médical est assimilée à un défaut d'information du malade. La difficulté habituellement rencontrée provient d'une dualité d'objectifs : éclairer le patient, le responsabiliser, l'inciter à la lucidité et à la réflexion mais, dans le même temps, éviter une inquiétude exagérée[37].

Avec l'apparition de nombreuses séries télévisées médicales et l'avènement d'internet, la large diffusion du langage médical laisse imaginer une amélioration de sa compréhension par les patients. Dans la littérature, seule l'étude de *Fields et al* s'intéresse à la compréhension de termes médicaux employés dans le domaine de l'anesthésie. Pour certains mots comme *rien per os* ou *infarctus du myocarde (IDM)* la compréhension ne dépassait pas 32%[38]. Aucune étude portant sur ce thème n'a été réalisée en France.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la compréhension de termes médicaux utilisés couramment en consultation pré-anesthésique. Elle recherche également les facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension inhérents aux patients. Nous émettons l'hypothèse que certains termes médicaux évidents pour les médecins anesthésistes, peu expliqués en consultation, sont en réalité mal compris des patients.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle et monocentrique sous la forme d'un questionnaire auto-déclaratif. Elle s'est déroulée au centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Amiens du 2 Mai au 28 Juillet 2016.

2.2 Population étudiée

2.2.1 Critères d'inclusion

Les patients susceptibles d'être inclus dans l'étude présentaient les critères suivants :

- âgé de plus de 18 ans
- se présentant en consultation pré-anesthésique programmée au CHU d'Amiens

2.2.2 Critères de non inclusion

Les patients non inclus dans l'étude présentaient au moins l'un des critères suivants :

- illettré
- mineur
- ne parlant pas le français
- présentant une démence quelle qu'elle soit
- sous tutelle ou curatelle
- vu dans le cadre d'une consultation pré-anesthésique réalisée en urgence.

2.2.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- un formulaire de recueil de données incomplet ou incorrectement complété
- un formulaire de recueil de données rendu après la consultation pré-anesthésique.

2.3 Déroulement de l'étude

Lorsque les patients se présentaient au secrétariat d'accueil des consultations pré-anesthésiques du CHU d'Amiens, la participation à l'étude leur était proposée par les investigateurs. En cas d'avis favorable, une fiche d'information et de consentement éclairé en double exemplaire ainsi qu'un formulaire de recueil de données (Annexe 1) leurs étaient remis afin d'évaluer leur compréhension de termes médicaux préalablement sélectionnés.

Les règles de remplissage du formulaire, la nécessité de le compléter seul et de le rendre avant la CPA étaient rappelées oralement. Un exemplaire de la fiche d'information et de

consentement éclairé signé par le patient ainsi que le formulaire de recueil de données étaient récupérés par les investigateurs avant la consultation pré-anesthésique. Le deuxième exemplaire de la fiche d'information et de consentement éclairé était conservé par le patient.

2.4 Recueil des données

2.4.1 Formulaire de recueil des données

Le formulaire comprenait deux parties :

- La première recueillait les données démographiques du patient : âge, sexe, langue maternelle, niveau d'études maximal, exercice éventuel d'une profession médicale ou paramédicale, présence d'un proche éventuel dans le domaine médical, antécédents de consultation pré-anesthésique et/ou de chirurgie, type de chirurgie en lien avec la consultation pré-anesthésique, consommation éventuelle de séries télévisées médicales.
- La deuxième était sous la forme de questionnaires à choix multiples. Pour chacun des termes médicaux étudiés, quatre propositions de définition étaient proposées, une seule était exacte. Les définitions ont été établies en langage courant à partir de différents dictionnaires de la langue française (Larousse®, Le Robert®). Pour chaque terme, une réponse « vous n'avez aucune idée de ce dont il s'agit » était proposée.

2.4.2 Sélection des termes médicaux

Dix neuf termes médicaux a priori couramment employés lors des consultations pré-anesthésiques ont été sélectionnés. Une enquête auprès de tous les médecins et internes en anesthésie du CHU d'Amiens a été réalisée via le programme d'enquête *Google forms*TM (Annexe 2). Elle évaluait la fréquence d'emploi et d'explication spontanée de chacun des termes médicaux.

Nous avons sélectionné les dix termes déclarés comme les plus employés par les MAR pour analyser leur compréhension par les patients. Comme le montre la Figure 1, le terme *rachianesthésie* était le cinquième terme le plus employé en CPA. Nous avons cependant préféré étudier le terme *IDM* qui était certes moins employé que *rachianesthésie* (50% des cas contre 71,9% des cas) mais beaucoup moins expliqué spontanément lors de son emploi (25% des cas contre 85,9% des cas).

Au total 64 médecins sur 114 ont répondu à l'enquête, soit 55%.

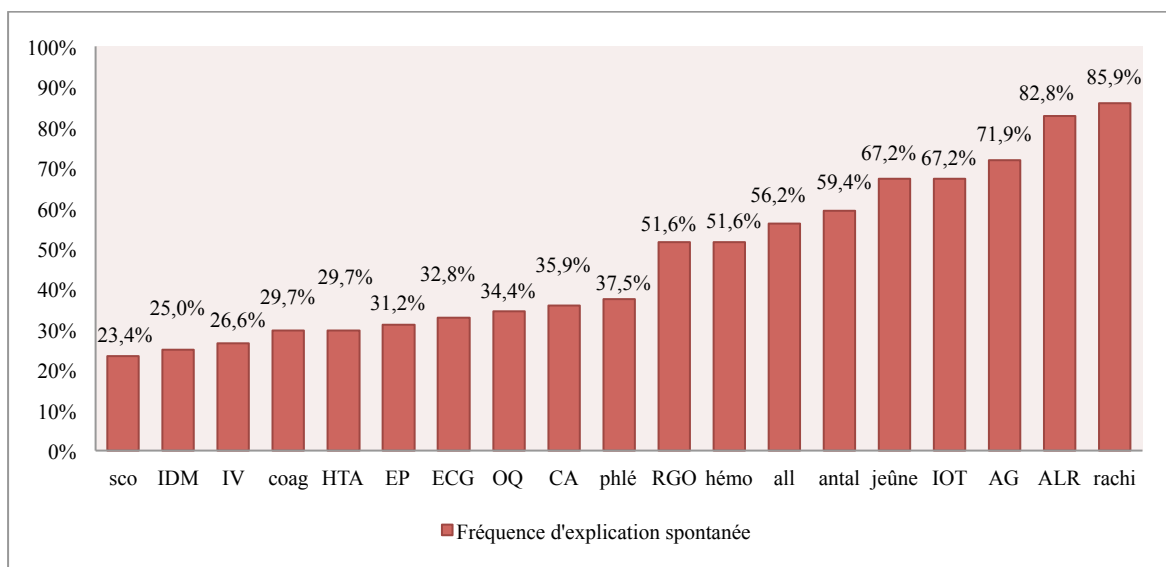
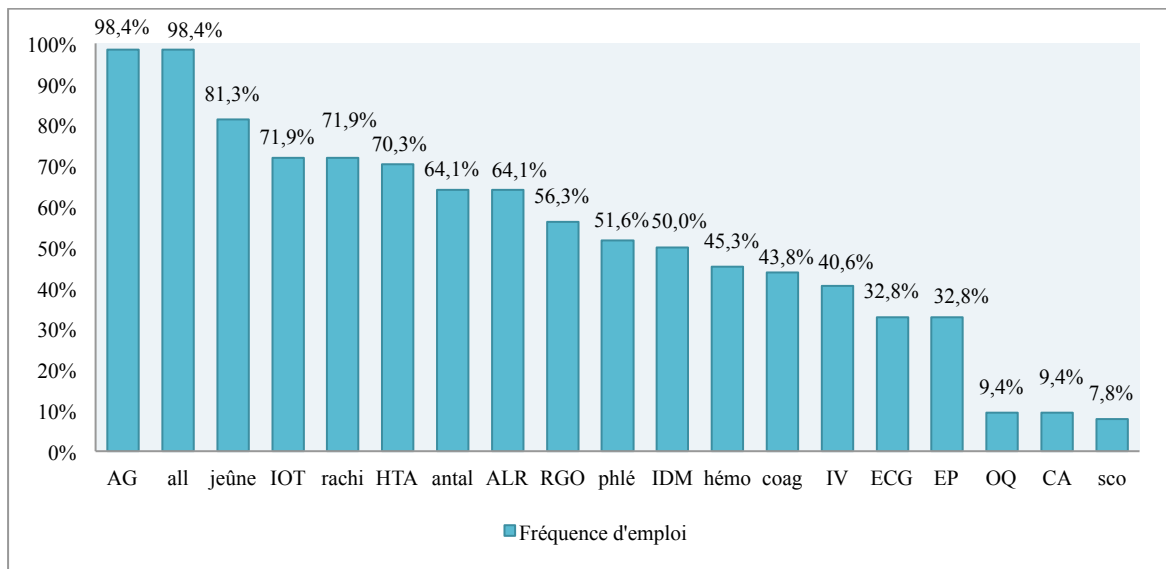


Figure 1. Fréquences d'emploi et d'explication spontanée des termes médicaux employés en CPA par les MAR

AG : anesthésie générale ; **all :** allergie ; **IOT :** intubation orotrachéale ; **rachi :** rachianesthésie ; **HTA :** hypertension artérielle ; **antal :** antalgique ; **ALR :** anesthésie locorégionale ; **RGO :** reflux gastro-œsophagien ; **phlé :** phlébite ; **IDM :** infarctus du myocarde ; **hémo :** hémorragie ; **coag :** coagulation ; **IV :** intraveineux ; **ECG :** électrocardiogramme ; **EP :** embolie pulmonaire ; **OQ :** œdème de Quincke ; **CA :** choc anaphylactique ; **sco :** scoliose.

2.5 Critères de jugements

2.5.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le taux de bonne compréhension globale des dix termes médicaux étudiés.

La compréhension globale était jugée bonne si supérieure ou égale à 80%, équivalent à au moins huit termes sur dix correctement compris.

2.5.2 Critères de jugements secondaires

Les critères de jugements secondaires étaient :

- Un taux de compréhension de 100% des termes étudiés (défini par des réponses exactes aux dix termes étudiés).
- La recherche de facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension des dix termes médicaux (âge, genre, langue maternelle, niveau d'études, exercice d'une profession médicale ou paramédicale, proche exerçant une profession de santé, antécédents de consultation pré-anesthésique et de chirurgie, type de chirurgie en lien avec la consultation pré-anesthésique, consommation de séries télévisées médicales).

2.6 Aspects statistiques

Pour la description des caractéristiques de la population, les variables qualitatives étaient présentées en nombre de patients et en pourcentages.

La cohérence interne du questionnaire a été analysée par l'alpha de Cronbach.

Les variables qualitatives étaient comparées grâce au test X^2 ou au test exact de Fisher dans une régression logistique univariée.

Un test de colinéarité a été réalisé pour les variables dont la valeur de p était inférieure à 0,10. Ces variables ont ensuite été introduites dans une analyse multivariée selon le modèle de régression logistique de Wald, afin de déterminer les facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension globale.

Le seuil de significativité pour les modèles univariés était fixé à 10%, et 5% pour le modèle multivarié.

Le logiciel de statistique utilisé a été IBM SPSS® version 24.0.

2.7 Considérations éthiques et réglementaires

Les investigateurs se sont assurés que cette recherche a été réalisée en conformité avec la loi. Elle ne relevait pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-3. La recherche a été conduite conformément au protocole.

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité d'Éthique pour la Recherche en Anesthésie-Réanimation (CERAR) de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) le 29 Mars 2016, sous la présidence du Professeur J.E Bazin. L'avis a été référencé *IRB 00010254 - 2016 - 009*.

Elle a été déclarée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et a été référencée au sein du registre CNIL du CHU d'Amiens sous la référence

CHU-T66.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, les patients disposent d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent. Pour accéder à ces informations, un correspondant au CHU d'Amiens était cité dans le formulaire. Chaque formulaire de recueil de données ainsi que les deux exemplaires de la fiche d'information et de consentement éclairé comportaient un numéro identique. Cela permet aux investigateurs de retrouver le formulaire correspondant à la fiche d'information conservée par le patient si celui-ci désire retirer les informations le concernant. La durée de conservation de ces données a été fixée à trois ans. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre d'identifier ou de retracer les patients.

3 RESULTATS

3.1 Inclusion

Entre le 2 Mai et le 28 Juillet 2016, 775 questionnaires ont été distribués en salle d'attente de consultation pré-anesthésique du CHU d'Amiens. Au total 617 questionnaires, soit environ 80% des questionnaires remis aux patients, ont été inclus pour l'analyse statistique.

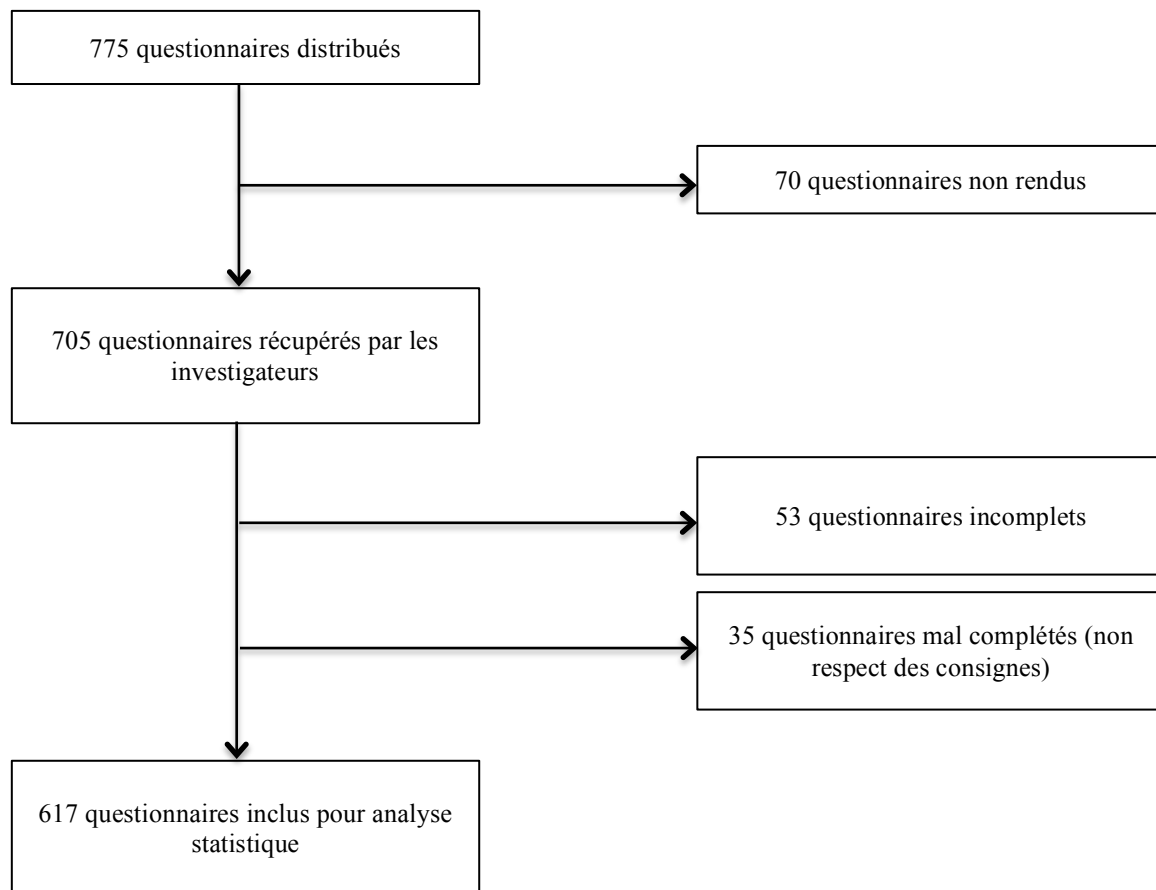


Figure 2. *Diagramme de flux*

3.2 Caractéristiques de la population

Les principales caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau I.

Caractéristiques	Total n=617 (100%)
Âge	
18-30 ans	119 (19,3%)
31-40 ans	111 (18%)
41-50 ans	112 (18,2%)
51-60 ans	94 (15,2%)
61-70 ans	119 (19,3%)
71-80 ans	48 (7,8%)
> 80 ans	14 (2,2%)
Langue maternelle	
Française	605 (98%)
Genre	
Masculin	221 (35,5%)
Féminin	396 (64,5%)
Niveau d'études maximal du patient	
Non scolarisé	2 (0,3%)
École primaire	76 (12,3%)
Brevet des collèges	165 (26,7%)
Baccalauréat	227 (36,8%)
Bac+3	92 (15%)
Bac+5	43 (7%)
Bac+8	7(1,1%)
Non renseigné	5 (0,8%)
Profession	
Professionnels de santé	47 (7,5%)
Autres professions hospitalières	22 (3,5%)
Profession de l'entourage proche	
Profession médicale	88 (14%)
Profession paramédicale	253 (41%)
Antécédents de CPA	
Aucun	114 (18,5%)
1 antécédent	132 (21,4%)
2 antécédents	98 (15,8%)
> 2 antécédents	265 (43%)
Non renseigné	8 (1,3%)
Antécédents de chirurgie	
Aucun	77 (12,5%)
1 antécédent	125 (20,2%)
2 antécédents	114 (18,5%)
> 2 antécédents	300 (48,6%)
Non renseigné	1 (0,2%)
Divers	
Consommation de séries télévisées médicales	251 (40,5%)
Tableau I. Principales caractéristiques de la population étudiée	
Bac+3 : 3 années d'études post baccalauréat ; Bac+5 : 5 années d'études post baccalauréat ; Bac+8 : 8 années d'études post baccalauréat	

La comparaison du nombre d'individus par tranches d'âges selon le sexe est détaillée dans la Figure 3.

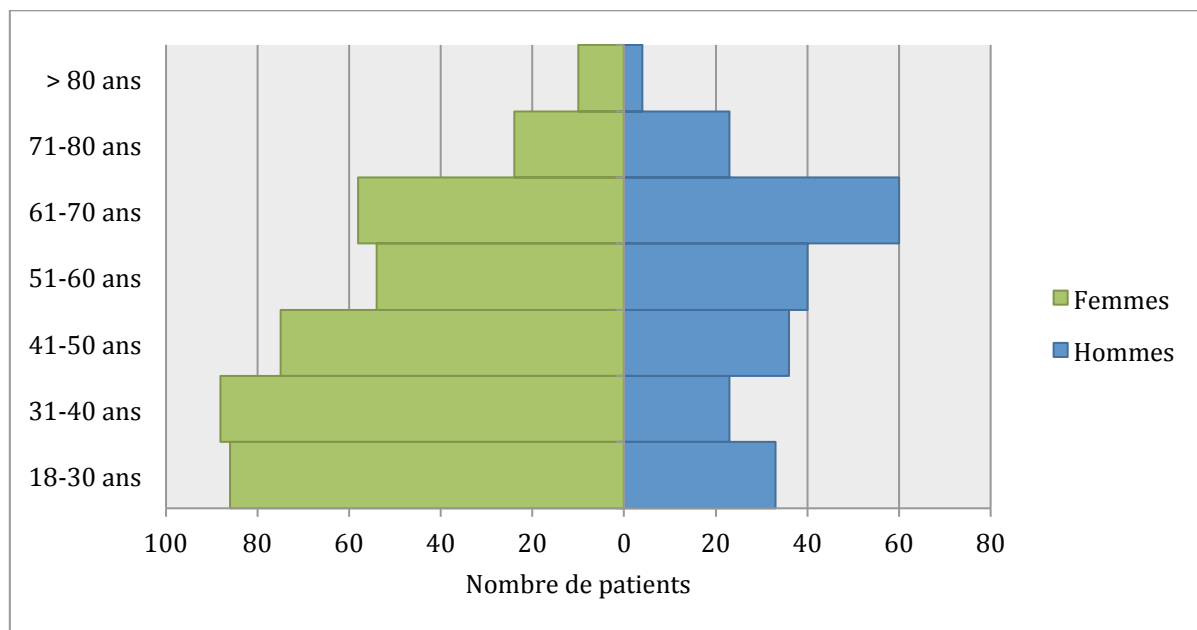


Figure 3. *Pyramide des âges de la population étudiée*

Notre population comportait plus de femmes que d'hommes, notamment dans les tranches d'âges les plus jeunes avec 72,3% de femmes chez les 18-30 ans, 79,3% chez les 31-40 ans et 67,6% chez les 41-50 ans. Cet écart se réduisait ensuite avec 57,4% de femmes chez les 51-60 ans, puis s'inversait avec 49,2% de femmes chez les 61-70 ans. Les 71-80 ans comportaient presque autant de patients de chaque sexe (51% de femmes) et les plus de 80 ans 71,4% de femmes.

Les proportions de chaque type de profession de santé sont détaillées dans la Figure 4. Il en est de même pour les professions hospitalières hors professions de santé dans la Figure 5.

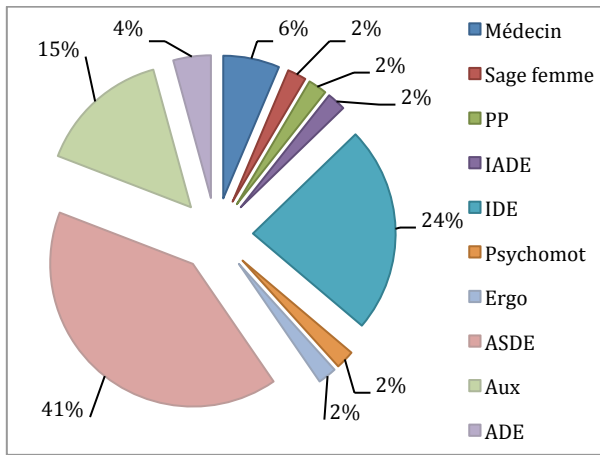


Figure 4. Proportion de chaque type de profession de santé dans la population étudiée

PP : préparateur en pharmacie ; **IADE** : infirmière anesthésiste diplômée d'état ; **IDE** : infirmière diplômée d'état ; **Psycho** : psychomotricien ; **Ergo** : ergothérapeute ; **ASDE** : aide-soignante diplômée d'état ; **Aux** : auxiliaire de vie ; **ADE** : ambulancier diplômé d'état.

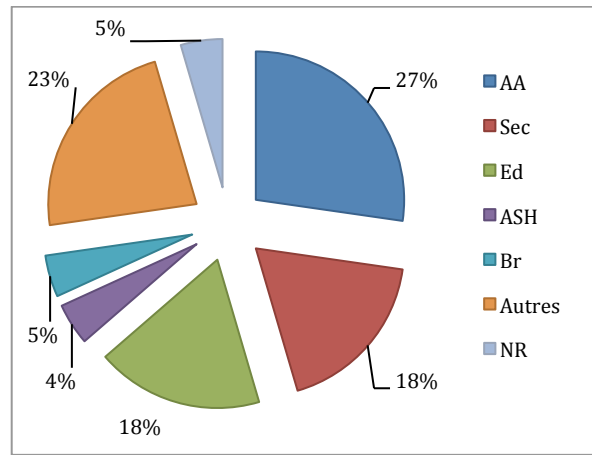


Figure 5. Proportion de chaque type de profession hospitalière hors profession de santé dans la population étudiée

AA : agent administratif ; **Sec** : secrétaire ; **Ed** : éducateur ; **ASH** : agent de service hospitalier ; **Br** : brancardier ; **NR** : non renseigné.

Les proportions de chaque type de chirurgie liée à la CPA sont exposées dans la Figure 6.

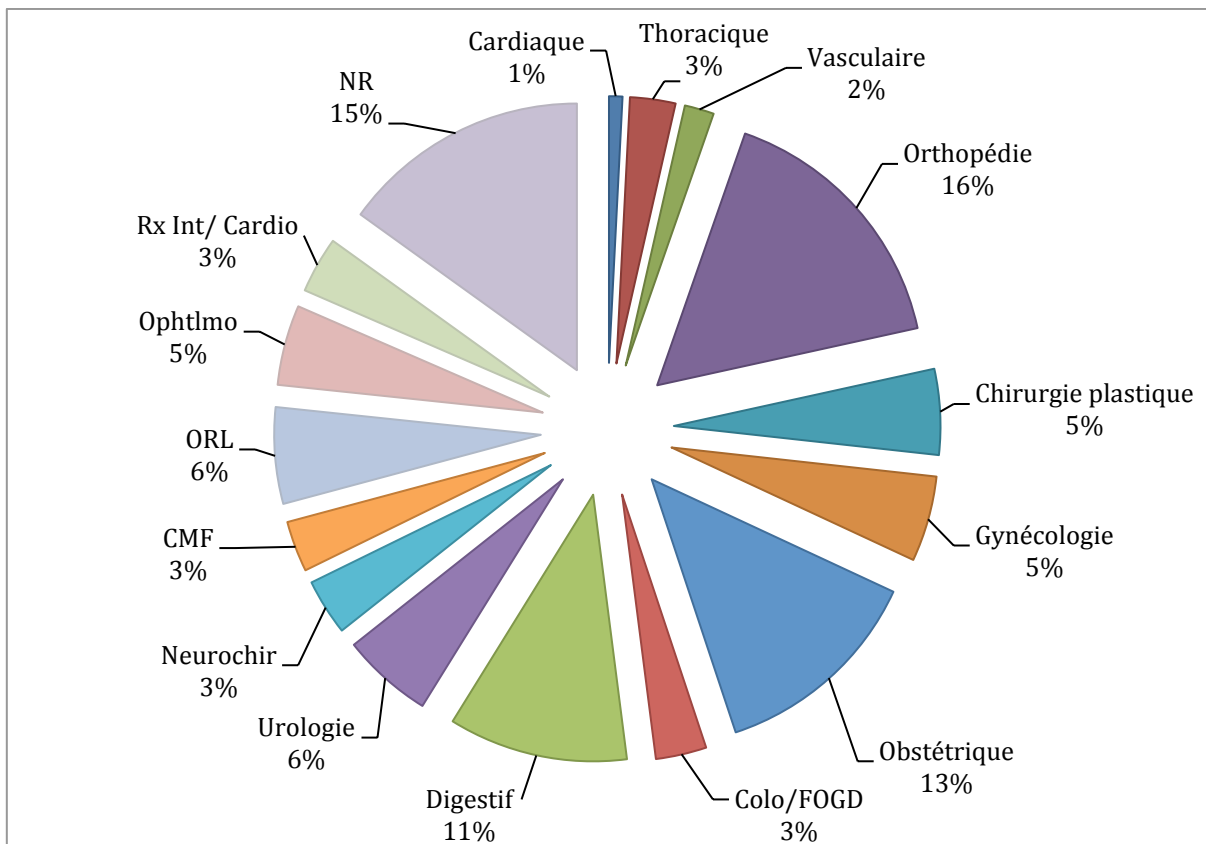


Figure 6. Proportion de chaque type de chirurgie en lien avec la CPA

NR : non renseigné ; **Colo/FOGD** : colonoscopie/fibroscope oeso-gastroduodénale ; **Ophtlmo** : ophtalmologie ; **Rx Int/Cardio** : radiologie/cardiologie interventionnelle.

Les chirurgies les plus représentées étaient la chirurgie orthopédique (16%), l'obstétrique (13%) et la chirurgie digestive (11%). Les moins représentées étaient la chirurgie cardiaque (1%) et la chirurgie vasculaire (2%).

Le niveau d'études des patients en fonction de leur âge est détaillé dans la Figure 7.

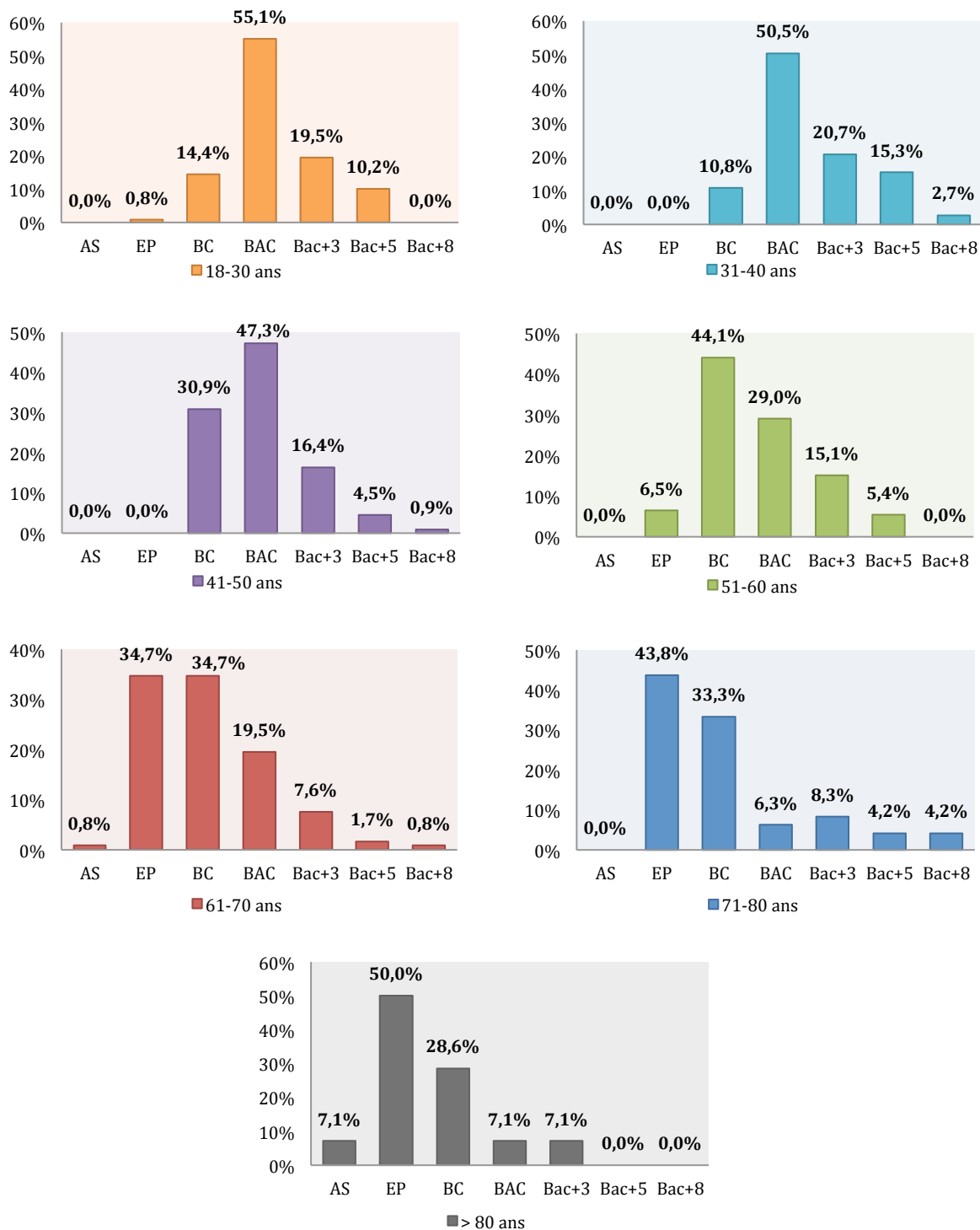


Figure 7. Niveaux d'études en fonction de la tranche d'âges des patients

AS : aucune scolarité ; **EP :** école primaire ; **BC :** brevet des collèges ; **BAC :** baccalauréat ; **BAC+3:** 3 ans d'études post baccalauréat ; **BAC+5:** 5 ans d'études post baccalauréat ; **BAC+8:** 8 ans d'études post baccalauréat.

Le niveau d'études était plus faible pour les patients âgés de plus de 61 ans avec un niveau maximal s'arrêtant à l'école primaire dans 38,1% des cas. À l'inverse, chez les patients de moins de 61 ans, 74,3% avaient un niveau d'études maximal supérieur ou égal au baccalauréat.

Parmi les plus de 71 ans, 21% avaient un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat et 45% avaient étudié jusqu'à l'école primaire.

3.3 Résultats sur le critère de jugement principal

La compréhension globale des termes étudiés était jugée bonne chez 396 patients, soit chez 64,2% de la population étudiée.

L'alpha de Cronbach des dix QCM portant sur les définitions des termes médicaux était de 0,799 indiquant une bonne cohérence interne du questionnaire. Le détail de la compréhension de chacun des termes est représenté dans la Figure 8. Le taux de réponse à chacun des items des QCM est consultable en Annexe 1.

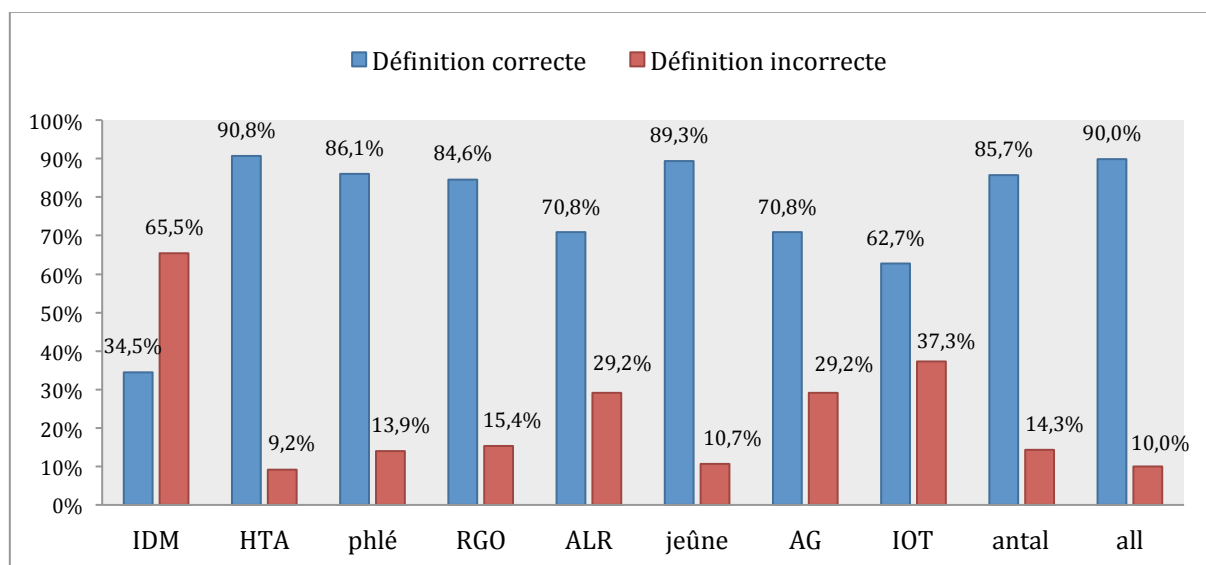


Figure 8. Compréhension des dix termes médicaux étudiés
phlé : phlébite ; **antal** : antalgique ; **all** : allergie

La compréhension moyenne était de 76,5% pour l'ensemble des dix termes étudiés. Ceux qui avaient les taux de compréhension les plus élevés étaient *hypertension artérielle (HTA)*, *allergie*, *jeûne* et *phlébite* avec respectivement 90,8%, 90%, 89,3% et 86,1% de définition correcte.

A l'inverse, ceux qui avaient les taux de compréhension les plus bas étaient *IDM*, *intubation orotrachéale (IOT)*, *anesthésie locorégionale (ALR)* et *anesthésie générale (AG)* avec un taux de définition correcte de respectivement 34,5%, 62,7%, 70,8% et 70,8%. *IDM*

était le seul terme à obtenir une compréhension inférieure à 50%. Dans la population étudiée, 40% des patients pensaient qu'il s'agissait d'un arrêt cardiaque et 15,5% d'entre eux n'avaient aucune idée de sa définition. 23,7% des patients pensaient que l'IOT était une technique d'alimentation entérale. Près de 10% d'entre eux définissaient *ALR* comme un sommeil artificiel plus léger qu'une anesthésie générale et 16,7% n'avaient aucune idée de ce dont il s'agissait. Près de 9% des patients caractérisaient l'*AG* comme étant une réunion entre anesthésiste et chirurgien la veille de l'intervention. Cela représentait un tiers des patients n'ayant pas compris le sens de ce terme.

3.4 Résultats sur les critères de jugements secondaires

Parmi la population totale, 114 patients (18,5%) avaient une compréhension de 100% des termes médicaux étudiés.

Une analyse univariée a été réalisée pour rechercher des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension des termes médicaux étudiés. Les résultats sont résumés dans le tableau II.

Les facteurs significativement associés à une mauvaise compréhension étaient : *un âge supérieur à 71 ans* ($p < 0,0001$) ; *un niveau d'études inférieur au baccalauréat* ($p < 0,0001$) ; *ne pas savoir renseigner le type de chirurgie en lien avec la CPA* ($p < 0,0001$).

Les facteurs significativement associés à une bonne compréhension étaient : *un âge entre 31 et 40 ans* ($p < 0,0001$) ; *un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat* ($p < 0,0001$) ; *un niveau d'études strictement supérieur au baccalauréat* ($p < 0,0001$) ; *être un professionnel de santé* ($p = 0,002$) ; *exercer une profession paramédicale* ($p = 0,007$) ; *avoir un proche exerçant une profession paramédicale* ($p = 0,037$) ; *une CPA en lien avec une chirurgie orthopédique* ($p = 0,075$) ; *une CPA en lien avec une chirurgie plastique* ($p = 0,039$) et *une CPA en lien avec l'obstétrique* ($p = 0,031$).

Variables	Population totale (n = 617)		p Value
	C < 80% n=221 (35,8%)	C ≥ 80% n=396 (64,2%)	
Catégories d'âge			
18-30 ans	44 (19,9%)	75 (18,9%)	0,770
31-40 ans*	23 (10,4%)	88 (22,2%)	<0,001
41-50 ans	37 (16,7%)	75 (18,9%)	0,497
51-60 ans	32 (14,5%)	62 (15,7%)	0,697
61-70 ans	47 (21,3%)	72 (18,2%)	0,352
> 71 ans*	38 (17,2%)	24 (6%)	<0,001
Genre			
Féminin	138 (62,4%)	257 (64,9%)	0,612
Langue maternelle			
Français	214 (96,8%)	391 (98,7%)	0,129
Niveau d'études maximal du patient			
< BAC*	134 (60,6%)	109 (27,5%)	<0,001
≥ BAC*	85 (38,5%)	284 (71,7%)	<0,001
> BAC*	20 (9%)	122 (30,8%)	<0,001
Profession			
Professionnels de santé*	7 (3,2%)	40 (10,1%)	0,002
Professions médicales	0 (0%)	4 (1%)	0,302
Professions paramédicales*	7 (3,2%)	35 (8,8%)	0,007
Autres professions hospitalières	6 (2,7%)	16 (4%)	0,395
Entourage proche			
Médecin	11 (5%)	22 (5,6%)	0,760
IDE	47 (21,3%)	97 (24,5%)	0,363
Autres paramédicaux*	26 (11,8%)	72 (18,2%)	0,037
Antécédents de chirurgie et de CPA			
Aucun antécédent CPA ni de chirurgie	15 (6,6%)	27 (6,8%)	0,988
Antécédent(s) de CPA	181 (81,9%)	322 (81,3%)	0,857
Antécédent(s) de chirurgie	188 (85%)	351 (88,6%)	0,172
Type de chirurgie en lien avec la CPA			
Chirurgie orthopédique*	28 (12,7%)	72 (18,2%)	0,075
Chirurgie plastique*	6 (2,7%)	26 (6,6%)	0,039
Obstétrique*	20 (9%)	60 (15,2%)	0,031
Chirurgie non renseignée*	56 (25,3%)	37 (9,3%)	<0,001
Divers			
Consommation de séries TV médicales	90 (40,7%)	161 (40,7%)	0,987

Tableau II. Analyse univariée recherchant des facteurs de bonne ou de mauvaise compréhension du langage médical chez les patients se présentant en CPA

Les premiers chiffres représentent l'effectif, les valeurs entre parenthèses son pourcentage par rapport au groupe de population auquel il appartient (compréhension < ou ≥ 80%).

C : compréhension ; **Rx/Cardio Int :** radiologie/cardiologie interventionnelle; **TV :** télévisées.

*** variables incluses dans l'analyse multivariée.**

Une analyse multivariée a été réalisée afin de rechercher d'éventuels facteurs prédictifs indépendants de bonne ou de mauvaise compréhension du langage médical, chez les patients se présentant en CPA. Les résultats sont présentés dans le tableau III (c=0,71).

Les facteurs indépendamment associés à une mauvaise compréhension du langage médical étaient : *un âge supérieur à 71 ans* (p=0,010) ; *un niveau d'études inférieur au baccalauréat* (p<0,0001) ; *ne pas savoir renseigner le type de chirurgie en lien avec la CPA* (p<0,0001).

Les facteurs indépendamment associés à une bonne compréhension du langage médical étaient : *un niveau d'études supérieur au baccalauréat* (p=0,002) et *être un professionnel de santé* (p=0,020).

Variables	OR	IC à 95%	P value
31-40 ans	--	--	0,195
> 71ans	2.20	[1.20 - 4.01]	0,010
< BAC	2.51	[1.67 - 3.75]	<0,0001
≥ BAC	--	--	0,942
> BAC	0.41	[0.23 - 0.71]	0,002
Professionnel de santé	0.35	[0.15 - 0.85]	0,020
Profession paramédicale	--	--	0.973
Entourage proche : paramédical	--	--	0.053
Chirurgie orthopédique	--	--	0.104
Chirurgie plastique	--	--	0.125
Obstétrique	--	--	0.362
Chirurgie non renseignée	3.16	[1.94 - 5.15]	<0,0001

Tableau III. Analyse multivariée des facteurs de bonne ou mauvaise compréhension du langage médical chez les patients se présentant en CPA
OR : odds ratio ; **IC** : intervalle de confiance

4 DISCUSSION

4.1 Population de l'étude

Durant la période d'inclusion de notre étude, 4976 patients ont bénéficié d'une CPA. Notre étude porte sur 617 patients, soit 12.4% de la population source. En comparant ces deux groupes de patients (Annexe 3) nous remarquons un biais de sélection pour les patients âgés. En effet, les patients de plus de 71 ans représentent 21,5% de la population source, contre 10 % dans la population étudiée. Ceci est probablement multifactoriel. Tout d'abord les patients âgés présentent plus souvent des troubles sensoriels et praxiques gênant la compréhension des consignes, la lecture et la réponse au questionnaire. Ensuite, la consigne imposant de remplir seul le questionnaire et le manque de temps pour y répondre ont probablement été des facteurs limitants pour cette catégorie de patients. En effet, dans les 35 questionnaires exclus de l'analyse statistique pour non-respect des consignes, 40% des patients ont plus de 71 ans. De même, dans ceux exclus car incomplets, 24,5% ont plus de 71 ans.

Nous avons comparé, à l'aide de documents de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), le niveau d'études de la population étudiée à celui de la population française en 2015. La population de notre étude apparaît plus diplômée avec une possession de diplôme supérieur ou égal au baccalauréat de 59,8% contre 49,6% dans la population française (Annexe 4)[39].

4.2 Discussion du critère de jugement principal et de la compréhension des termes médicaux étudiés

Dans notre étude, le taux de compréhension moyenne des termes médicaux est de 76,5%. Parmi les patients, 64,2% ont une bonne compréhension globale ($\geq 80\%$ des termes) et seuls 18,5% comprennent 100% des mots étudiés. Ces résultats peuvent être jugés plutôt satisfaisants en comparaison de deux autres études similaires qui obtenaient une compréhension moyenne de 55% des mots sur des échantillons de 214 patients chacune[40,41]. *Pieterse et al* évaluaient quant à eux à 2,2% le taux de compréhension de 100% des termes médicaux d'oncologie qu'ils étudiaient[42].

En 1941, *Romano* a été le premier auteur à s'intéresser à la compréhension du langage médical par les patients[43]. Plus d'une quinzaine d'études ont par la suite été publiées sur ce thème. [38,40–54]. En étudiant cette littérature, nous constatons une tendance à l'amélioration de la compréhension du langage médical par les patients au cours du temps. En 1941, *Romano* révélait un taux de compréhension moyenne de $30 \pm 12\%$ des 60 termes médicaux qu'il

étudiait auprès de 25 patients[43]. En 1961, *Samora et al* rapportaient quant à eux un taux de 52,3% lors de l'étude de 12 termes chez 125 patients. La compréhension de ces 12 mêmes termes a été à nouveau étudiée en 1980 par *Segall et al*, auprès de 231 patients. Les auteurs trouvaient cette fois un taux de compréhension moyenne de 75,8%. Il est cependant important de souligner la différence de méthodologie entre ces deux dernières études. En effet, *Samora et al* interrogeaient des patients hospitalisés alors que dans l'étude de *Segall et al* les malades répondaient au questionnaire à leur domicile[45,48].

Dans notre étude, le terme le moins bien défini par les patients est celui d'*IDM* avec 65,5% de mauvaise compréhension. Ce résultat est similaire à ceux publiés dans la littérature. *Lerner et al* ont retrouvé 74% de mauvais appariements entre le terme *IDM* et un terme de même sens du langage général. *Fields et al* ont révélé une mauvaise définition du terme *IDM* dans 67,7% des cas[38,51]. Parmi les patients de notre étude ayant mal défini ce terme, 61% pensent qu'il s'agit d'un arrêt cardiaque. Il est important de souligner ici que 50% des MAR ayant participé à notre enquête déclarent utiliser fréquemment le terme *IDM* en CPA mais que seulement 25% l'expliquent spontanément (Figure 1). Pourtant la connaissance par le MAR d'un antécédent d'*IDM* est primordiale et peut modifier la prise en charge anesthésique du patient[55].

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit comme facteur de risque cardiovasculaire un âge supérieur à 50 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes[56]. Or, nous mettons en évidence que 58,1% des hommes de plus de 50 ans et 24,5% des femmes de plus de 60 ans ne comprennent pas le terme *IDM* dans notre étude (Annexe 5). Il est intéressant de noter que les individus les plus à risque de présenter un *IDM* connaissent mal sa définition. Pourtant les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité en France depuis 2013 et les campagnes de prévention sont de plus en plus fréquentes[57].

Le deuxième terme le moins bien défini par les patients de notre étude est celui d'*IOT* avec 37,3% de mauvaise compréhension. Des données similaires dans la littérature rapportent un taux de mauvaise compréhension de ce terme de 39,6%[38]. Lors des CPA, 72% des MAR ayant répondu à notre enquête déclarent employer fréquemment ce terme et 67% l'expliquer spontanément (Figure 1). Ce terme est probablement mal compris dans une proportion non négligeable de CPA. Pourtant l'*IOT* est un geste d'anesthésie fréquent et comportant des risques qui devraient être expliqués systématiquement aux patients[3].

Les termes *ALR* et *AG* arrivent en troisième position des termes les moins bien définis par les patients de notre population avec 29,2% de mauvaise compréhension. Cette valeur est plus élevée que dans l'étude de *Fields et al* qui a révélé un taux de 18,7% pour ces mêmes

termes[38]. De plus, parmi les patients de notre étude consultant pour une chirurgie orthopédique, 21% ne comprennent pas le terme *ALR* et 24% définissent mal le terme *AG* (Annexe 6). Dans notre enquête, 17,2% des MAR déclarent ne pas expliquer spontanément le terme *ALR* et 28,1% le terme *AG* (Figure 1). Or, le patient a le droit d'opter pour l'une ou l'autre de ces deux techniques si le type de chirurgie prévue et si ses antécédents le permettent, particulièrement en chirurgie orthopédique où l'*ALR* est très utilisée[37,58]. Il semble donc difficile au patient de faire un choix éclairé s'il ne comprend pas la signification de ces techniques.

Les termes *HTA*, *phlébite* et *RGO* obtiennent une bonne compréhension par respectivement 90,8%, 81,6% et 84,6% des patients de notre étude. Ils sont expliqués spontanément à ces derniers par 29,7%, 37,5% et 51,6% des MAR (Figure 1). Malgré une compréhension élevée de ces termes, nous constatons qu'elle n'atteint jamais 100%. Il apparait de ce fait primordial que le MAR ne suppose pas, mais vérifie que chacun de ses patients perçoit clairement le langage médical employé lors de la CPA.

La perception du niveau de compréhension des patients par les médecins n'est pas toujours réaliste. Plusieurs études étayaient cette affirmation. En 1957, *Pratt et al* ont montré que plus de 50% des médecins mésestimaient la compréhension des patients avec un écart de 23% par rapport à la compréhension réelle de ces derniers[40]. *Segall et al* ont confirmé cette tendance avec seulement 47,1% des médecins de leur étude qui émettaient une estimation correcte du niveau de compréhension des patients[48]. Plus récemment, *Leblanc et al* ont comparé la connaissance réelle du langage médical par les patients à celle que leurs prêtres des étudiants en médecine de 4^{ème} année. Pour des termes comme *tumeur* ou *palliatif*, les étudiants estimaient la compréhension des patients à respectivement 80% et 28% alors que la littérature rapporte des taux réels de 46,4% et 8%[59]. Ces trois études mettent en évidence que les médecins évaluent mal la compréhension du langage médical par les patients.

En 1975, *McKinlay et al* révélaient que les médecins utilisaient souvent des termes dont ils pensaient la compréhension mauvaise[47]. Nous pensons que les pratiques ont évolué depuis. D'après notre étude, les termes médicaux les plus employés en CPA par les MAR sont pour la plupart expliqués spontanément (Figure 1). Même si nous n'avons pas demandé aux MAR d'estimer la compréhension des patients, ces résultats nous laissent penser que les médecins sont de plus en plus attentifs à la bonne compréhension des malades.

Afin d'être compris en consultation, le médecin procède à un double exercice. Il évalue d'abord la capacité du patient à comprendre le langage médical. Il adapte ensuite son discours à celle-ci afin d'être le plus clair possible. Il peut donc faire des erreurs sur ces deux

points : ne pas savoir expliquer certains termes de manière limpide ou encore mal évaluer le degré de compréhension du patient. Dans une étude expérimentale, *Jucks et al* ont étudié les facteurs qui influencent l'évaluation par le médecin du niveau de compréhension du patient. Quand le malade employait un langage médical, le médecin pensait que ce dernier avait des connaissances avérées en médecine, même si le patient lui indiquait explicitement le contraire. Lorsque le patient employait un vocabulaire pauvre, le médecin s'inquiétait davantage de l'intelligibilité de ses propos[60]. Cependant, il est tout à fait possible d'employer des termes techniques sans en comprendre précisément le sens. À notre époque, l'accès au langage médical est simplifié via les médias et internet. Cela ne semble pas améliorer sa compréhension. En effet, dans notre étude nous avons montré que la consommation de séries télévisées médicales ne modifie pas la compréhension globale des malades.

4.3 Discussion des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension

En analyse multivariée nous avons montré qu'un *âge supérieur à 71 ans* est significativement prédictif d'une mauvaise compréhension du langage médical. Ce résultat n'est pas retrouvé dans de précédentes études[51,61].

Nous avons mis en évidence dans notre population qu'un *niveau d'études inférieur au baccalauréat* est prédictif d'une mauvaise compréhension des termes médicaux. Ce résultat confirme celui d'études précédentes[44,62]. L'inverse est également vrai puisqu'un *niveau d'études supérieur au baccalauréat* prédit dans notre travail d'une bonne compréhension du langage médical. Deux études précédentes ont les mêmes résultats[40,41]. Abondant dans notre sens, *Fields et al* retrouvent en CPA une meilleure compréhension des termes médicaux par les patients diplômés d'études supérieures en comparaison de ceux ayant un niveau d'études équivalent au baccalauréat[38]. De même, *Briem et al.* recueillent un bas niveau de compréhension chez les patients les moins diplômés et 100% de compréhension chez les patients diplômés d'études supérieures[61].

Dans notre étude, *la méconnaissance par le patient de la chirurgie en lien avec la CPA* est un facteur indépendant de mauvaise compréhension. À notre connaissance, ce facteur n'a jamais été étudié dans la littérature. Afin de juger sa significativité, nous avons envisagé la possibilité que les patients n'aient pas pu renseigner cet item par manque de temps. Si tel avait été le cas, ils n'auraient probablement pas complété les QCM qui suivent et en conséquence leur questionnaire aurait été exclu de l'analyse statistique. Nous pensons donc que les patients n'ayant pas répondu à cette question n'ont réellement pas connaissance du type de chirurgie dont ils vont bénéficier.

Nous avons mis en évidence *qu'être un professionnel de santé* est significativement prédictif d'une bonne compréhension du langage médical. D'autres études retrouvent des résultats similaires[46,49].

Certains types de chirurgie en lien avec la CPA comme la *chirurgie orthopédique, plastique, ou encore l'obstétrique*, apparaissent comme des facteurs significatifs de bonne compréhension globale en analyse univariée. Nous ne confirmons pas ces résultats en analyse multivariée, ces derniers étant probablement liés au jeune âge et au niveau d'études élevé de ces sous-populations (Figure 7 et Annexe 7).

Dans une étude de *Cooke et al* réalisée en Grande-Bretagne, la langue maternelle était un facteur prédictif de bonne compréhension du langage médical[52]. Dans leur population, 83% des patients étaient de langue maternelle anglaise. Notre étude ne retrouve pas de résultat équivalent, probablement à cause d'un échantillon trop faible de patients ayant une langue maternelle autre que le français (2%).

Tout comme *Lerner et al*, nous nous sommes intéressés à l'influence des antécédents du patient sur sa compréhension du langage médical. En 2000, ils avaient montré que les patients les plus exposés au système de santé comprenaient mieux le langage médical[51]. Notre étude ne confirme pas ce résultat. La présence ou non d'antécédents de chirurgie et de CPA chez nos patients n'influence pas le taux de compréhension globale des termes médicaux.

4.4 Faiblesses et biais de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais et faiblesses. Nous allons les analyser afin d'évaluer la fiabilité de nos résultats et faciliter la réalisation d'essais à venir.

- Concernant la validité externe de notre étude :

Notre population était recrutée sur la base du volontariat et non par tirage au sort ce qui constitue un premier biais de sélection.

Nous avons montré que notre échantillon de patients représente 12,4% de la population source. Même si les caractéristiques de la population étudiée et de la population source sont proches en termes d'âge et de sexe, il existe tout de même un biais de sélection, notamment pour la catégorie de patients âgés de plus de 71 ans. Lors de prochaines études, il serait important d'organiser des stratégies d'aide au remplissage des questionnaires pour les patients âgés.

Notre étude est observationnelle et monocentrique. Elle étudie une population régionale. Il a été mis en évidence que l'origine de la population étudiée est un facteur influençant la compréhension du langage médical[41,47,51]. Même si nous avons montré

certaines ressemblance entre la population de notre étude et la population française, nos résultats sont peu extrapolables à d'autres régions de France, à l'échelle nationale, et encore moins à l'échelle internationale. Des travaux de plus grande envergure sont nécessaires.

- Concernant la validité interne de notre étude :

Les investigateurs ont choisi dix neuf termes médicaux de façon subjective, d'après leur expérience personnelle des CPA. Ils les ont ensuite soumis aux MAR du CHU d'Amiens à travers une enquête afin de sélectionner les plus utilisés. Premièrement, seulement 55% des MAR ont répondu à l'enquête. Deuxièmement, les MAR étaient obligés de sélectionner dix termes pour terminer l'enquête. De ce fait, certains ont possiblement choisi des termes par défaut et non parce qu'ils les utilisaient fréquemment. Ce biais pourrait être évité lors de prochains travaux en sélectionnant des termes renseignés par les MAR eux-mêmes, sans présélection par les investigateurs.

Concernant le recueil des données, il existe probablement un biais de mémorisation des données démographiques, plus marqué pour les patients âgés. De plus, le respect de la consigne consistant à remplir seul le questionnaire n'était pas toujours vérifiable. Nous aurions pu recueillir et analyser l'influence d'un accompagnant ou l'influence de la possession d'un smartphone par le patient sur sa compréhension des termes médicaux.

Nous ne retrouvons pas de lien entre les antécédents de chirurgie et de CPA des patients et leur degré de compréhension des termes médicaux. *Seligmann et al* ont montré une meilleure compréhension des termes désignant des pathologies que les patients avaient déjà subies[41]. Nous aurions pu recueillir les antécédents médicaux des patients correspondants aux termes que nous étudions. Par exemple, nous pouvons supposer que les patients ayant eu un IDM connaissent mieux la définition de ce terme. Si une prochaine étude confirmait cette hypothèse, nous pourrions supposer que le recueil des antécédents à l'interrogatoire est moins influencé par la compréhension du langage médical que par le vécu du patient.

- Concernant l'analyse des liens de causalité :

Les critères de causalité interne sont respectés avec une association statistique forte (Odds Ratio élevés) et une méthodologie d'étude respectée.

Les critères de causalité externe sont également validés car nos résultats sont cohérents avec l'expérience des MAR et les données de la littérature.

Il aurait été intéressant d'évaluer la compréhension des mêmes termes médicaux avant et après la CPA. Cela aurait permis d'évaluer l'influence réelle de l'information délivrée par les MAR sur la compréhension des patients. La solution la plus rigoureuse aurait été de randomiser les patients volontaires en deux groupes, l'un remplissant le questionnaire avant la

CPA et l'autre après. Cependant, après la CPA les patients rentrent pour la plupart chez eux ou sont redirigés vers la réalisation d'examens complémentaires. Le groupe post CPA n'aurait pas eu les mêmes conditions pour remplir le questionnaire que le groupe pré CPA. De plus, nous avons supposé que l'attitude des MAR en CPA aurait pu être modifiée sachant que la qualité de leurs explications aurait été indirectement évaluée après la consultation. Pour ces raisons, nous avons décidé d'analyser la compréhension du langage médical uniquement avant la CPA.

Même si notre étude n'a pas la puissance statistique d'un essai contrôlé et randomisé, elle apporte une présomption scientifique sur les facteurs de bonne ou de mauvaise compréhension du langage médical par les patients.

4.5 Apport personnel au sujet

Notre étude est la première du genre réalisée en France et la deuxième dans le domaine de l'anesthésie à l'échelle internationale. C'est un état des lieux qui confirme les résultats d'études menées dans d'autres régions du monde, principalement dans les pays anglo-saxons. Elle met en évidence des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension du langage médical. Notre but est d'améliorer la communication médecin-patient en sensibilisant les MAR au degré de compréhension de leurs patients. Nous pouvons maintenant informer les MAR du CHU d'Amiens qu'un patient de plus de 71 ans ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat et ne sachant pas définir la chirurgie dont il va bénéficier, présente un risque significativement plus élevé de mauvaise compréhension du langage médical. À l'inverse, les patients ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat, étant de surcroît des professionnels de santé, en auront significativement une meilleure compréhension.

4.6 De l'obligation d'informer vers une information personnalisée du patient

Notre étude s'inscrit avec d'autres dans une stratégie d'amélioration des compétences des médecins en communication[63–68]. Nous supposons qu'une attention plus marquée des praticiens visant à augmenter la compréhension du langage médical par les patients est bénéfique. Le domaine de l'anesthésie est particulièrement exposé au principe de consentement éclairé. De manière générale en médecine, la nécessité d'information imposée par la juridiction est croissante.

Depuis le début des années 2000, de nombreuses études, dont certaines dans le domaine de l'anesthésie, évaluent des outils (brochures, vidéos) visant à améliorer l'information du patient[69–72]. En introduction de ce travail, nous avons montré que le

manquement à celle-ci peut dégrader les indicateurs de santé du malade et augmenter par exemple son degré d'anxiété. De nombreuses études se sont intéressées aux réactions de l'être humain face à une situation anxiogène, telle la découverte d'une maladie. Dans son ouvrage sur l'homéostasie, *Cannon* décrit la réponse hormonale au stress selon un schéma de « flight or fight »[73]. La première théorie cognitive du stress a repris ce modèle décrivant une réponse comportementale innée de fuite ou d'attaque face à une menace externe[74]. En 1978, *Lazarus et Launier* ont défini pour la première fois le concept de « coping », désignant l'ensemble des capacités déployées par un individu pour affronter et surmonter un événement[75]. Ces stratégies d'adaptation sont conditionnées par les ressources personnelles de l'individu (croyances, traits de personnalité) et les facteurs environnementaux (caractéristiques de la situation et soutien social disponible)[76,77]. Ainsi tous les patients ne réagissent pas de façon similaire aux situations de stress. Pour les plus anxieux, deux types de personnalité ont été décrits : les sujets actifs, dits « vigilants », ayant tendance à dédramatiser et réinterpréter la situation stressante et nécessitant un haut niveau d'information ; les sujets passifs, dits « évitants », pour lesquels une information plus poussée va amplifier le stress[78][79]. *Morgan et al* ont démontré en préopératoire d'endoscopie digestive qu'une information bien menée, mais non adaptée au type de personnalité, ne diminue pas l'anxiété. À l'inverse, une information après analyse du modèle d'adaptation au stress du patient réduit l'anxiété avec tous les bénéfices que cela entraîne[64]. *Wattier et al* ont utilisé des scores mesurant le niveau d'anxiété et le besoin d'information des patients en CPA. Ils ont montré l'importance d'étudier ces deux variables pour réaliser une information individualisée et anxiolytique[80].

Lorsque le médecin informe, il ne doit pas perdre de vue les effets potentiels que cela induit sur son patient. Le message délivré ne devrait pas être stéréotypé, dans le seul but d'éviter les déboires judiciaires. Il est préférable d'analyser d'abord le patient et son environnement pour personnaliser l'information. L'analyse du type d'adaptation au stress et du degré de compréhension du langage médical rentre dans une stratégie de prise en charge globale. Si le médecin réussit cet exercice, il améliorera probablement la satisfaction du patient, diminuera son anxiété et ses conséquences, préviendra les complications éventuelles de l'anesthésie et de la chirurgie, tout en respectant la loi et le principe de consentement libre et éclairé. Cette pratique complexe est cependant chronophage. En France, à cause du manque de MAR, nous savons par expérience que la durée de la CPA ne dépasse pas dix à quinze minutes. De surcroît, la notion de rentabilité s'insinue de façon croissante dans le domaine de la santé et la durée de la consultation n'est pas valorisée financièrement. Il est donc difficile

dans un faible temps imparti de mener à bien les nécessités développées précédemment, pourtant essentielles au devenir du malade.

5 CONCLUSION

La compréhension du langage médical par le malade occupe une place centrale dans la communication médecin-patient et influence son devenir. En médecine, et particulièrement en anesthésie, les médecins sont confrontés à une dualité. D'un côté, l'obligation légale d'informer le malade pour lui permettre d'être actif dans les décisions qui ont trait à sa santé. De l'autre, une bienveillance pour ce dernier visant à obtenir une relation de confiance qui permet de diminuer son anxiété.

Notre étude a évalué le degré de compréhension des patients à propos de termes médicaux fréquemment utilisés en consultation pré-anesthésique. Elle a mis en évidence des facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension inhérents au patient qui pourraient aider les médecins à parfaire la clarté de leur discours. Il serait intéressant de mener une nouvelle étude analysant l'impact de la consultation pré-anesthésique sur la compréhension de ces mêmes termes.

A l'ère de la médecine basée sur des preuves scientifiques et statistiques, il est parfois difficile pour le médecin de se projeter à l'échelle du patient, individu unique et inimitable. Pourtant, nous avons montré combien l'analyse personnalisée du malade est essentielle pour une prise en charge optimale. Là réside l'art médical, évaluant la balance « bénéfice-risque » en quête d'un juste milieu entre science et conscience.

6 ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire remis aux patients participants à l'étude et taux de réponse à chaque item des QCM

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE LA COMPREHENSION DU LANGAGE MEDICAL EN CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE PROGRAMME AU CHU d'AMIENS - PICARDIE			
Cochez les cases appropriées pour chacune des réponses ci-dessous :			
1. Date du jour : ____ / ____ / _____	Vos initiales __ / __		
2. Indiquez votre âge :			
18 – 30 ans <input type="checkbox"/>	41 – 50 ans <input type="checkbox"/>	61 – 70 ans <input type="checkbox"/>	> 80 ans <input type="checkbox"/>
31 – 40 ans <input type="checkbox"/>	51 – 60 ans <input type="checkbox"/>	71 – 80 ans <input type="checkbox"/>	
3. Indiquez votre sexe :			
Masculin <input type="checkbox"/>		Féminin <input type="checkbox"/>	
4. Le français est-il votre langue maternelle ?			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
<i>Si non, indiquez votre langue maternelle :</i> _____			
5. Cochez le niveau d'études/diplôme(s) que vous avez validés :			
Je n'ai jamais été à l'école <input type="checkbox"/>			
École primaire <input type="checkbox"/>		Études supérieures niveau Bac + 3 <input type="checkbox"/>	
Collège/Brevet des collèges <input type="checkbox"/>		Études supérieures niveau Bac + 5 <input type="checkbox"/>	
Lycée/Baccalauréat <input type="checkbox"/>		Études supérieures niveau Bac + 8 <input type="checkbox"/>	
6. Êtes-vous un professionnel de santé ou travaillez-vous dans un établissement de santé ?			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
<i>Si oui indiquez votre profession :</i> _____			
7. Avez-vous dans votre entourage (conjoint/famille proche) quelqu'un exerçant la profession de :			
Médecin anesthésiste-réanimateur			<input type="checkbox"/>
Médecin (non anesthésiste-réanimateur)			<input type="checkbox"/>
Chirurgien dentiste			<input type="checkbox"/>
Sage-femme			<input type="checkbox"/>
Pharmacien			<input type="checkbox"/>
Infirmier(e) anesthésiste			<input type="checkbox"/>
Infirmier(e)			<input type="checkbox"/>
Autre profession paramédicale (kinésithérapeute, orthophoniste, aide-soignant etc.)			<input type="checkbox"/>
<i>Si vous avez cochez cette dernière case préciser la profession :</i> _____			
8. Avez-vous déjà bénéficié d'une consultation pré-anesthésique comme celle d'aujourd'hui ?			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		
<i>Si oui veuillez indiquer combien de fois :</i>			
1 <input type="checkbox"/>	Plus de 2 <input type="checkbox"/>		
2 <input type="checkbox"/>			
9. Combien de fois avez vous été opéré avant aujourd'hui ?			
Aucune <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		
1 <input type="checkbox"/>	Plus de 2 <input type="checkbox"/>		
10. Veuillez indiquer le nom de la chirurgie dont vous allez bénéficier qui vous mène ce jour en consultation pré-anesthésique :			

11. Regardez-vous régulièrement à la télévision des séries médicales (Urgence, Grey's Anatomy, Scrubs etc.)?			
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		

Veillez remplir ce questionnaire SEUL sans l'aide d'un proche afin de ne pas fausser le résultat de l'étude.

Pour chacun des termes suivants, veuillez cocher la proposition exacte.

Une seule réponse par question est attendue.

- | | |
|--|-------|
| 1. INFARCTUS DU MYOCARDE | |
| A. Arrêt cardiaque | 40,4% |
| B. Mort d'une partie du muscle du cœur due à l'occlusion d'une de ses artères | 34,5% |
| C. Anomalie du rythme cardiaque entraînant la pose d'une pile (PACEMAKER) | 6,6% |
| D. Infection du cœur et de son enveloppe | 3,2% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 15,2% |
| 2. HYPERTENSION ARTERIELLE | |
| A. Augmentation anormale de la pression du sang dans les artères | 90,8% |
| B. Courant électrique circulant dans les artères | 0,6% |
| C. Rupture d'une artère après électrocution | 0,0% |
| D. Allongement anormal d'une artère au cours de la croissance | 0,0% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 8,6% |
| 3. PHLEBITE | |
| A. Trouble du sommeil responsable d'une fatigue anormale en journée | 0,6% |
| B. Inflammation de la peau due à une infection | 5,3% |
| C. Formation d'un caillot de sang dans une veine | 86,1% |
| D. Trouble de l'humeur responsable d'une grande agressivité | 0,3% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 7,6% |
| 4. REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN | |
| A. Séparation accidentelle de l'estomac et de l'œsophage | 0,8% |
| B. Remontée d'une partie du contenu de l'estomac dans l'œsophage | 84,6% |
| C. Technique d'alimentation par un tuyau allant dans l'estomac | 0,6% |
| D. Opération consistant à retirer une partie de l'estomac | 0,3% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 13,6% |
| 5. ANESTHESIE LOCO-REGIONALE | |
| A. Anesthésie pratiquée uniquement dans certaines régions de la France | 2,8% |
| B. Sommeil artificiel plus léger qu'une anesthésie générale | 9,6% |
| C. Insensibilisation d'une partie du corps par anesthésie des nerfs de cette région | 70,8% |
| D. Technique d'hypnose | 0,5% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 16,4% |
| 6. JEÛNE | |
| A. Maladie psychiatrique qui empêche de s'alimenter normalement | 0,3% |
| B. Premier repas de la journée | 1,8% |
| C. Personne adolescente | 1,5% |
| D. Arrêt de l'alimentation durant une certaine durée | 89,3% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 7,1% |
| 7. ANESTHESIE GENERALE : | |
| A. Réunion entre anesthésiste et chirurgien la veille de l'intervention chirurgicale | 9,1% |
| B. Perte de connaissance et suppression de la douleur induite par des médicaments | 70,8% |
| C. Technique nouvelle de chirurgie | 5,7% |
| D. Technique de relaxation qui supprime la douleur | 7,0% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 7,5% |

- | | |
|---|-------|
| 8. INTUBATION ORO-TRACHEALE: | |
| A. Introduction d'un tube dans les poumons en perçant un trou dans le cou | 4,7% |
| B. Introduction d'un tube dans l'estomac en passant par la gorge pour nourrir le patient | 23,7% |
| C. Introduction d'un tube dans les oreilles évitant d'entendre ce qui se passe au bloc opératoire | 0,5% |
| D. Introduction d'un tube dans les poumons en passant par la gorge | 62,7% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 8,4% |
| 9. ANTALGIQUE : | |
| A. Médicament contre la dépression sévère | 0,8% |
| B. Médicament pour fluidifier le sang | 4,9% |
| C. Médicament contre la douleur | 85,7% |
| D. Médicament pour déclencher le sommeil | 1,5% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 7,1% |
| 10. ALLERGIE : | |
| A. Réaction douloureuse survenant lors d'une blessure | 0,6% |
| B. Sensation désagréable lors de la respiration d'une mauvaise odeur | 1,8% |
| C. Réaction inadaptée du corps après un contact avec une substance normalement inoffensive | 90,0% |
| D. Rougeur du visage apparaissant lorsqu'un individu a honte | 1,8% |
| E. Vous n'avez aucune idée de quoi il s'agit | 5,8% |

Annexe 2. Enquête réalisée auprès des médecins anesthésistes du CHU d'Amiens via le programme d'enquête google forms™

Evaluation de la compréhension du langage médical par les patients se présentant en consultation de pré-anesthésie programmée au CHU d'Amiens - Picardie

Selection des termes médicaux étudiés par fréquence d'utilisation et d'explication aux malades

*Obligatoire

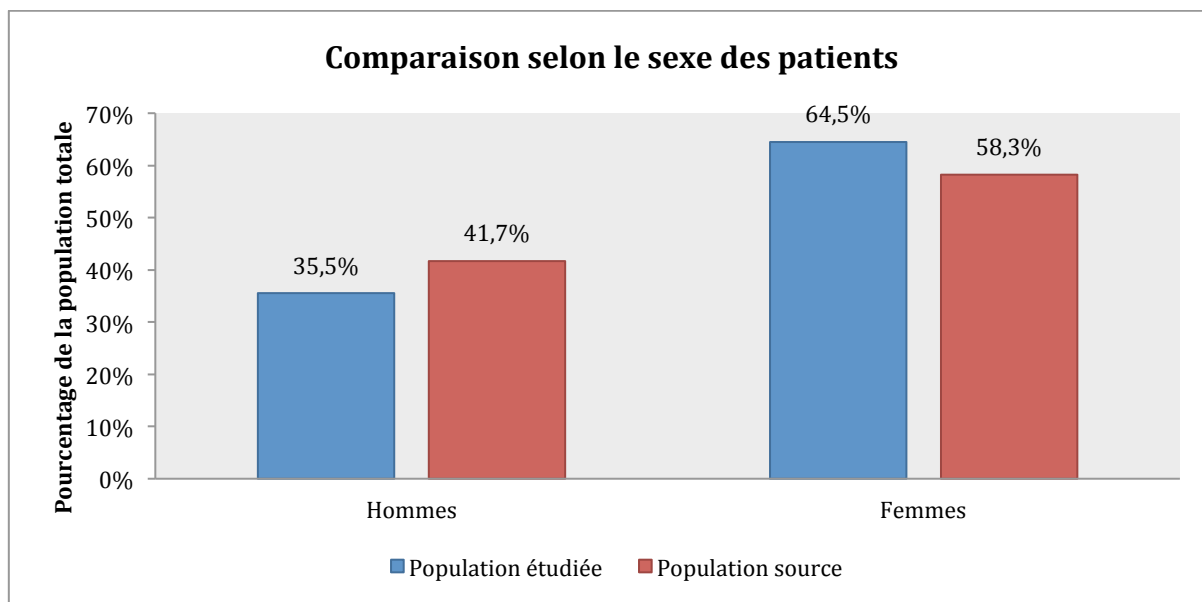
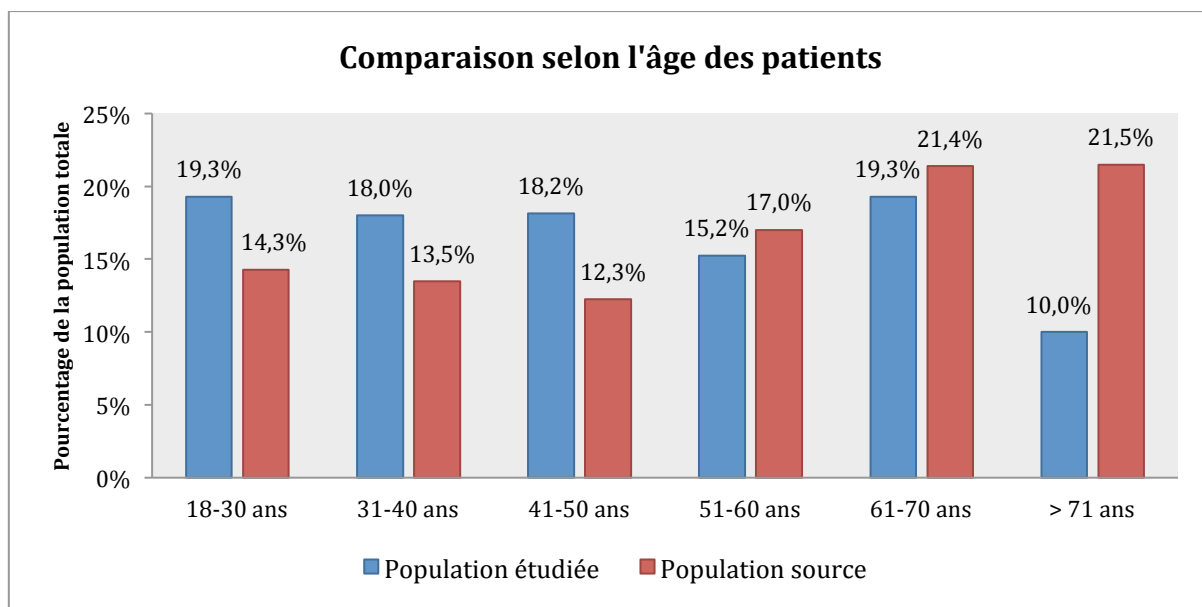
Cochez parmi ces termes les 10 que vous utilisez le plus souvent en consultation pré anesthésique *

- Anesthésie générale
- Anesthésie loco-régionale
- Rachianesthésie
- Scoliose
- Intubation
- Reflux gastro-oesophagien
- Jeûne
- Injection intra-veineuse
- Antalgique
- Hypertension artérielle
- Electrocardiogramme
- Infarctus du myocarde
- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Hémorragie
- Coagulation
- Allergie
- Choc anaphylactique
- Oedème de Quincke

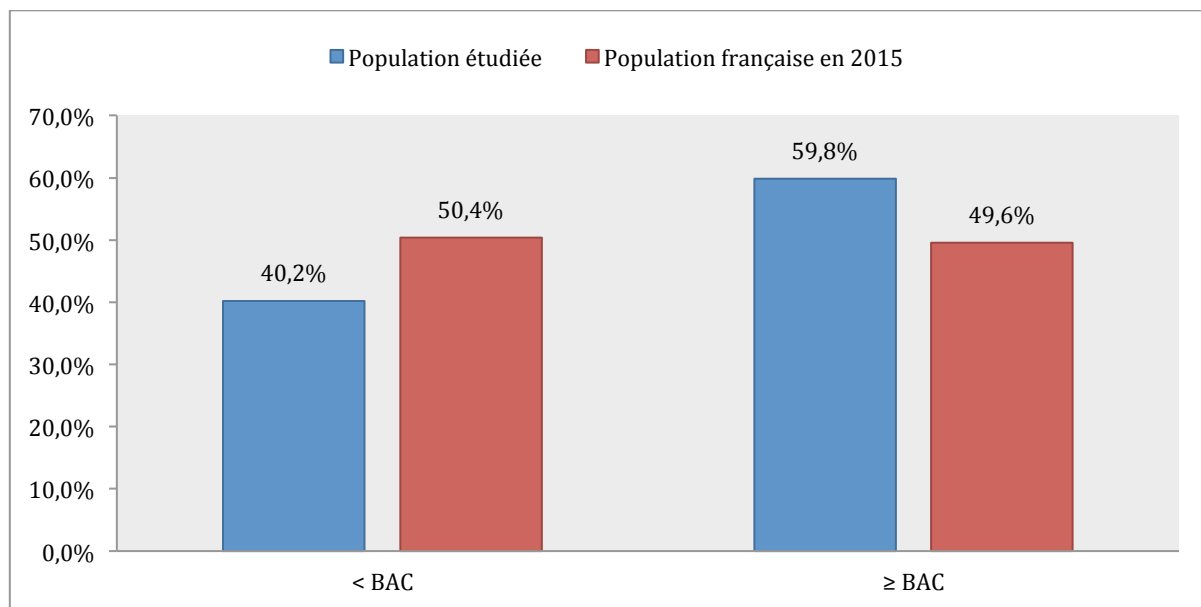
Cochez parmi ces termes les 10 que vous expliquez le moins spontanément aux patients *

- Anesthésie générale
- Anesthésie loco-régionale
- Rachianesthésie
- Scoliose
- Intubation
- Reflux gastro-oesophagien
- Jeûne
- Injection intra-veineuse
- Antalgique
- Hypertension artérielle
- Electrocardiogramme
- Infarctus du myocarde
- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Hémorragie
- Coagulation
- Allergie
- Choc anaphylactique
- Oedème de Quincke

Annexe 3. Comparaison de la population étudiée et de la population source selon l'âge et le sexe des patients

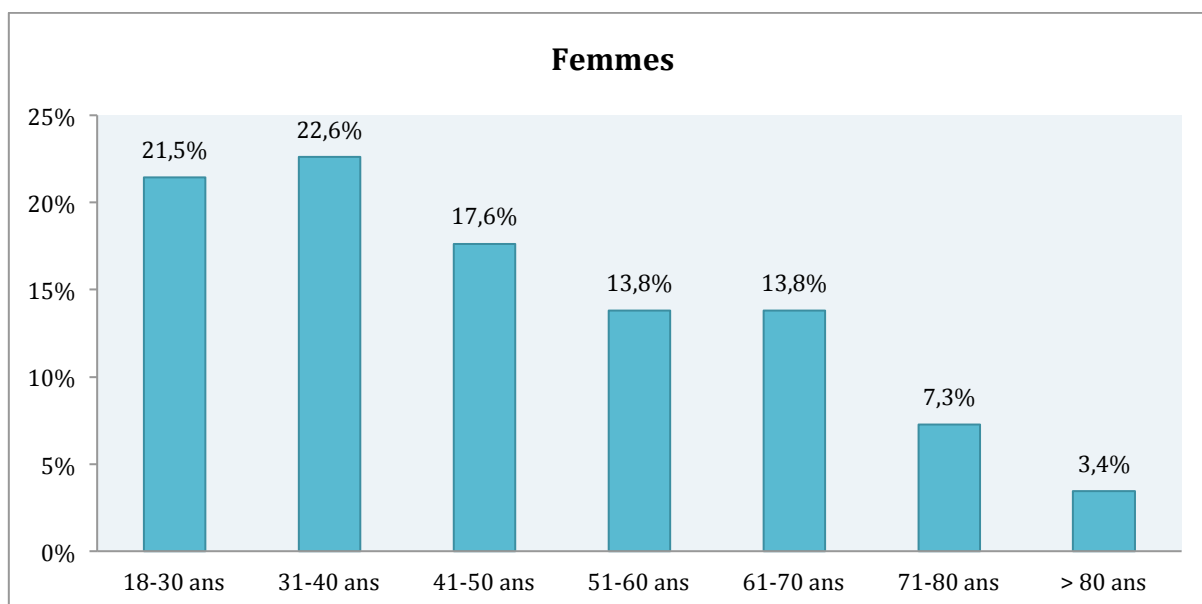
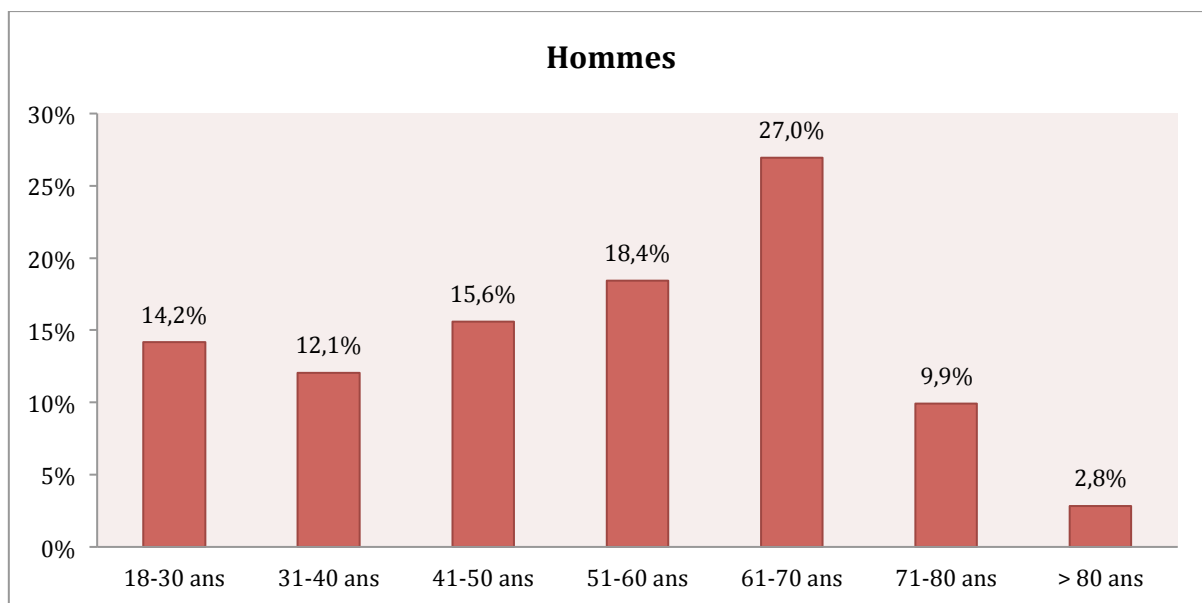


Annexe 4. Comparaison des taux de scolarisation entre la population française en 2015 et la population étudiée dans notre étude

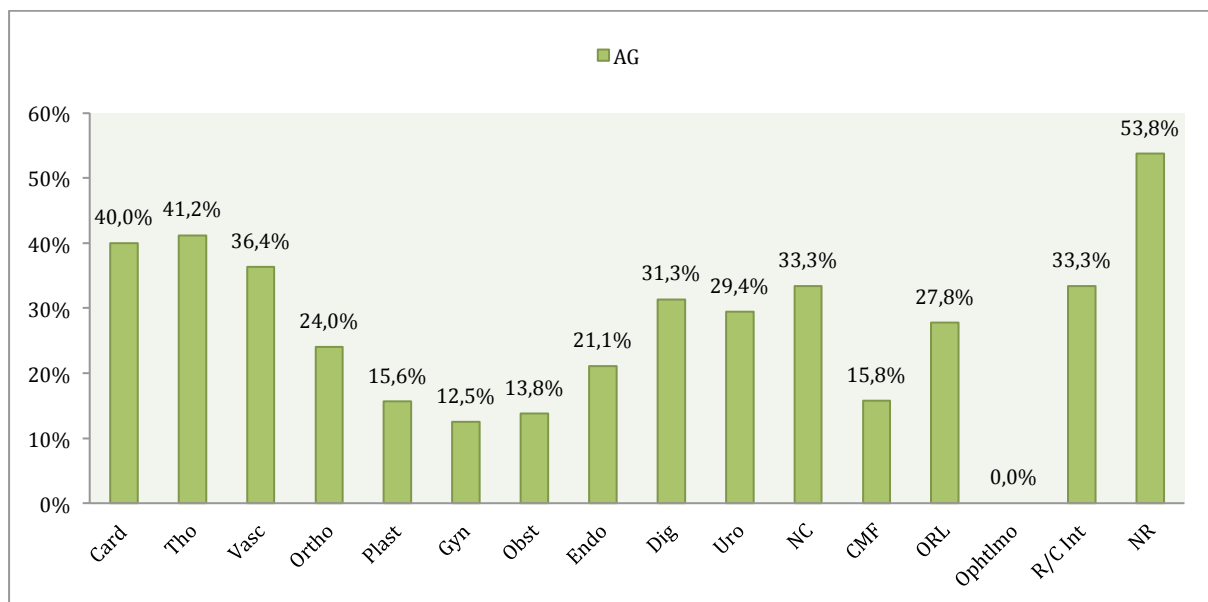
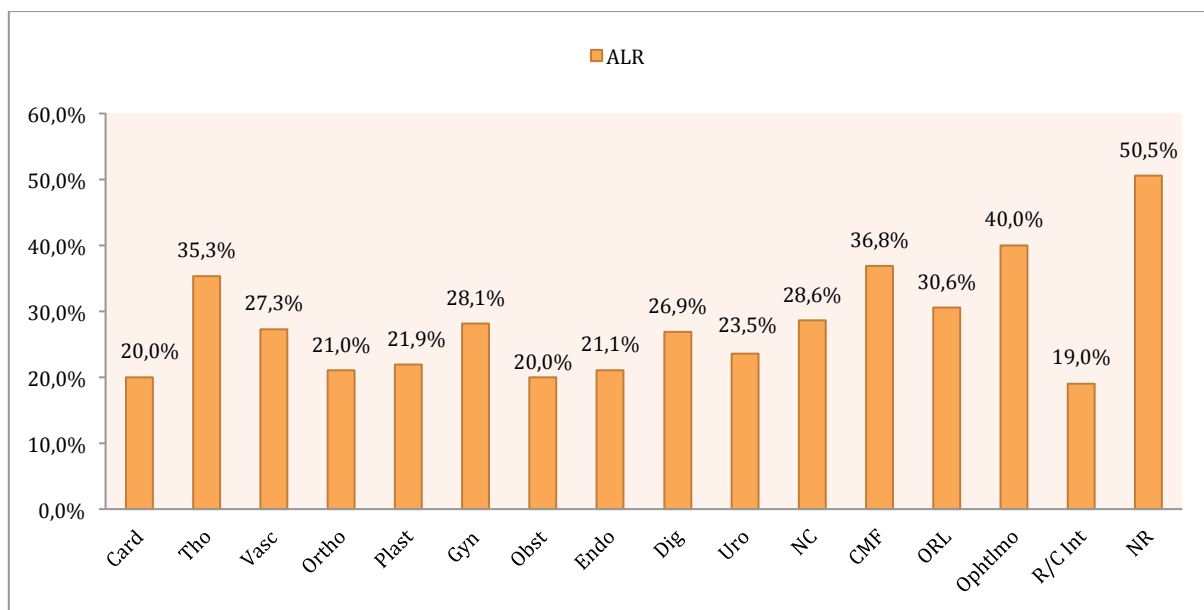


<BAC : personnes ayant obtenu un diplôme inférieur au baccalauréat ; ≥ BAC : personnes ayant obtenu un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat

Annexe 5. Taux de mauvaise compréhension du terme *IDM* en fonction des tranches d'âges

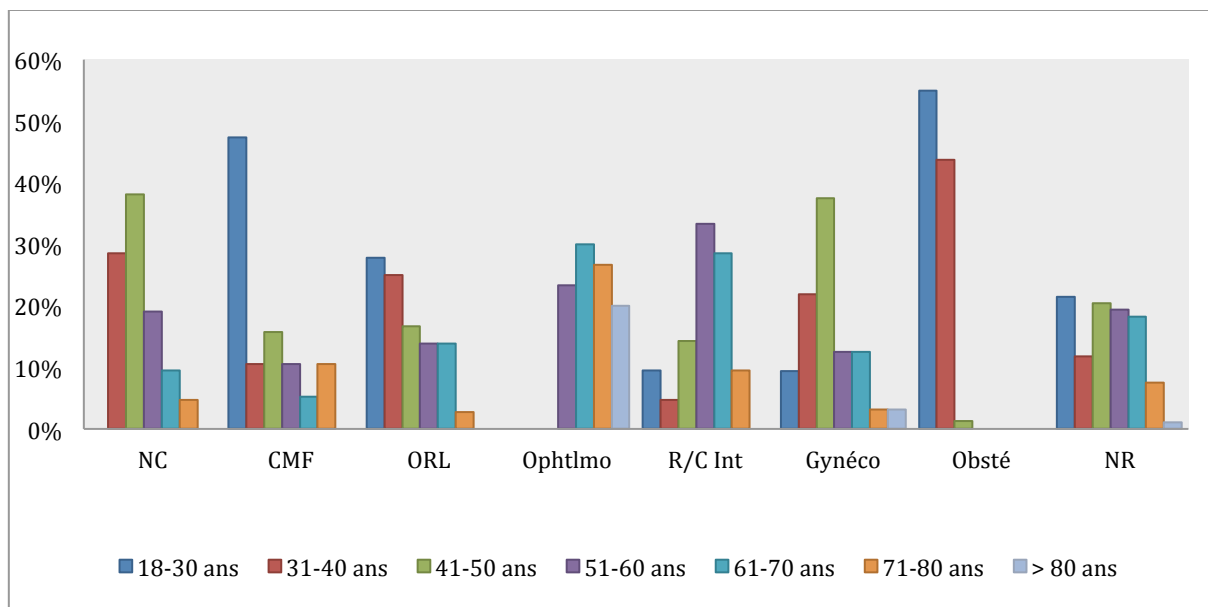
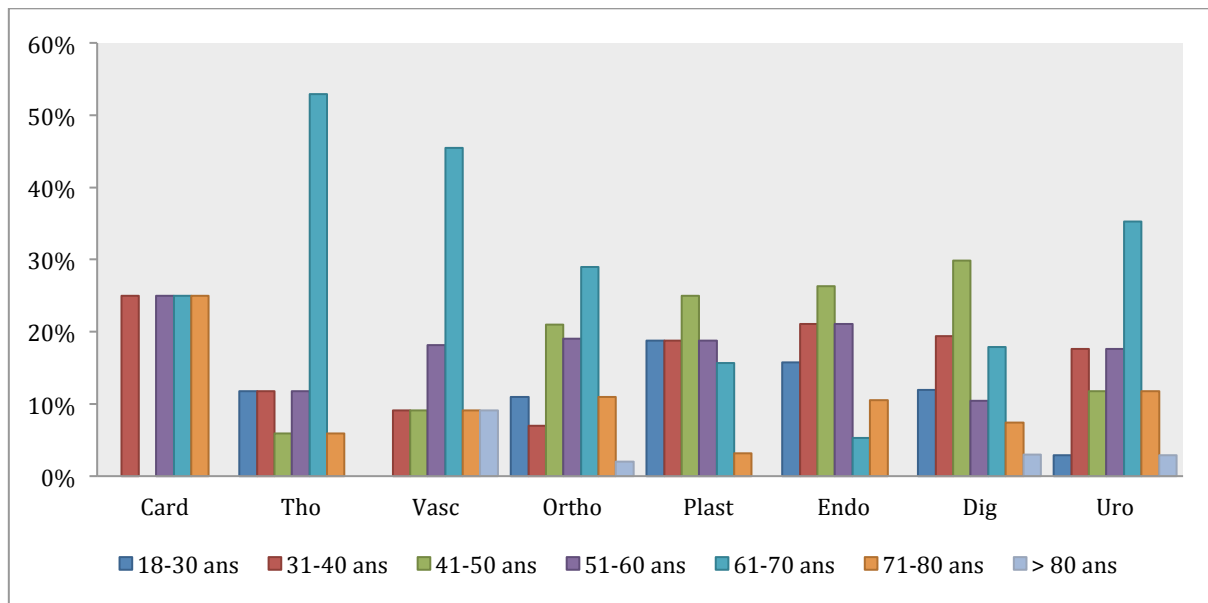


Annexe 6. Pourcentage de patients ne sachant pas définir les termes *ALR* et *AG* pour chaque type de chirurgie en lien avec la CPA



Card : chirurgie cardiaque ; **Tho** : chirurgie thoracique ; **Vasc** : chirurgie vasculaire ; **Ortho** : chirurgie orthopédique ; **Plast** : chirurgie plastique ; **Gyn** : chirurgie gynécologique ; **Obst** : obstétrique ; **Endo** : endoscopie digestive ; **Dig** : chirurgie digestive ; **Uro** : chirurgie urologique ; **NC** : neurochirurgie ; **Ophthlmo** : chirurgie ophtalmologique ; **R/C Int** : radiologie/cardiologie interventionnelle ; **NR** : chirurgie non renseignée

Annexe 7. Proportion de patients par tranches d'âges pour chaque type de chirurgie en lien avec la CPA.



Card : chirurgie cardiaque ; **Tho** : chirurgie thoracique ; **Vasc** : chirurgie vasculaire ; **Ortho** : chirurgie orthopédique ; **Plast** : chirurgie plastique ; **Endo** : endoscopie digestive ; **Dig** : chirurgie digestive ; **Uro** : chirurgie urologique ; **NC** : neurochirurgie ; **Ophtlmo** : chirurgie ophtalmologique ; **R/C Int** : radiologie/cardiologie interventionnelle ; **NR** : chirurgie non renseignée

7 BIBLIOGRAPHIE

- [1] M. Blanc-Jouvan, A. Mercatello, D. Long, M.P. Benoit, M. Khadraoui, C. Némoz, M. Gaydarova, J.P. Boissel, J.F. Moskovtchenko, [The value of anesthesia consultation in relation to the single preanesthetic visit], *Ann. Fr. Anesthésie Réanimation*. 18 (1999) 843–847.
- [2] Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets), 1994.
- [3] Recommandations concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé | Conseil National de l'Ordre des Médecins, (2001). <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/recommandations-concernant-les-relations-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-autres-spec-665> (accessed August 14, 2016).
- [4] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002.
- [5] CHARTE DES DROITS FONDAMENTAUX DE L'UNION EUROPÉENNE, J. Off. Union Eur. (2012). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT> (accessed August 14, 2016).
- [6] Code de déontologie médicale - Article 35, 2004.
- [7] Code de la santé publique - Article R4127-35, 2012.
- [8] Code de déontologie médicale - Article 36, 2004.
- [9] Code de la santé publique - Article R4127-36, 2016.
- [10] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 3 juin 2010, 09-13.591, Publié au bulletin, 2010. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEX T000022313216&fastReqId=8397019&fastPos=1> (accessed August 14, 2016).
- [11] Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin, 1997. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007037245> (accessed August 14, 2016).
- [12] P. Guo, L. East, A. Arthur, A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial, *Int. J. Nurs. Stud.* 49 (2012) 129–137. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008.
- [13] L.M.L. Ong, J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos, F.B. Lammes, Doctor-patient communication: A review of the literature, *Soc. Sci. Med.* 40 (1995) 903–918. doi:10.1016/0277-9536(94)00155-M.
- [14] P. Wolkenstein, S. Consoli, J.C. Roujeau, J.J. Grob, [The physician-patient relation. Reporting a severe disease. Education of a patient suffering from a chronic disease. Personalizing medical management], *Ann. Dermatol. Vénéréologie*. 129 (2002) S7-10.
- [15] J.F. Ha, N. Longnecker, Doctor-Patient Communication: A Review, *Ochsner J.* 10 (2010) 38–43.
- [16] J. Prasko, T. Diveky, A. Grambal, D. Kamaradova, P. Mozny, Z. Sigmundova, M. Slepecky, J. Vyskocilova, Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy, *Biomed. Pap. Med. Fac. Univ. Palacký Olomouc Czechoslov.* 154 (2010) 189–197.
- [17] S.J. Lee, A.L. Back, S.D. Block, S.K. Stewart, Enhancing physician-patient communication, *Hematol. Educ. Program Am. Soc. Hematol. Am. Soc. Hematol. Educ. Program.* (2002) 464–483.
- [18] L. Sandman, C. Munthe, Shared decision making, paternalism and patient choice, *Health Care Anal. HCA J. Health Philos. Policy.* 18 (2010) 60–84. doi:10.1007/s10728-008-0108-6.
- [19] S.S. McMillan, E. Kendall, A. Sav, M.A. King, J.A. Whitty, F. Kelly, A.J. Wheeler, Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled

- trials, *Med. Care Res. Rev. MCRR*. 70 (2013) 567–596. doi:10.1177/1077558713496318.
- [20] D.L. Roter, J.A. Hall, Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research, *Annu. Rev. Public Health*. 25 (2004) 497–519. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134.
- [21] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, (2016). <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=communication> (accessed August 26, 2016).
- [22] A.M. Elliott, S.C. Alexander, C.A. Mescher, D. Mohan, A.E. Barnato, Differences in Physicians' Verbal and Nonverbal Communication With Black and White Patients at the End of Life, *J. Pain Symptom Manage*. 51 (2016) 1–8. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.07.008.
- [23] P. Ley, *Communicating with Patients: Improving Communication, Satisfaction, and Compliance*, Chapman and Hall, Croom Helm, 1988.
- [24] O. Laccourreye, E.-N. Garabedian, M.-A. Samad, C. Dubreuil, Medical information prior to invasive medical procedures in otorhinolaryngology-head and neck surgery in France, *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head Neck Dis*. 129 (2012) 38–43. doi:10.1016/j.anorl.2011.05.007.
- [25] A.J. Lloyd, P.D. Hayes, N.J. London, P.R. Bell, A.R. Naylor, Patients' ability to recall risk associated with treatment options, *Lancet Lond. Engl*. 353 (1999) 645.
- [26] J.A. Hall, M.C. Dornan, What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature, *Soc. Sci. Med*. 1982. 27 (1988) 935–939.
- [27] E.E. Bartlett, M. Grayson, R. Barker, D.M. Levine, A. Golden, S. Libber, The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence, *J. Chronic Dis*. 37 (1984) 755–764.
- [28] I. Heszen-Klemens, E. Lapińska, Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment, *Soc. Sci. Med*. 1982. 19 (1984) 9–18.
- [29] J.E. Orth, W.B. Stiles, L. Scherwitz, D. Hennrikus, C. Vallbona, Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control, *Health Psychol. Off. J. Div. Health Psychol. Am. Psychol. Assoc*. 6 (1987) 29–42.
- [30] M.A. Stewart, Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, *CMAJ Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Medicale Can*. 152 (1995) 1423–1433.
- [31] D. Schillinger, J. Piette, K. Grumbach, F. Wang, C. Wilson, C. Daher, K. Leong-Grotz, C. Castro, A.B. Bindman, Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy, *Arch. Intern. Med*. 163 (2003) 83–90.
- [32] L.D. Egbert, G.E. Battit, C.E. Welch, M.K. Bartlett, REDUCTION OF POSTOPERATIVE PAIN BY ENCOURAGEMENT AND INSTRUCTION OF PATIENTS. A STUDY OF DOCTOR-PATIENT RAPPORT, *N. Engl. J. Med*. 270 (1964) 825–827. doi:10.1056/NEJM196404162701606.
- [33] R. Dua, L. Vassiliou, K. Fan, Common maxillofacial terminology: do our patients understand what we say?, *Surg. J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel*. 13 (2015) 1–4. doi:10.1016/j.surge.2013.09.009.
- [34] J.-J. Sournia, *Histoire de la médecine, La Découverte/Poche*, Paris, 1997.
- [35] P. Faure, Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle, *ASp Rev. GERAS*. (2010) 73–86. doi:10.4000/asp.1826.
- [36] D. Mintz, What's in a word: the distancing function of language in medicine, *J. Med. Humanit*. 13 (1992) 223–233.
- [37] Les blocs périmédullaires chez l'adulte, *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*. 26 (2007) 720–752. doi:10.1016/j.annfar.2007.05.010.
- [38] A.M. Fields, C.S. Freiberg, A. Fickenscher, K.H. Shelley, Patients and jargon: are we speaking the same language?, *J. Clin. Anesth*. 20 (2008) 343–346. doi:10.1016/j.jclinane.2008.02.006.
- [39] Insee - Enseignement-Éducation - Niveau de diplôme selon l'âge en 2015, (n.d.). http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef07232&page=graph

(accessed September 8, 2016).

- [40] L. Pratt, A. Seligmann, G. Reader, Physicians' views on the level of medical information among patients, *Am. J. Public Health Nations Health*. 47 (1957) 1277–1283.
- [41] A.W. Seligmann, N.E. McGRATH, L. Pratt, Level of medical information among clinic patients, *J. Chronic Dis*. 6 (1957) 497–509.
- [42] A.H. Pieterse, N.A. Jager, E.M.A. Smets, I. Henselmans, Lay understanding of common medical terminology in oncology, *Psychooncology*. 22 (2013) 1186–1191. doi:10.1002/pon.3096.
- [43] ROMANO J, Patients' attitudes and behavior in ward round teaching, *J. Am. Med. Assoc.* 117 (1941) 664–667. doi:10.1001/jama.1941.02820350004002.
- [44] F.C. Redlich, The Patient's Language: An Investigation into the Use of Medical Terms, *Yale J. Biol. Med.* 17 (1945) 427–453.
- [45] J. Samora, L. Saunders, R.F. Larson, Medical Vocabulary Knowledge Among Hospital Patients, *J. Health Hum. Behav.* 2 (1961) 83–92. doi:10.2307/2948804.
- [46] C.M. Boyle, Difference Between Patients' and Doctors' Interpretation of Some Common Medical Terms, *Br. Med. J.* 2 (1970) 286–289.
- [47] J.B. McKinlay, Who is really ignorant--physician or patient?, *J. Health Soc. Behav.* 16 (1975) 3–11.
- [48] A. Segall, L.W. Roberts, A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients*, *Sociol. Health Illn.* 2 (1980) 317–334. doi:10.1111/1467-9566.ep11340704.
- [49] J. Hadlow, M. Pitts, The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients, *Soc. Sci. Med.* 1982. 32 (1991) 193–196.
- [50] T.J. Peckham, "Doctor, have I got a fracture or a break"?, *Injury*. 25 (1994) 221–222.
- [51] E.B. Lerner, D.V. Jehle, D.M. Janicke, R.M. Moscati, Medical communication: do our patients understand?, *Am. J. Emerg. Med.* 18 (2000) 764–766. doi:10.1053/ajem.2000.18040.
- [52] M.W. Cooke, S. Wilson, P. Cox, A. Roalfe, Public understanding of medical terminology: non-English speakers may not receive optimal care, *J. Accid. Emerg. Med.* 17 (2000) 119–121.
- [53] K. Chapman, C. Abraham, V. Jenkins, L. Fallowfield, Lay understanding of terms used in cancer consultations, *Psychooncology*. 12 (2003) 557–566. doi:10.1002/pon.673.
- [54] R. Dua, L. Vassiliou, K. Fan, Common maxillofacial terminology: do our patients understand what we say?, *Surg. J. R. Coll. Surg. Edinb. Irel.* 13 (2015) 1–4. doi:10.1016/j.surge.2013.09.009.
- [55] Prise en charge du coronarien opéré en chirurgie non cardiaque, *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*. 30 (2011) e5–e29. doi:10.1016/j.annfar.2011.05.013.
- [56] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, [Management of patients with essential hypertension. Clinical recommendations and economic data. Guidelines April 2000. Recommendations of the ANAES], *J. Mal. Vasc.* 25 (2000) 366–376.
- [57] Insee - Santé - Principales causes de décès en 2013, (n.d.). http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06205.
- [58] C. Colin, Les blocs périphériques des membres chez l'adulte, *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*. 22 (2003) 567–581. doi:10.1016/S0750-7658(03)00165-5.
- [59] T.W. LeBlanc, A. Hesson, A. Williams, C. Feudtner, M. Holmes-Rovner, L.D. Williamson, P.A. Ubel, Patient understanding of medical jargon: a survey study of U.S. medical students, *Patient Educ. Couns.* 95 (2014) 238–242. doi:10.1016/j.pec.2014.01.014.
- [60] R. Jucks, E. Paus, R. Bromme, Patients' medical knowledge and health counseling: what kind of information helps to make communication patient-centered?, *Patient Educ. Couns.* 88 (2012) 177–183. doi:10.1016/j.pec.2012.01.011.
- [61] B. Briem, T. Karlsson, G. Tryggvason, O. Baldursson, [Public comprehension of medical terminology.], *Læknablaðið*. 90 (2004) 111–119.
- [62] L.S. Lehmann, F.L. Brancati, M.C. Chen, D. Roter, A.S. Dobs, The effect of bedside

- case presentations on patients' perceptions of their medical care, *N. Engl. J. Med.* 336 (1997) 1150–1155. doi:10.1056/NEJM199704173361606.
- [63] N. Moerman, F.S. van Dam, M.J. Muller, H. Oosting, The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS), *Anesth. Analg.* 82 (1996) 445–451.
- [64] J. Morgan, L. Roufeil, S. Kaushik, M. Bassett, Influence of coping style and precolonoscopy information on pain and anxiety of colonoscopy, *Gastrointest. Endosc.* 48 (1998) 119–127.
- [65] J. Bensing, S. van Dulmen, H. Kallerup, A. Visser, F. Borrell, A. Finset, J. Goedhuys, W. Langewitz, C. Mallinson, M. Peltenburg, T. Schofield, C. Zimmermann, The European Association for Communication in Healthcare, *Patient Educ. Couns.* 43 (2001) 1–4.
- [66] C. Harms, J.R. Young, F. Amsler, C. Zettler, D. Scheidegger, C.H. Kindler, Improving anaesthetists' communication skills, *Anaesthesia.* 59 (2004) 166–172.
- [67] C.H. Kindler, L. Szirt, D. Sommer, R. Häusler, W. Langewitz, A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit, *Anaesthesia.* 60 (2005) 53–59. doi:10.1111/j.1365-2044.2004.03995.x.
- [68] B. Lewis, Commentary on enhancing clinician communication skills in a large healthcare organisation, *Patient Educ. Couns.* 58 (2005) 1–3. doi:10.1016/j.pec.2005.05.001.
- [69] A. Luck, S. Pearson, G. Maddern, P. Hewett, Effects of video information on precolonoscopy anxiety and knowledge: a randomised trial, *Lancet Lond. Engl.* 354 (1999) 2032–2035.
- [70] M. Mitchell, Constructing information booklets for day-case patients, *Ambul. Surg.* 9 (2001) 37–45.
- [71] F.J. van Zuuren, M. Grypdonck, E. Crevits, C. Vande Walle, T. Defloor, The effect of an information brochure on patients undergoing gastrointestinal endoscopy: a randomized controlled study, *Patient Educ. Couns.* 64 (2006) 173–182. doi:10.1016/j.pec.2005.12.014.
- [72] A. Cheung, B.A. Finegan, C. Torok-Both, N. Donnelly-Warner, J. Lujic, A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education, *Can. J. Anaesth. J. Can. Anesth.* 54 (2007) 355–360. doi:10.1007/BF03022657.
- [73] W.B. Cannon, *The wisdom of the body*, W W Norton & Co, New York, NY, US, 1932.
- [74] H. Selye, *Stress and psychobiology*, *J. Clin. Exp. Psychopathol.* 17 (1956) 370–375.
- [75] R.S. Lazarus, R. Launier, *Stress-Related Transactions between Person and Environment*, in: L.A. Pervin, M. Lewis (Eds.), *Perspect. Interactional Psychol.*, Springer US, 1978: pp. 287–327. http://link.springer.com.gate2.inist.fr/chapter/10.1007/978-1-4613-3997-7_12 (accessed September 10, 2016).
- [76] S. Folkman, R.S. Lazarus, The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research, *Soc. Sci. Med.* 26 (1988) 309–317. doi:10.1016/0277-9536(88)90395-4.
- [77] S. Spacapan, S. Oskamp, *The Social Psychology of Health: The Claremont Symposium on Applied Social Psychology*, SAGE Publications, Inc, Newbury Park, Calif, 1988.
- [78] I.L. Janis, L. Mann, *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*, Free Press, New York, NY, US, 1977.
- [79] J.C. Coyne, C. Aldwin, R.S. Lazarus, Depression and coping in stressful episodes, *J. Abnorm. Psychol.* 90 (1981) 439–447.
- [80] J.-M. Wattier, O. Barreau, P. Devos, S. Prevost, B. Vallet, G. Lebuffe, *Mesure de l'anxiété et du besoin d'informations préopératoire en six questions*, *Ann. Fr. Anesth. Réanimation.* 30 (2011) 533–537. doi:10.1016/j.annfar.2011.03.010.

RÉSUMÉ

Introduction – Le médecin doit délivrer une information claire et appropriée au patient. Peu d'études s'intéressent à la compréhension du langage médical. Notre objectif principal était d'évaluer la compréhension du langage médical employé en consultation pré-anesthésique.

Matériel et méthodes – Étude observationnelle, prospective, auto-déclarative et monocentrique. Un questionnaire a été remis aux patients adultes se présentant en consultation pré anesthésique au CHU d'Amiens. Le recueil portait sur des données démographiques et la compréhension de dix termes médicaux sous forme de QCM. Le critère de jugement principal était le taux de bonne compréhension globale ($\geq 80\%$) des termes étudiés. Les critères de jugement secondaires étaient les facteurs prédictifs de bonne ou de mauvaise compréhension.

Résultats – 617 questionnaires ont été analysés. La compréhension globale des termes était bonne dans 64,2% des cas. Les facteurs associés à une mauvaise compréhension étaient l'âge supérieur à 71ans (OR 2,2 ; IC95%[1,2-4,01] ; $p=0,010$), le niveau d'études inférieur au baccalauréat (OR 2.5 ; IC95%[1.67-3.75] ; $p<0,0001$) et le fait de ne pas savoir renseigner le type de chirurgie en lien avec la CPA (OR 3.16 ; IC95%[1.94-5.15] ; $p<0,0001$). Un niveau d'études supérieur au baccalauréat (OR 0.41 ; IC95%[0.23-0.71] ; $p=0,002$) et le fait d'être un professionnel de santé (OR 0.35 ; IC95%[0.15-0.85] ; $p=0,020$) étaient associés à une bonne compréhension.

Conclusion – La compréhension du langage médical de notre population est comparable aux données de la littérature. Nous avons mis en évidence plusieurs facteurs prédictifs de bonne ou mauvaise compréhension qui pourront aider les médecins à mieux communiquer avec les patients.

Mots-clefs : anesthésie, consultation pré-anesthésique, langage médical, termes médicaux, communication, compréhension, consentement éclairé

ABSTRACT

Objective – To assess the ability of patients to understand words commonly used during the anesthetic preoperative consultation.

Study design – Observational prospective study by questionnaires.

Patients – 617 adults patients at the holding area of preanesthetic consultation of a university hospital to be admitted.

Methods – Patients were asked to complete a questionnaire that asked each to answer ten multiple choice questionnaires to define ten terms commonly used during the preanesthetic consultation. Patients also answered several demographic questions as part of the survey. Primary outcome was global understanding of ten commonly used terms and secondary outcomes were predictive factors of correct or not understanding. We considered global understanding as good when eight terms or more were understood. Patients were not illiterate.

Results – Ten terms correct global understanding was 64.2%. Predictives factors of lower understanding were age more than seventy-one (OR 2,2 ; IC95%[1,2-4,01] ; $p=0,010$), education level under highschool (OR 2.5 ; IC95%[1.67-3.75] ; $p<0,0001$) and ignorance of the name of surgery coming (OR 3.16 ; IC95%[1.94-5.15] ; $p<0,0001$). Education level more than highschool (OR 0.41 ; IC95%[0.23-0.71] ; $p=0,002$) and healthcare professional (OR 0.35 ; IC95%[0.15-0.85] ; $p=0,020$) were associate with higher understanding of medical terms.

Conclusions – Understanding of medical language was comparable with previous works. . We found predictives factors of correct or not understanding will be help physicians to increase their communication skills.

Keywords : anaesthesia, preanesthetic consultation, medical language, medical terms, communication, understanding, informed consent