



HAL
open science

Étude du niveau de compréhension de la consultation de médecine générale menée auprès de patients des Hauts-de-France

Camille Dubois

► **To cite this version:**

Camille Dubois. Étude du niveau de compréhension de la consultation de médecine générale menée auprès de patients des Hauts-de-France. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02304892

HAL Id: dumas-02304892

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02304892>

Submitted on 3 Oct 2019

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 2019

N° 2019-43

**ÉTUDE DU NIVEAU DE COMPRÉHENSION DE LA
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE MENÉE
AUPRÈS DE PATIENTS DES HAUTS-DE-FRANCE.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

le 14/05/2019

Par

Camille DUBOIS

Président du jury :

Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUR

Monsieur le Docteur Dimitri TITECA-BEAUPORT

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Lisa MÉBARKI

A Monsieur le Professeur Laurent LEBORGNE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Cardiologie)

Responsable du service Unité de Soins Intensifs de Cardiologie et Unité de Douleur

Thoracique

Pôle « Coeur – Thorax - Vaisseaux ».

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

J'espère que cette thèse sera digne de votre jugement.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean- Luc SCHMIT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de siéger parmi les membres

de ce jury pour juger mon travail.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements.

A Madame le Docteur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)

Laboratoire de Bactériologie et Virologie

Pôle biologie, pharmacie et santé des populations.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yazine MAHJOUB

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence)

*Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.
Veuillez trouver dans ces quelques lignes l'expression de ma gratitude et de mon profond
respect.*

A Monsieur le Docteur Dimitri TITECA-BEAUPORT

Praticien Hospitalier

(Néphrologie, médecine interne, hémodialyse, transplantation)

Tu me fais l'honneur de juger cette thèse.

Sois assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Lisa MEBARKI

Médecin généraliste
Capacité et biologie du sport
Échographiste ostéo-articulaire

*Tu me fais l'honneur de diriger cette thèse.
Merci pour ta confiance, ta disponibilité et ton implication pour ce travail.
Je ne peux que souligner tes qualités médicales, ta curiosité et ta persévérance.
Sois assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.*

Papa, Maman, merci pour ce soutien infaillible. Tout au long de mon cursus, vous m'avez toujours soutenu, encouragé et aidé. Vous avez su me donner toutes les chances pour réussir.

A Guillaume, pour ton amour inconditionnel, ton soutien, nos fous-rires, et tous nos projets.

A ma sœur, reste telle que tu es, surtout ne change pas, et à toi **Kevin**, mon beau-frère préféré.

A Jules et Lily, mes petits chats, pour le bonheur que vous m'apportez à chaque fois que je vous vois.

A Papy Jean-Pierre et Mamie Claudie, je suis admirative de ton travail à ton époque et suis heureuse de pouvoir suivre tes traces.

A Mamie Nicole, merci pour tous ces bons moments partagés avec toi, ces après-midi après l'école, ces soirées où je venais dormir chez toi ou encore ces repas que j'aime tant avant la reprise des consultations.

A ma grande famille, c'est toujours une joie d'être ensemble.

A Laurence et Joël, de m'avoir accueilli dans votre famille.

A mes amies d'enfance, Mathilde, Mathilde et Juliana, pour toutes ces années d'amitié, ces fous-rires, ces bons moments passés ensemble. **À Mika, Loïc et Nicolas**, de rendre mes copines heureuses.

Aux « besties », Victoria, Philippine, Camille, Elsa, Marion, Valentine, Flore, pour cette amitié qui nous a liées au cours de nos longues études, **ainsi qu' à Morgane et Chloé**.

A mes amies d'internat, Claire, Amandine, Soumaya et Ruxandra, pour tous ces dimanches soirs, ces discussions, et surtout pour ce premier semestre d'internat à Compiègne, incontestablement le meilleur de tous.

A Laure, Damien, Ch'nu, Claire, Mimi, Chouquette et Pierre, pour m'avoir intégré dans votre groupe d'amis, c'est un réel plaisir de vous voir à chaque fois.

A Élias, Joffrey, et Adrien, pour toutes ces années d'amitié, ces heures de BU beaucoup plus sympas en votre compagnie .

A Mesut, pour toute l'aide que tu m'as apportée au cours de l'élaboration de cette thèse.

A mes instituteurs préférés, Mr Bonnière et Mr Boussu, merci d'avoir été des instituteurs au top, et de m'avoir inculqué la rigueur dans le travail.

À mes différents maîtres de stage, Dr Ancy, Dr Zborowska, Dr Flory pour votre pédagogie et la transmission de votre savoir.

Et à tous les autres que j'ai pu croiser au cours de mon parcours, les médecins, infirmières, aides-soignants, pour leur dévouement auprès des patients.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
1. L'approche centrée sur le patient	15
2. Les processus de communication	16
3. L'information un droit fondamental	17
4. Les facteurs à l'origine du manque de compréhension	18
I. MATÉRIEL ET MÉTHODE	19
I.1 - Objectifs de travail	19
I.2 - Protocole d'études	19
I.2.1 - Type d'étude	19
I.2.2 - Population étudiée	19
I.2.2.1 - Critères d'inclusion	19
I.2.2.2 - Critères de non inclusion	20
I.2.2.3 - Critère d'exclusion	20
I.3 - Le questionnaire	20
I.3.1 - Descriptif	20
I.3.2 - Élaboration du questionnaire	21
I.3.3 - Déroulement de l'enquête et recueil des données	21
I.3.4 - Résultats statistiques	21
I.3.5 - Conditions éthiques et réglementaires	21
II. RÉSULTATS	23
II.1 - Inclusion	23
II.2 - Caractéristiques de la population	24
II.2.1 - L'âge	24
II.2.2 - Le sexe	24
II.2.3 - Le niveau d'études	25
II.2.4 - Le reste des caractéristiques de la population	25
II.3 - Motifs de consultation	26
II.4 - Résultats sur le critère de jugement principal	26

II.4.1 - Le diagnostic	26
II.4.1.1 - Selon l'âge	27
II.4.1.2 - Selon le sexe	27
II.4.1.3 - Selon le niveau d'études	28
II.4.1.4 - Selon le métier	28
II.4.1.5 - Selon l'entourage	29
II.4.1.6 - Selon la consommation de séries médicales	29
II.4.2 - Les traitements et l'ordonnance	30
II.4.2.1 - Lisibilité de l'ordonnance selon l'âge	31
II.4.2.2 - Lisibilité de l'ordonnance selon le sexe	31
II.4.2.3 - Lisibilité de l'ordonnance selon le niveau d'études	32
II.4.2.4 - Lisibilité de l'ordonnance selon le métier	32
II.4.2.5 - Lisibilité de l'ordonnance selon l'entourage	33
II.4.3 - Les examens complémentaires	33
II.5 - Résultats sur les critères de jugements secondaires	34
II.5.1 - Évaluation de la satisfaction vis-à-vis du diagnostic	35
II.5.1.1 - Pour les explications données	35
II.5.1.2 - Pour le temps consacré aux explications	35
II.5.2 - Évaluation de la satisfaction vis-à-vis du traitement	36
II.5.2.1 - Pour les explications données	36
II.5.2.2 - Pour le temps consacré aux explications	36
II.5.3 - Évaluation de la satisfaction vis-à-vis de la consultation	37
II.5.4 - Évaluation de la satisfaction du temps passé en consultation	37
II.5.5 - Évaluation de la satisfaction de la consultation	38
II.5.5.1 - Selon la compréhension réelle du diagnostic	38
II.5.5.2 - Selon la compréhension des termes utilisés	38
II.5.5.3 - Selon la compréhension de l'utilité des médicaments	39
II.5.5.4 - Selon la lisibilité de l'ordonnance	39
II.5.5.5 - Selon la notification de la durée de prise des médicaments	40
II.5.5.6 - Selon la notification des doses de médicaments	40
II.6 - Biais de l'étude	41
III. DISCUSSION	42
III.1 - Discussion à propos de la population de l'étude.	43

III.2 - Discussion du critère de jugement principal	43
III.2.1 - Selon l'âge	45
III.2.2 - Selon le sexe	45
III.2.3 - Selon le niveau d'études	46
III.2.4 - Selon le métier	46
III.2.5 - Selon la qualité des prescriptions	46
III.2.6 - Selon la consommation de séries médicales ou d'internet	47
III.2.7 - Améliorations possibles pouvant faciliter la compréhension du patient	48
III.3 - Discussion du critère de jugement secondaire	48
 CONCLUSION	 50
 ANNEXES	 51
Annexe 1. Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale	51
Annexe 2. Questionnaire remis aux patients participant à l'étude	57
Annexe 3. Fiche d'information et de consentement remis au patient	61
Annexe 4. Avis du CPP d'Ile de France VI	63
 BIBLIOGRAPHIE	 64

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACP : Approche centrée sur le patient

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CPP : Comité de Protection des Personnes

DCI : Dénomination Commune Internationale

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

INTRODUCTION

La communication médecin-malade a pris une place majeure dans la consultation de médecine générale. La prévalence croissante des pathologies chroniques, des nouvelles technologies, des avancées de la médecine, ainsi que l'évolution de la position du patient placent la relation médecin-malade au coeur de nombreuses recherches.

L'approche, autrefois centrée sur la maladie, laisse place à une approche centrée sur le patient (ACP). Une bonne communication entre le professionnel de santé et le patient améliore l'observance, le suivi des traitements, les résultats, et la satisfaction des patients et du médecin [1].

1. L'approche centrée sur le patient

Longtemps, le modèle paternaliste a dominé dans la relation médecin-patient. Ce modèle de relation inégalitaire, où le médecin est seul détenteur du savoir médical lui permet de prendre les décisions diagnostiques et thérapeutiques concernant le patient. En effet, c'est le médecin, expert dans son domaine qui est capable de prendre la décision la plus appropriée pour le patient, qui lui est profane. L'approche était alors centrée sur la maladie, et non sur le patient.

Avec les progrès de la médecine et l'évolution de la société, le patient a dû s'impliquer concernant les décisions sur sa santé, et la relation médecin-patient est devenue plus égalitaire.

L'ACP a fait l'objet de nombreuses études, elle s'est développée à partir des travaux de M. Balint et C. Rogers. C'est une démarche clinique intégrant les perspectives du médecin (démarche biomédicale, raisonnement clinique, diagnostic et thérapeutique) et celles du patient (expérience vécue de la maladie, motif réel de consultation).

La démarche clinique ACP est composée de 4 dimensions, intriquées les unes aux autres :

- L'exploration de la maladie et de l'expérience qu'elle fait vivre au patient.

- La compréhension de la personne dans sa globalité : biomédicale, psycho-sociale et son contexte.
- La recherche d'un terrain d'entente, d'une compréhension commune sur la maladie, et les solutions pour aboutir à une décision commune.
- Le développement d'une alliance thérapeutique.

Pour M. Balint, médecin et psychanalyste, le médecin fait partie intégrante du remède, même si son action se fait par l'intermédiaire d'un médicament, d'un traitement chirurgical ou d'un examen [2].

2. Les processus de communication

La consultation, est selon le guide Calgary - Cambridge de l'entrevue médicale (annexe 1), composée plusieurs phases :

- Le début de l'entrevue
- Le recueil de l'information
- La hiérarchisation de l'entrevue
- La construction de la relation
- L'explication et la planification
- La fin de l'entrevue

Pour cette étude le processus d'explication et de planification est particulièrement important, et se compose de la façon suivante :

- Fournir la quantité et le type adéquat d'informations: le médecin doit fournir l'information de manière progressive et adaptée, doit vérifier la compréhension du patient, évaluer ses connaissances, et lui demander quelles autres informations seraient utiles. Il doit délivrer l'information aux moments appropriés.

- Aider le patient à retenir et comprendre les informations : organiser les explications, les structurer, les répéter et les résumer régulièrement. Il doit utiliser un langage simple, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, utiliser des aides visuelles pour transmettre l'information, vérifier sa compréhension.
- Répondre aux interrogations du patient afin de renforcer la compréhension de celui-ci.
- Arriver à une compréhension partagée en intégrant le patient : relier ses explications aux opinions du patient sur ses malaises, lui fournir des opportunités pour participer et l'encourager à contribuer, relever les indices verbaux et non verbaux, faire exprimer au patient ses croyances et ses émotions.
- Planifier : partager ses réflexions cliniques, impliquer le patient, explorer les différentes options d'action, s'assurer du niveau d'implication souhaité, discuter d'un plan acceptable, et vérifier que le patient est d'accord avec ce plan [3].

3. L'information : un droit fondamental

Avec la loi du 4 mars 2002 du code de santé publique, la relation médecin-malade a évolué d'une position paternaliste inégalitaire, à une relation dans laquelle le patient devient plus autonome, participant aux décisions médicales.

Selon l'article L.1111-2 de la loi du 4 mars 2002 du code de santé publique, « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée* » [4].

Il est admis que la mauvaise observance thérapeutique joue un rôle majeur dans l'échec d'un traitement, et constitue un problème de santé publique majeur. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *Optimiser l'observance médicamenteuse*

aurait plus d'impact en terme de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments » [5]. Cependant, il peut exister un défaut d'observance thérapeutique sur le simple fait que les informations transmises par le professionnel de santé n'ont pas été comprises par le patient.

Le médecin doit donc être capable de délivrer l'information médicale et surtout de s'assurer de sa bonne compréhension par le patient.

Il a été rapporté que 40 à 80 % des explications délivrées par le professionnel de santé sont immédiatement oubliées par le patient [6].

4. Les facteurs à l'origine du manque de compréhension

Plusieurs études ont été réalisées afin d'évaluer les différents facteurs pouvant être à l'origine de ce manque de compréhension par le patient, mais très peu d'entre-elles ont été réalisées dans le cadre de la consultation de médecine générale [7]-[14].

Les principaux facteurs retrouvés au cours de ces études, pouvant être à l'origine du manque de compréhension entre le médecin et son patient sont :

- relatifs au patient : l'alphabétisation, l'âge, le genre ou le contexte socio-économique .
- relatifs au médecin : la charge de travail, le manque de compétence en communication ou l'utilisation du vocabulaire médical.
- Le mode d'information : information orale versus information écrite.

Cette étude a pour but d'étudier le niveau de compréhension des informations délivrées par le professionnel de santé aux patients en consultation de médecine générale, ainsi que la satisfaction des patients vis-à-vis des explications et du temps accordé à celles-ci.

I - MATÉRIEL ET MÉTHODE

I.1 - Objectifs de travail

L'objectif principal de cette étude était d'apprécier la compréhension par le patient de sa pathologie, du traitement, et de l'ordonnance à la sortie d'une consultation chez le médecin généraliste.

Les objectifs secondaires consistaient à apprécier le degré de satisfaction du patient de sa consultation chez le médecin généraliste, notamment vis-à-vis du temps consacré ou des explications données sur la pathologie, le traitement prescrit ou les examens complémentaires.

I.2 - Protocole d'études

I.2.1 - Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, prospective observationnelle et multicentrique sous la forme d'un questionnaire auto-déclaratif. Elle s'est déroulée dans 3 cabinets de médecine générale, dont 2 maisons de santé pluridisciplinaires, dans la région des Hauts-de-France, du 2 juillet au 28 septembre 2018.

I.2.2 - Population étudiée

I.2.2.1 - Critères d'inclusion

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

- majeur
- langue : française
- se présentant seul en consultation
- motif de consultation : pathologie aiguë

I.2.2.2 - Critères de non inclusion

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

- illettré
- mineur
- langue étrangère
- patient atteint de trouble neurologique : de type démence ou trouble de la mémoire
- sous tutelle ou curatelle

I.2.2.3 - Critère d'exclusion

Le critère entraînant l'exclusion était l'absence de réponse pour le motif de consultation CISP2.

I.3 - Le questionnaire

I.3.1 - Descriptif

Le questionnaire, exposé en annexe 2, comprenait 28 questions, divisées en 3 parties :

- La première partie recueillait les données démographiques du patient : âge, sexe, langue maternelle, niveau d'études, exercice éventuel d'une profession médicale ou paramédicale, présence d'un proche dans le domaine médical, consommation éventuelle de séries télévisées médicales.
- La deuxième partie concernait la consultation, avec quinze questions fermées: motif de consultation, évaluation de la compréhension des diagnostic/traitements/examens complémentaires, évaluation du degré de satisfaction vis-à-vis des explications données sur les diagnostic/traitements/examens complémentaires et du temps consacré à celles-ci.
- La troisième partie concernait l'ordonnance, avec évaluation de la lisibilité, recherche des différentes mentions (posologie, doses, horaires et durée de prise) , ainsi que la compréhension par le patient de celle-ci.

I.3.2 - Élaboration du questionnaire

L'élaboration du questionnaire avait fait suite à une revue de la littérature. Celui-ci avait fait l'objet de plusieurs corrections. Après relecture, des questions avaient été jugées inutiles, elles avaient donc été supprimées.

I.3.3 - Déroulement de l'enquête et recueil des données

Après réalisation de la consultation de médecine générale, le médecin, si le patient correspondait aux critères d'inclusion et de non-inclusion de l'étude, proposait au patient de participer à l'étude.

Après obtention de son consentement, le questionnaire lui était délivré, ainsi qu'une feuille d'introduction qui précisait les objectifs du travail, disponible en annexes 2 et 3.

Les patients devaient alors renseigner le questionnaire, sur la base du volontariat. Aucune donnée nominative n'avait été recueillie. Le questionnaire était ensuite déposé dans une boîte par les patients, avant leur départ du cabinet, afin de respecter l'anonymat.

I.3.4 - Résultats statistiques

L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel SAS.

Les données qualitatives ont été exprimées par leurs effectifs et leurs pourcentages.

Les variables qualitatives ont été comparées par un test de chi-deux.

L'analyse des facteurs prédictifs et les variables significatives en analyse univariée avec $p \leq 0,10$ ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivariée.

La significativité statistique étant retenue pour des valeurs de $p \leq 0,05$.

I.3.5 - Considérations éthiques et réglementaires

Lors de la réalisation de cette étude, s'était posée la question du Comité de Protection des Personnes (CPP). Après avis consultatif auprès du CPP d'Amiens, il semblait nécessaire de réaliser le dossier pour avoir l'accord du CPP. Un dossier avait donc été réalisé.

L'étude avait donc été enregistrée auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) sous le n°2017-A03424-49.

Cette étude avait reçu l'avis du Comité de Protection des Personnes d'Ile de France VI le 6 juillet 2018, selon lequel cette étude ne relevait pas du champ d'application sur les recherches impliquant les personnes humaines (RIPH). L'avis référencé CPP/ 45-18 est disponible en annexe 4.

II - RÉSULTATS

II.1 - Inclusion

Cette étude s'est déroulée du 2 juillet au 28 septembre 2018, 100 questionnaires ont été distribués par les médecins généralistes participants. Seulement 64 questionnaires ont été récupérés, dont 6 questionnaires qui ont été exclus de l'analyse statistique. Au total, 58 questionnaires ont été inclus pour l'analyse statistique.

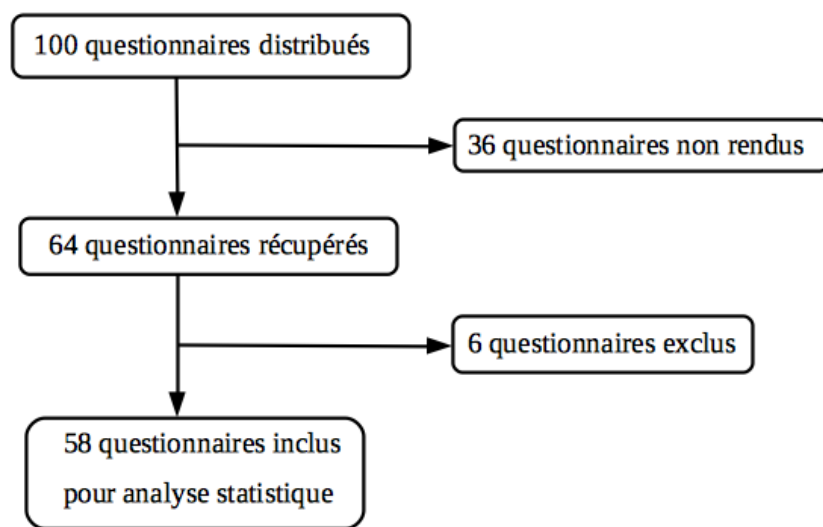


Figure 1. Diagramme de flux.

II.2 - Caractéristiques de la population

II.2.1 - L'âge

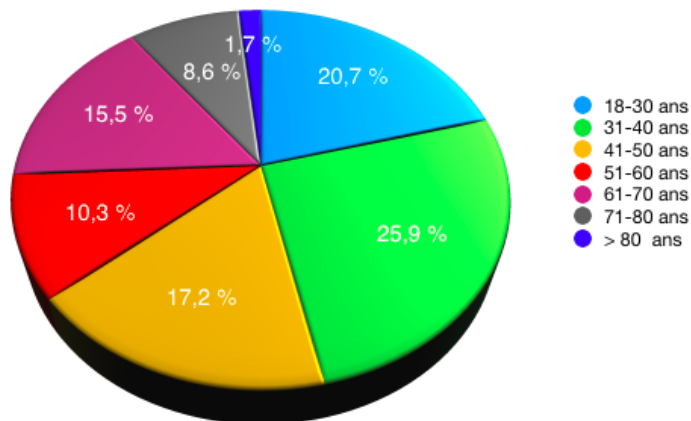


Figure 2. Âge de la population.

L'âge de l'échantillon étudié ne présentait pas une distribution normale, c'est à dire qu'elle ne suivait pas une distribution gaussienne. C'est donc l'âge médian qui a été utilisé pour l'étude statistique, et non l'âge moyen de la population.

L'âge médian de la population étudiée était de 45,5 ans.

II.2.2 - Le sexe

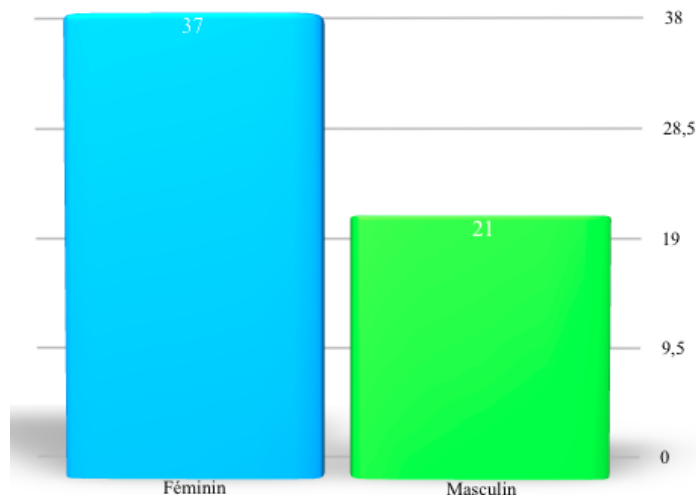


Figure 3. Sexe de la population.

La population était composée de 36,2 % de sujets masculins et de 63,8 % de sujets féminins.

II.2.3 - Le niveau d'études

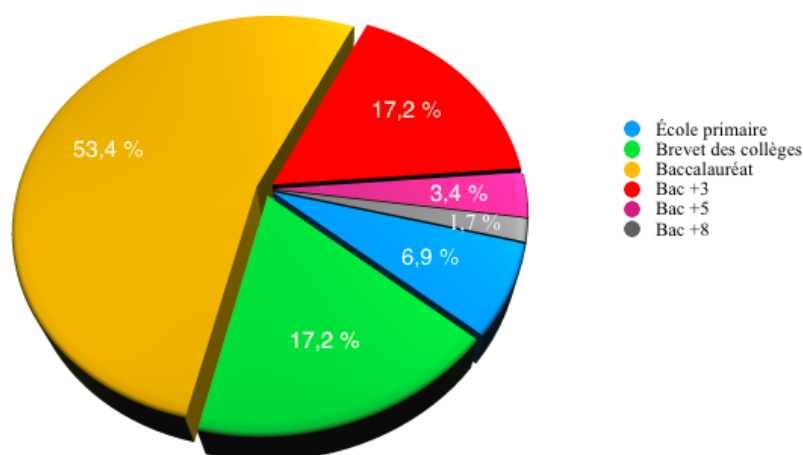


Figure 4. Niveau d'études de la population.

La population étudiée était répartie comme suit :

- 6,9 % de la population avait un niveau d'école primaire ;
- 17,2 % avait un niveau brevet des collèges ;
- 53,4 % un niveau de baccalauréat ;
- 17,2 % un niveau BAC+3 ;
- 3,4 % un niveau BAC+5 ;
- 1,7 % un niveau BAC+8.

II.2.4 - Le reste des caractéristiques de la population

Caractéristiques	Total n=58 (100%)
Langue maternelle	
Française	57 (98,3 %)
Profession	
Professionnels de santé	9 (15,5 %)
Profession de l'entourage proche	
Profession médicale	7 (12,1 %)
Profession paramédicale	16 (27,6 %)
Divers	
Consommation de séries télévisées médicales	23 (39,6 %)

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée.

II.3 - Motifs de consultation

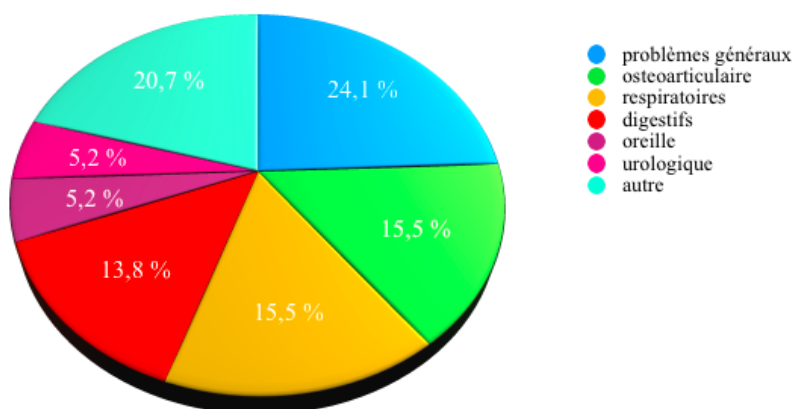


Figure 5. Motifs de consultation.

Les principaux motifs de consultation étaient dans 24,1 % des cas pour des problèmes généraux ; pour des motifs ostéoarticulaires et respiratoires (15,5 % chacun), 13,8 % pour des raisons digestives.

II.4 - Résultats sur le critère de jugement principal

II.4.1 - Le diagnostic

55 patients disaient avoir compris le diagnostic retrouvé par le médecin (soit 94,8%), et seulement 37 patients ont été capables de citer un diagnostic à la fin de la consultation.

Afin d'évaluer la réelle compréhension du diagnostic par le patient, il a été mis en relation le motif de consultation CISP-2 et le diagnostic cité par le patient ; si ceux-ci étaient en rapport, il a été considéré que le patient avait réellement compris le diagnostic. Par exemple, un patient venant pour un motif urologique et citant comme diagnostic une cystite ou une infection urinaire était considéré comme ayant réellement compris le diagnostic. Cependant s'il venait pour un motif urologique et qu'il citait comme diagnostic une pneumopathie, il était considéré que le patient n'avait pas compris le diagnostic. Il a été arbitrairement décidé que les patients n'ayant pas cité le diagnostic porté lors de la consultation n'ont pas compris celui-ci.

Ainsi, sur les 58 questionnaires inclus, 32 patients ont correctement compris le diagnostic évoqué par le médecin (soit 55,2%).

II.4.1.1 - Selon l'âge

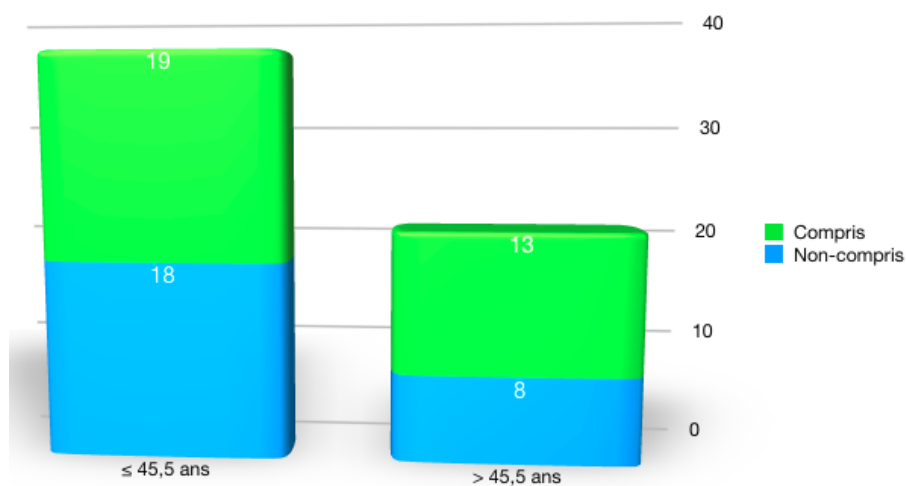


Figure 6. Compréhension réelle du diagnostic selon l'âge de la population.

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre la compréhension réelle du diagnostic et l'âge de la population ($p=0,43$).

II.4.1.2 - Selon le sexe

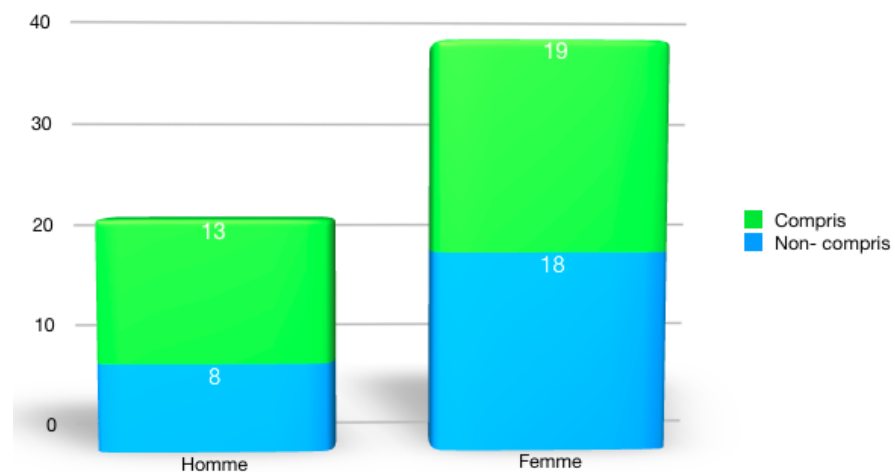


Figure 7. Compréhension réelle du diagnostic selon le sexe.

Aucune différence statistiquement significative n'a été établie entre la compréhension réelle du diagnostic et le sexe du patient ($p=0,43$).

II.4.1.3 - Selon le niveau d'études

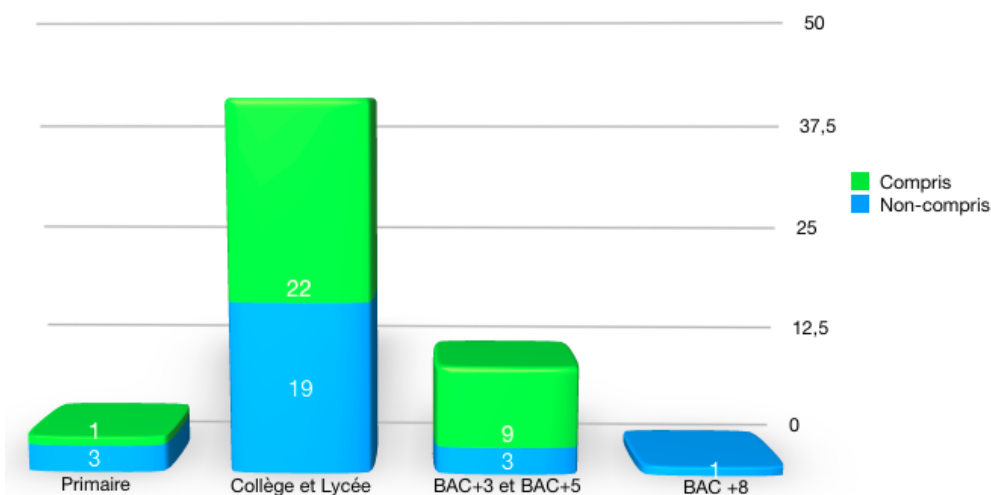


Figure 8. Compréhension réelle du diagnostic selon le niveau d'études de la population.

Avec $p=0,1$, si on considère $p < 0,05$, le niveau d'études n'était pas significatif dans la compréhension réelle du diagnostic. Les résultats évoquent cependant une tendance à la significativité, probablement non retrouvée ici dû au manque de puissance de l'étude.

II.4.1.4 - Selon le métier

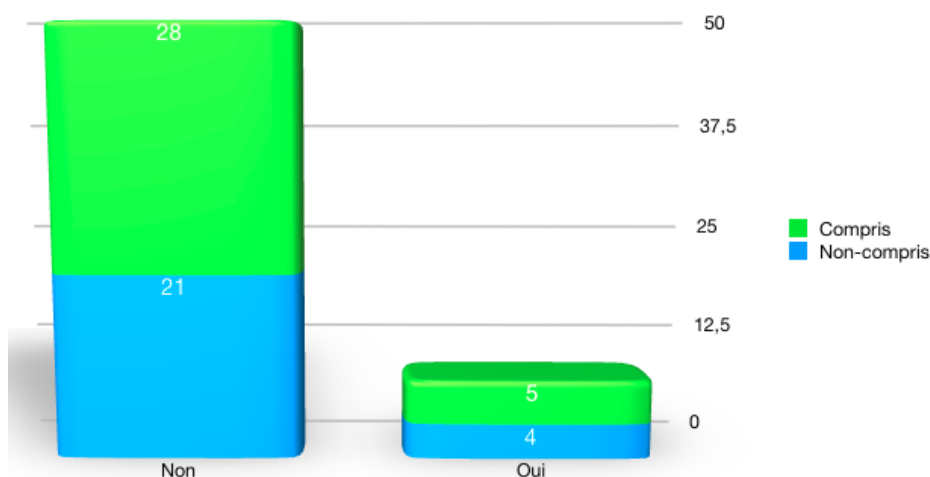


Figure 9. Compréhension réelle du diagnostic selon la profession médicale.

Lors de cette étude, il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre la compréhension réelle du diagnostic et le fait d'être professionnel de santé ($p=0,92$).

II.4.1.5 - Selon l'entourage

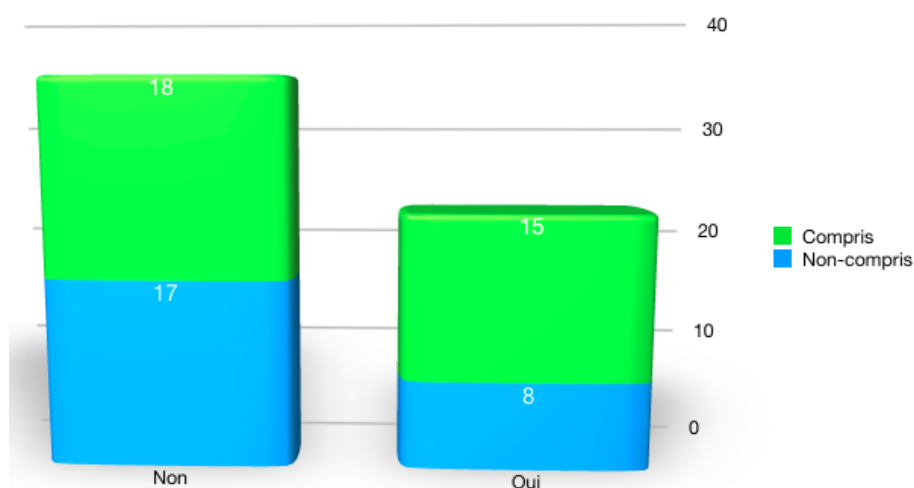


Figure 10. Compréhension réelle du diagnostic selon l'entourage médical ou paramédical du patient.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la compréhension réelle du diagnostic et la présence dans l'entourage de personnel médical ou paramédical ($p=0,65$).

II.4.1.6 - Selon la consommation de séries médicales

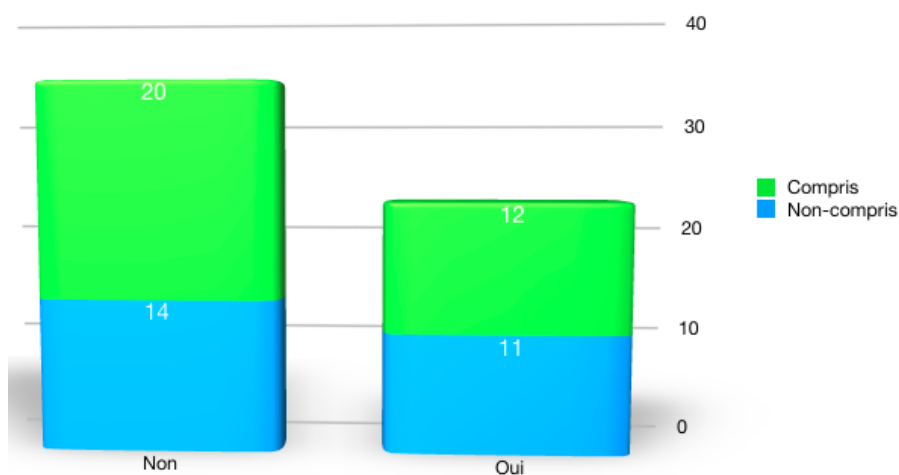


Figure 11. Compréhension réelle du diagnostic selon la consommation de séries médicales.

Aucune différence statistiquement significative n'a été établie entre la compréhension réelle du diagnostic et la consommation de séries médicales par le patient ($p=0,61$).

II.4.2 - Les traitements et l'ordonnance

100 % des patients déclaraient avoir compris le traitement prescrit par le médecin, ainsi que l'utilité des médicaments prescrits.

Lors de « l'épluchage » des ordonnances à la sortie de la consultation de médecine générale, 94,7 % des patients déclaraient que l'ordonnance était lisible, 89,5 % que l'ordonnance mentionnait la posologie des médicaments, 96,5% des patients que les doses de médicaments à prendre étaient notifiées, 68,4 % de la population que les horaires de prise médicamenteuse étaient bien mentionnées , et 98,2 % des patients que l'ordonnance mentionnait la durée de prise des médicaments.

Aucun patient ne déclarait ne pas comprendre l'ensemble des éléments de l'ordonnance.

A noter qu'un(e) patient(e) était sortie de consultation sans ordonnance, ce qui explique que la population était composée de 57 patients pour l'analyse des données concernant les items sur l'ordonnance.

Variables n=57	Oui (%)	Non (%)
Lisibilité	54 (94,7 %)	3 (5,3%)
Posologie	51 (89,5%)	6 (10,5%)
Doses	55 (96,5 %)	2 (3,5%)
Horaires de prise	39 (68,4 %)	18 (31,6%)
Durée de prise	56 (98,2%)	1 (1,8%)

Tableau 2. Analyse des informations contenues dans les ordonnances.

II.4.2.1 - Lisibilité de l'ordonnance selon l'âge

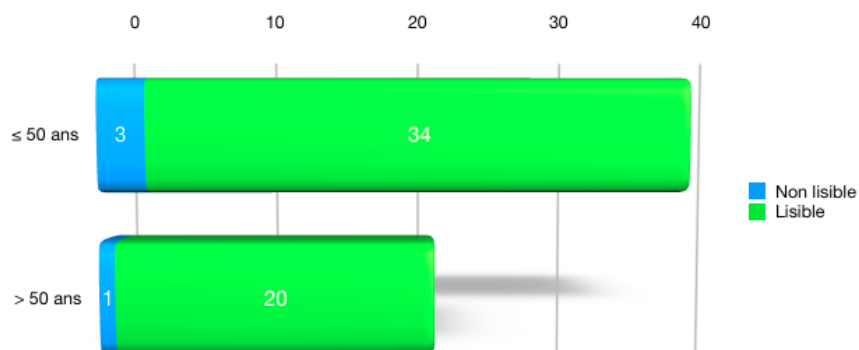


Figure 12. Lisibilité de l'ordonnance selon l'âge.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la lisibilité de l'ordonnance et l'âge de la population ($p=0,62$).

II.4.2.2 - Lisibilité de l'ordonnance selon le sexe

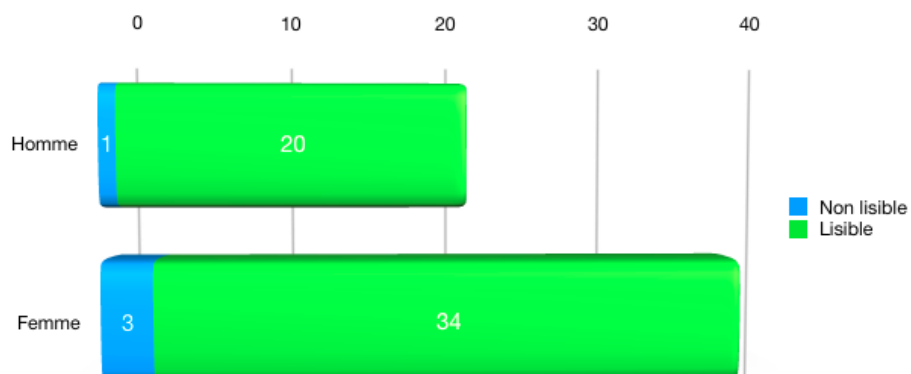


Figure 13. Lisibilité de l'ordonnance selon le sexe

Il n'a pas été établi de différence statistiquement significative entre la lisibilité de l'ordonnance et le sexe de la population ($p=0,62$).

II.4.2.3 - Lisibilité de l'ordonnance selon le niveau d'études

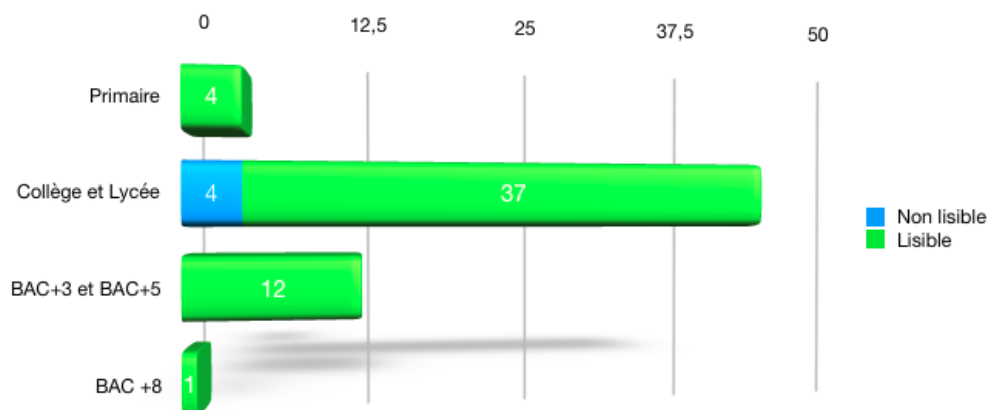


Figure 14. Lisibilité de l'ordonnance selon le niveau d'études.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la lisibilité de l'ordonnance et le niveau d'études ($p=0,61$).

II.4.2.4 - Lisibilité de l'ordonnance selon le métier

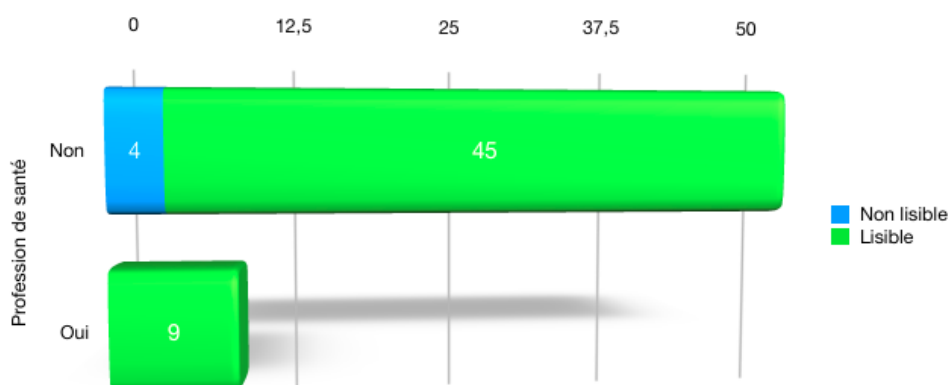


Figure 15. Lisibilité de l'ordonnance selon si l'on est professionnel de santé ou non.

Aucune différence statistiquement significative n'a été démontré entre la lisibilité de l'ordonnance et le fait d'être professionnel de santé ($p=0,37$).

II.4.2.5 - Lisibilité de l'ordonnance selon l'entourage

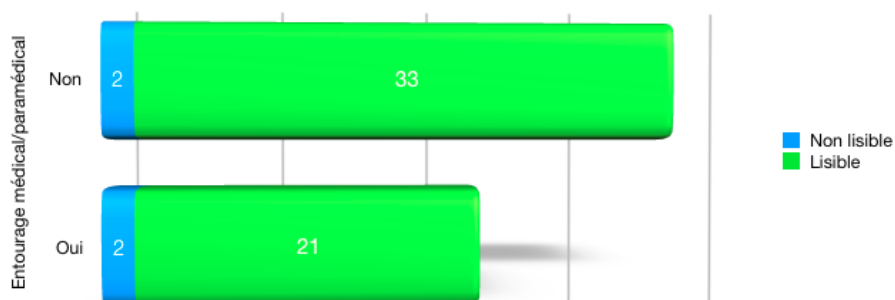


Figure 16. Lisibilité de l'ordonnance selon la présence de profession médicale ou paramédicale dans l'entourage du patient.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la lisibilité de l'ordonnance et le fait d'avoir dans son entourage du personnel médical ou paramédical ($p=0,52$).

II.4.3 - Les examens complémentaires

Au cours de cette étude, seuls 18 patients s'étaient vus prescrire des examens complémentaires à réaliser (soit 31% de la population étudiée). La totalité des patients, soit 100 % des patients inclus avaient déclaré comprendre l'intérêt des examens complémentaires à réaliser. Cependant, seuls 14 patients sur les 18 avaient été capables de citer les examens-complémentaires à réaliser (soit 77,8%).

II.5 - Résultats sur les critères de jugements secondaires

L'étude avait pour but d'évaluer également la satisfaction des patients vis-à-vis des explications données, du temps consacré à ces explications, sur trois items que sont le diagnostic, le traitement entrepris et la consultation en général (explications délivrées et temps de consultation).

Elle avait révélé que :

Évaluation de la satisfaction (n=58)	Explications délivrées	Temps consacré
Diagnostic	Pas du tout satisfait n=0	Pas du tout satisfait n=1(1,72%)
	Plutôt pas satisfait n=1 (1,72%)	Plutôt pas satisfait n=1(1,72%)
	Plutôt satisfait n=10(17,2%)	Plutôt satisfait n= 9(15,5%)
	Tout à fait satisfait n= 47(81,0%)	Tout à fait satisfait n=47 (81,0%)
Traitement	Pas du tout satisfait n=0	Pas du tout satisfait n=0
	Plutôt pas satisfait n=1(1,72%)	Plutôt pas satisfait n=2(3,44 %)
	Plutôt satisfait n=16 (27,6%)	Plutôt satisfait n=14 (24,1 %)
	Tout à fait satisfait n=41 (70,7 %)	Tout à fait satisfait n=42(72,4%)
Consultation	Pas du tout satisfait n=0	Oui n=1(1,7%)
	Plutôt pas satisfait n=1(1,7%)	
	Plutôt satisfait n=8(13,8%)	Non n=57(98,3%)
	Tout à fait satisfait n=49(79,3%)	

Tableau 3. Évaluation de la satisfaction des patients.

II.5.1 - Évaluation de la satisfaction vis-à-vis du diagnostic

II.5.1.1 - Pour les explications données

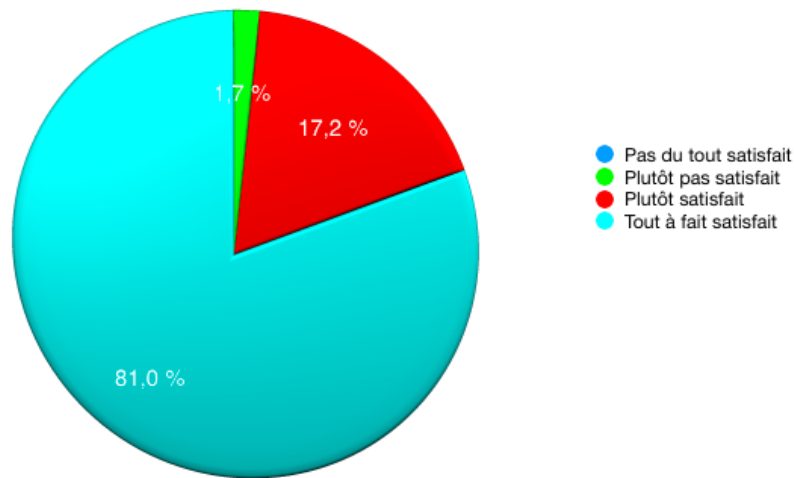


Figure 17. Satisfaction des explications données sur le diagnostic.

81 % de la population sondée était tout à fait satisfaite des explications données en rapport avec le diagnostic par le praticien, 17,2 % était plutôt satisfaite et 1,7 % n'était plutôt pas satisfaite.

II.5.1.2 - Pour le temps consacré aux explications

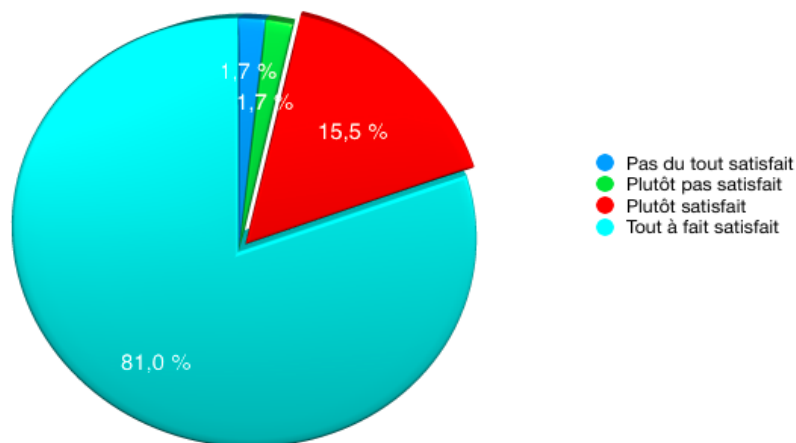


Figure 18. Satisfaction selon le temps consacré aux explications du diagnostic.

81 % de la population sondée était tout à fait satisfaite du temps consacré aux explications du diagnostic données par le praticien, 15,5 % était plutôt satisfaite et 1,7 % n'était plutôt pas satisfaite et pas du tout satisfaite (1,7 % pour chacun des items).

II.5.2 - Évaluation de la satisfaction vis-à-vis du traitement

II.5.2.1 - Pour les explications données

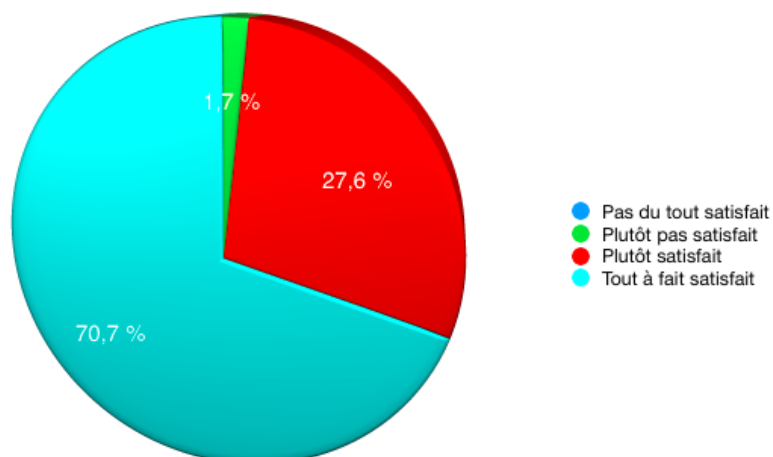


Figure 19. Satisfaction des explications données à propos du traitement.

70,7 % de la population était tout à fait satisfaite des explications données vis-à-vis du traitement prescrit, 27,6 % était plutôt satisfaite et 1,7 % n'était plutôt pas satisfaite des explications données sur le traitement.

II.5.2.2 - Pour le temps consacré aux explications

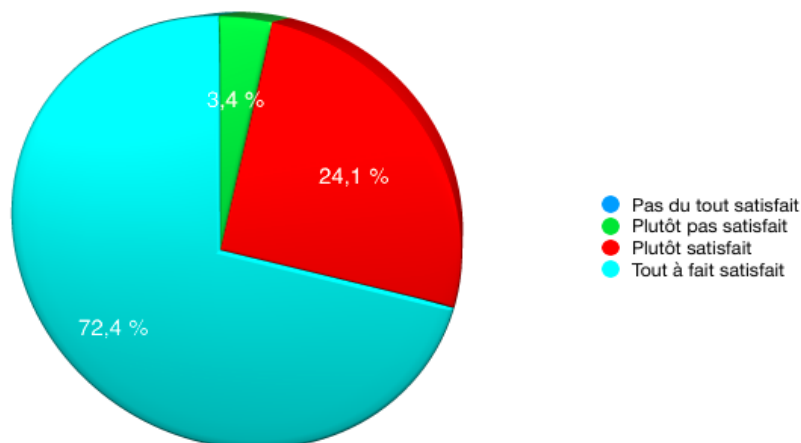


Figure 20. Satisfaction du temps consacré aux explications du traitement.

72,4 % de la population étudiée était tout à fait satisfaite du temps consacré aux explications données sur le traitement prescrit, 24,1 % était plutôt satisfaite et 3,4 % n'était plutôt pas satisfaite.

II.5.3 - Évaluation de la satisfaction vis-à-vis de la consultation

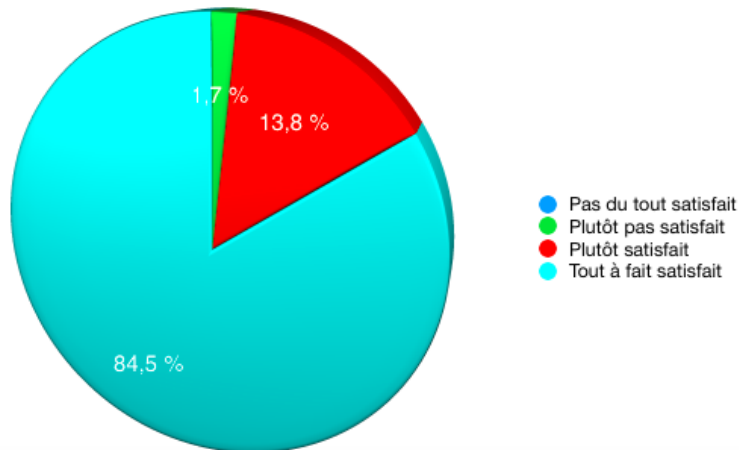


Figure 21. Satisfaction de la consultation.

84,5 % de la population questionnée était tout à fait satisfaite de la consultation réalisée avec le médecin généraliste, 13,8 % était plutôt satisfaite de cette consultation et 1,7 % n'était plutôt pas satisfaite de la consultation.

II.5.4 - Évaluation de la satisfaction du temps passé en consultation

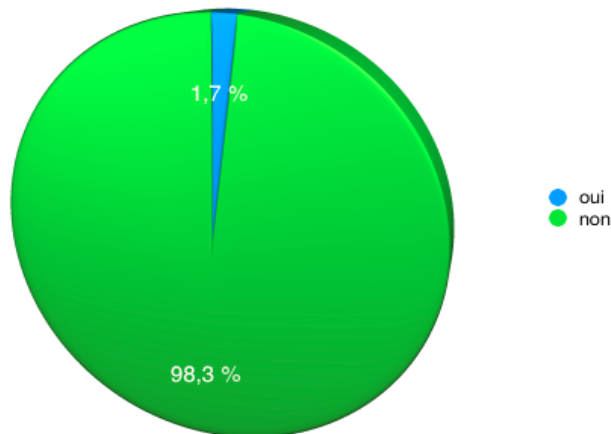


Figure 22. Satisfaction du temps passé en consultation.

En ce qui concerne le temps consacré à la consultation, 98,3 % de la population ne souhaitait pas passer plus de temps en consultation, celui-ci étant considéré comme suffisant ; contre 1,7 % qui aurait souhaité passer plus de temps en consultation.

II.5.5 - Évaluation de la satisfaction de la consultation

II.5.5.1 - Selon la compréhension réelle du diagnostic

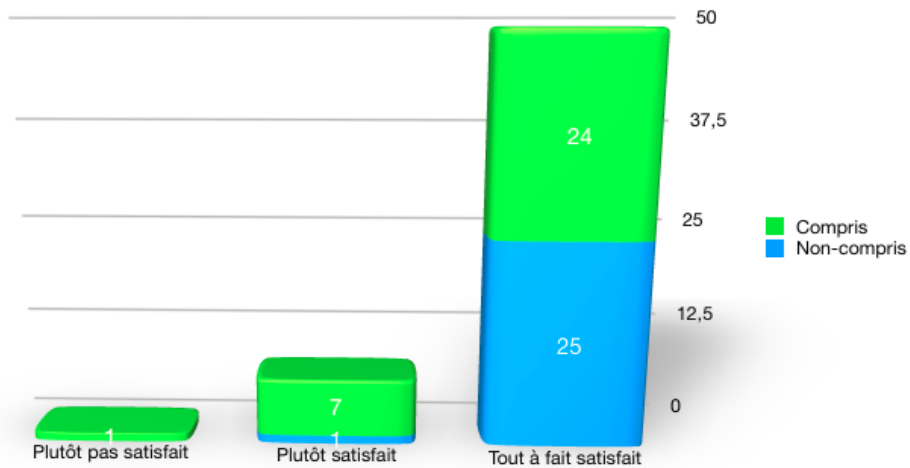


Figure 23. Satisfaction de la consultation selon la compréhension réelle du diagnostic.

Une significativité entre la compréhension réelle du diagnostic et la satisfaction du patient vis-à-vis de celle-ci a été démontré ($p=0,03$).

II.5.5.2 - Selon la compréhension des termes utilisés

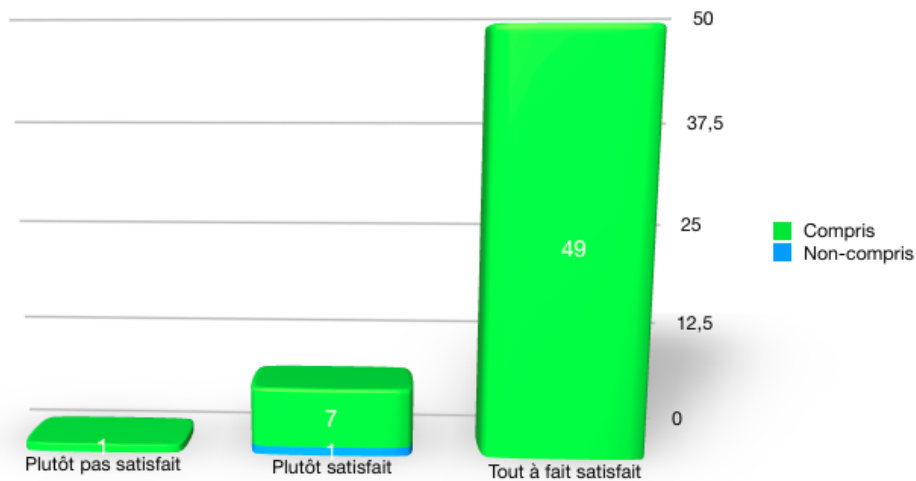


Figure 24. Satisfaction de la consultation selon la compréhension des termes utilisés.

Selon le test de Khi-2, il existait une significativité entre la compréhension des termes utilisés et la satisfaction du patient vis-à-vis de la consultation ($p=0,04$).

II.5.5.3 - Selon la compréhension de l'utilité des médicaments

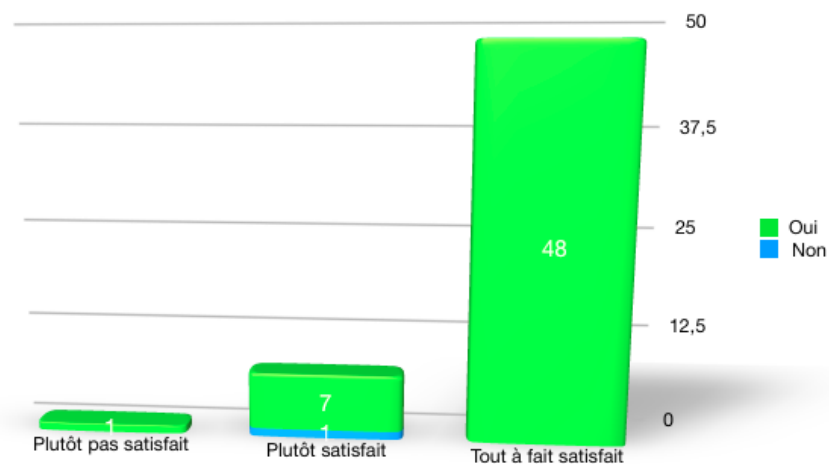


Figure 25. Satisfaction de la consultation selon la compréhension de l'utilité des médicaments.

Lors de cette étude, il existait une significativité entre la compréhension de l'utilité des médicaments et la satisfaction du patient vis-à-vis de la consultation ($p=0,04$).

II.5.5.4 - Selon la lisibilité de l'ordonnance

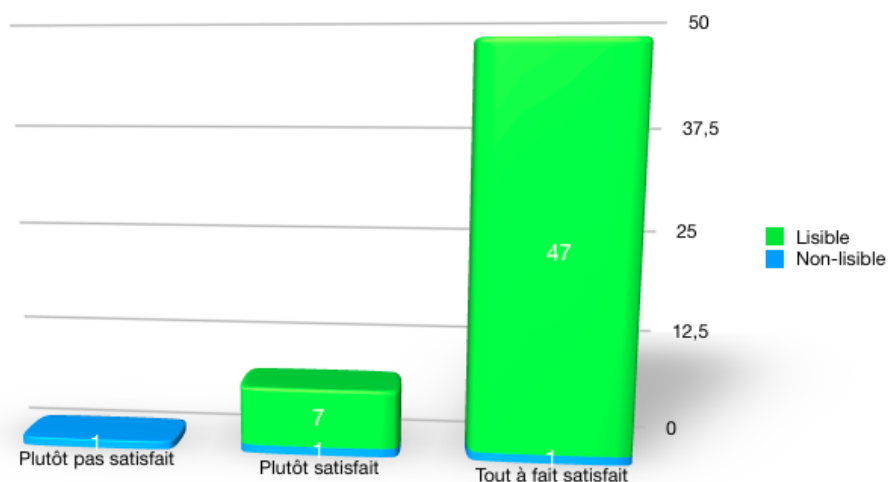


Figure 26. Satisfaction de la consultation selon la lisibilité de l'ordonnance.

Selon le test de Khi-2, il existait une significativité entre la lisibilité de l'ordonnance et la satisfaction du patient vis-à-vis de la consultation ($p=0,00$).

II.5.5.5 - Selon la notification de la durée de prise des médicaments

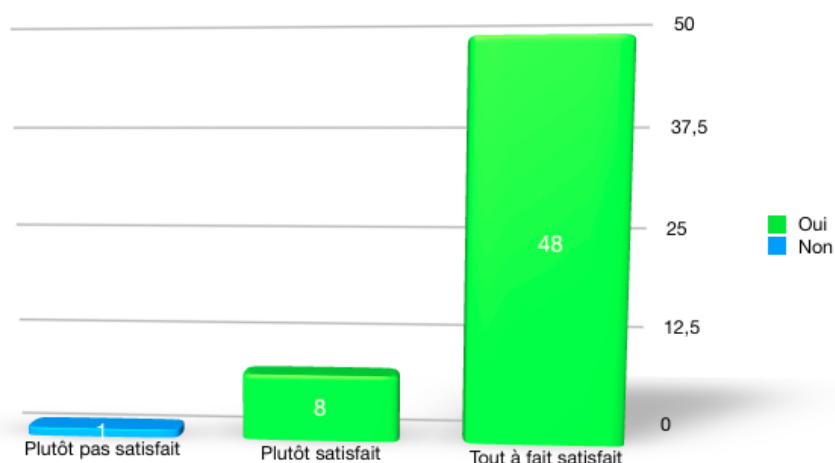


Figure 27. Satisfaction de la consultation selon la notification de la durée de prise des médicaments.

Selon le test de Khi-2 , il existait une significativité entre la notification de la durée de prise des médicaments sur l'ordonnance et la satisfaction du patient vis-à-vis de la consultation (p=0,00).

II.5.5.6 - Selon la notification des doses de médicaments

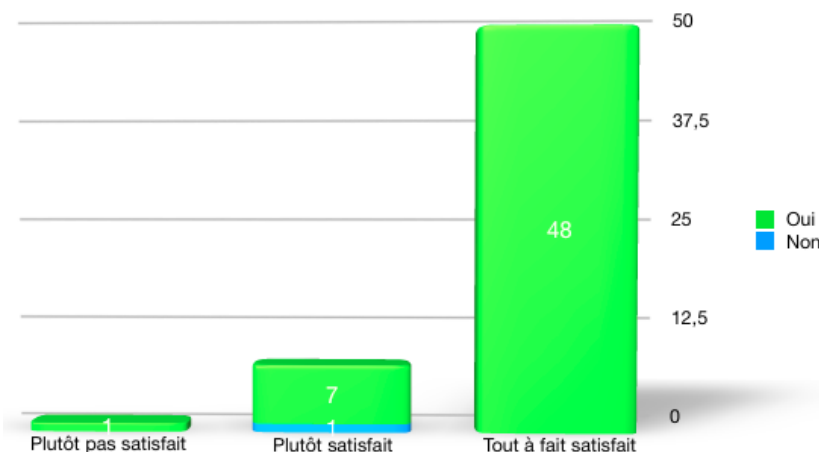


Figure 28. Satisfaction de la consultation selon la notification des doses de médicaments.

Selon le test de Khi-2 , il existait une significativité entre la notification de la dose des médicaments et la satisfaction du patient vis-à-vis de la consultation (p=0,04).

II.6 - Biais de l'étude

-Biais de mesure : L'auto-évaluation (ou self-report) présente des inconvénients : les patients peuvent sous ou sur-estimer leur compréhension.

- Biais de sélection :

- La population était recrutée sur la base du volontariat et non par tirage au sort.
- La population étudiée lors de cette étude observationnelle et multicentrique était régionale, elle n'était pas représentative de la population française, ces résultats ne sont donc pas extrapolables à la population française ou internationale.

- Manque de puissance de l'étude : en effet, cette étude a permis de révéler des tendances, mais le manque de recrutement d'un nombre suffisant de patients n'a pas permis de retrouver de différence statistiquement significative pour certains critères.

III - DISCUSSION

Il a été démontré dans de nombreuses études qu'un accès à l'information médicale peut influencer plusieurs aspects de la prise en charge médicale : la satisfaction du patient, son observance [15], [16], les résultats en matière de santé, les poursuites judiciaires pour faute médicale ou encore les coûts en matière de santé [15].

L'information du patient est un facteur important dans l'observance thérapeutique. La non-observance thérapeutique est considérée par l'OMS comme un problème de santé publique majeur [5]. Une bonne observance est associée à une mortalité réduite pratiquement de moitié comparée à une mauvaise observance [8].

Ces potentiels bénéfiques ne peuvent être effectifs qu'avec une bonne compréhension par le patient des informations délivrées.

Pour expliquer les oublis à propos des informations délivrées, il existe trois explications possibles : la première en rapport avec le professionnel de santé, qui utilise une terminologie médicale complexe ; la seconde en rapport avec le mode de transmission de l'information (orale versus écrite) ; et la troisième, en relation avec le patient, comme un niveau d'éducation bas [6].

Une revue de la littérature, sur la mémoire des informations médicales retenues par le malade, fait apparaître que [17]:

- les patients échouent beaucoup au rappel des informations qui leur a été transmises ;
- le nombre d'informations non rappelé est linéaire au nombre d'informations présenté ;
- l'âge n'est pas constamment relié au rappel ;
- l'intelligence n'est pas liée au rappel ;
- les connaissances médicales sont liées au rappel ;
- l'anxiété est reliée au rappel ;
- le contenu du rappel peut être influencé selon la perception de l'importance de l'information ;

- le taux de rappel peut être influencé par :
 - l'utilisation de phrases et mots courts ;
 - la catégorisation des idées ;
 - les répétitions ;
 - l'énoncé de conseils concrets plutôt que de conseils abstraits et généraux.

III.1 - Discussion à propos de la population de l'étude

La population de notre étude a été comparée à la population française, selon les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Il apparaît que la population de notre étude était composée de 77,5% de patients ayant un niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat contre 59 % de la population française en 2015 [18].

De plus, il existait une sous-représentation de la population d'âge >71 ans (10,3% contre 18,6% dans la population française au 1er janvier 2019) [19], probablement dû aux critères d'inclusion qui nécessitaient que les patients se présentent seuls en consultation (qu'ils remplissent donc seuls le questionnaire) entraînant une diminution de recrutement de cette catégorie de la population.

III.2 - Discussion du critère de jugement principal

Lors d'une consultation, quelle soit de médecine générale ou de spécialité, le médecin doit dans un premier temps évaluer la capacité du patient à comprendre le langage médical et dans un second temps s'adapter au niveau de compréhension de celui-ci. Il peut donc exister des erreurs de la part du professionnel de santé : mauvaise évaluation du niveau de compréhension du patient, et difficulté à s'expliquer de façon claire et adaptée.

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer la compréhension des patients vis-à-vis des termes médicaux. Il est retrouvé que la compréhension des termes médicaux croît au fil du temps [20]–[29]. En effet, deux études évaluant la compréhension de 12 termes médicaux identiques trouvaient un taux de compréhension de 52,3 % dans l'étude de *Samora et al.* [24], réalisée en 1961, contre 75,8 % dans l'étude de *Segall et al.* [26], en 1980. Cependant, les conditions de réalisation de ces deux études étaient un peu différentes puisque

l'étude de *Samora et al.*, se faisait auprès de patients hospitalisés quand celle de *Segall et al.*, était réalisée par le patient à domicile.

Dans notre étude, un seul patient avait déclaré ne pas avoir compris les termes utilisés par le médecin (soit un taux de compréhension de 98,3 %) et avoir demandé des explications complémentaires. Pour autant, cette mesure de la compréhension pouvait être biaisée car calculée sur les déclarations des patients.

Afin de vérifier la compréhension du patient, il existe une méthode qui consiste à demander au patient de reformuler les propos énoncés lors de la consultation, appelée « faire dire » ou « teach-back ». Elle permet ainsi de s'assurer que les informations délivrées ont été claires, retenues et comprises [30].

L'étude de *Bertakis et al.*, montrait que les patients à qui l'on explique et demande de reformuler les informations reçues, ont une meilleure mémorisation des informations délivrées (83,5% de la population versus 60,8% des patients à qui l'on ne demande pas de reformuler) [31].

De plus, il peut exister une différence entre la perception du niveau de compréhension du patient par le médecin et la compréhension réelle de celui-ci. L'étude réalisée par *Lukoschek et al.* étayait cette hypothèse : 23 % des patients déclaraient ne pas avoir compris les informations alors que le médecin pensait que celles-ci avaient été comprises ; à contrario, 6 % des patients déclaraient avoir compris les informations alors que le médecin pensait que le patient ne les avaient pas comprises. Il existait donc un taux d'erreur de 29 % entre la compréhension réelle des patients et celle ressentie par les médecins [13].

Mais il existe également une différence entre la compréhension ressentie par le patient lui-même et sa compréhension réelle ; dans l'étude de *Giudici et al.*, qui évaluait par auto-évaluation et hétéro-évaluation la compréhension du patient, on retrouvait des divergences. En effet, dans cette étude, on retrouvait à la fois une sur-estimation (le patient disait avoir très bien ou bien compris alors que l'évaluateur externe cotait que le patient avait peu ou pas compris), voire une sous-estimation de la compréhension du patient par lui même [7],[32].

Dans notre étude, à la question :

« Avez-vous compris le diagnostic? » 94,8% des patients déclaraient avoir compris celui-ci. Cependant lors de la mise en relation du motif de consultation CISP-2 et du diagnostic déclaré, seuls 55,2 % des réponses étaient en rapport. On peut donc considérer que c'est la proportion de patients ayant réellement compris le diagnostic de la consultation. Ce qui illustre donc la subjectivité de la notion de compréhension, avec une nette surestimation par le patient de sa compréhension du diagnostic.

III.2.1 - Selon l'âge

Dans cette étude, il a été démontré qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative de compréhension de l'information selon l'âge du patient ($p=0,43$). Cependant, la population de notre étude n'était pas considérée comme normale, car pour la variable de l'âge la répartition était non-gaussienne.

Ce facteur de compréhension avait cependant été retrouvé au cours des études effectuées par *Rao et al.* [8], [9]. En effet, l'étude de *Rao et al.* retrouvait que 19,4 % de la population de plus de 45 ans n'avait pas compris la consultation contre 5,8 % des patients âgés de 45 ans ou moins ($p=0,02$).

III.2.2 - Selon le sexe

Cette étude n'avait pas permis de démontrer une différence statistiquement significative de la compréhension réelle du diagnostic selon le sexe du patient ($p=0,43$).

De même, l'étude de *Rao et al.*, ne retrouvait pas de différence de compréhension selon le sexe ($p=0,96$) [8].

L'étude d'*Alburikan et al.*, retrouvait quant à elle, une différence de compréhension entre hommes et femmes, avec une prévalence d'incompréhension des instructions de prises médicamenteuses de 49,2 % chez les hommes, contre 28,2 % chez les femmes ($p<0,001$) [7].

III.2.3 - Selon le niveau d'études

Le faible niveau d'instruction joue également un rôle majeur dans le manque de compréhension des prescriptions par le patient [10]–[12]. Dans l'étude effectuée par *Lukoschek et al.*, le niveau d'éducation était associé de façon significative à la difficulté de compréhension des informations médicales, avec un manque de compréhension chez 47 % des patients n'ayant pas le niveau universitaire, contre 14 % des patients avec un niveau universitaire [13].

Il existait dans nos résultats concernant la compréhension réelle du diagnostic selon le niveau d'études par le patient, une tendance à la significativité, qui n'a pas été mise en évidence probablement due au manque de puissance de l'étude ($p=0,1$).

III.2.4 - Selon le métier

Lors de cette étude, il n'avait pas été retrouvé de différence statistiquement significative pour la compréhension réelle du diagnostic selon que le patient soit professionnel de santé ou non. Cependant, certains des professionnels de santé avaient renseigné le motif de la consultation selon la classification CISP-2 sans renseigner le diagnostic évoqué lors de celle-ci, entraînant automatiquement une non-compréhension réelle du diagnostic dans notre étude. Ce qui peut expliquer que nous ne retrouvions pas de différence statistiquement significative ($p=0,92$).

De même, il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative pour la compréhension réelle du diagnostic selon la présence ou non de professions médicales ou paramédicales dans l'entourage ($p=0,65$).

III.2.5 - Selon la qualité des prescriptions

L'étude de *Raharinjatovo et al.*, a montré que la mauvaise qualité des prescriptions médicales, ainsi que le manque d'informations données aux patients augmentaient le risque de mauvaise adhérence médicamenteuse [33].

Selon l'article R5132-3 du code de la santé publique, les prescriptions médicamenteuses doivent être réalisées sur une ordonnance, de façon lisible, et doivent comprendre :

- le nom, la qualité, la signature du prescripteur ;
- la dénomination du médicament prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa DCI, la posologie ;
- la durée du traitement ;
- le nom, prénom, sexe, date de naissance du malade, et si nécessaire la taille et le poids [34].

Dans notre étude, 35 % des ordonnances étaient incomplètes.

Il n'a pas été permis de retrouver une différence statistiquement significative sur la compréhension réelle du diagnostic selon la lisibilité de l'ordonnance.

III.2.6 - Selon la consommation de séries médicales ou d'internet

Avec le développement des séries médicales et d'internet, les patients ont facilement accès aux informations médicales, autrefois, seules détenues par le médecin. Il est donc légitime de se questionner sur l'apport, bénéfique ou non, de l'accessibilité à ses informations. La qualité de l'information médicale sur internet est hétérogène, en effet, tout contenu quelle que soit sa qualité peut y être diffusée. De plus, les patients distinguent difficilement la bonne information de la mauvaise [35].

De nos jours, l'accès facile à internet et aux séries médicales a entraîné une vulgarisation du jargon médical, pouvant être employé par le patient sans en connaître réellement la signification.

L'utilisation par le patient de termes médicaux peut-être à l'origine de cette différence de perception de compréhension entre le malade et le médecin . En effet, il a été démontré lors d'une étude réalisée par *Jucks et al.*, que l'utilisation de termes médicaux par le patient induisait en erreur le médecin qui pensait que le patient détenait des connaissances médicales même s'il déclarait le contraire [36].

Dans notre étude, la place d'internet n'a pas été abordée. Cependant, en ce qui concerne les séries médicales, aucune différence statistiquement significative n'a été établie sur la compréhension réelle du diagnostic ($p=0,61$).

Les patients consommateurs d'informations médicales sur internet estiment que la consultation d'internet leur permet de mieux comprendre leur maladie, le traitement et à mieux participer à la prise de décision concernant leur état de santé [37]-[38].

III.2.7 - Améliorations possibles pouvant faciliter la compréhension du patient.

La remise d'un document écrit peut permettre d'augmenter la compréhension de la consultation de médecine générale par le patient.

Seuls 15,5 % de la population de notre étude avaient reçu une documentation écrite. Il n'avait pas été mis en évidence de différence statistiquement significative sur la compréhension réelle du diagnostic selon que le patient ait reçu ou non une fiche d'information écrite sur sa pathologie ($p=0,41$). Cependant, peu de patients lors de notre étude avaient reçu une fiche d'information écrite sur leur maladie.

Selon l'étude de *Blinder et al.*, il apparaît que la plupart des patients apprécient recevoir des informations par voie orale et écrite, et que les informations écrites sont mieux mémorisées et conduisent à une meilleure adhérence au traitement [14].

Des méthodes pour faciliter la compréhension des informations écrites liées au traitement (utilisation de dessins et de pictogrammes) ont été rapportées [39]-[41]. L'utilisation de dessins et pictogrammes a montré une amélioration de l'attention des patients aux messages de santé, de la compréhension, du rappel des informations délivrées et de l'adhérence au traitement [39].

L'association des instructions orales à l'utilisation de pictogrammes, permet l'amélioration des résultats quant aux informations retenues par le patient (80 % versus 14 % sans pictogramme) [42].

III.3 - Discussion des critères de jugements secondaires

La satisfaction du patient est définie comme la perception par le patient de la qualité des soins reçus. La satisfaction du patient résulte des caractéristiques du patient, ses attentes, ses données personnelles, les soins reçus et les résultats obtenus.

Au cours de cette étude, 93,5 % de la population de l'étude étaient satisfaits de la consultation, 98,3 % du temps passé en consultation. En ce qui concerne le diagnostic 98,2 % étaient satisfaits des explications données et 96,5 % du temps consacré à celles-ci. Pour le traitement, 98,3 % déclaraient être satisfaits des explications et 96,5 % du temps accordé à celles-ci.

Selon l'étude de *McKinley et al.*, les patients âgés étaient plus satisfaits des soins reçus que les jeunes patients ; de même que ceux ayant eu une prescription au décours de leur consultation ; ainsi que ceux qui avaient eu l'impression d'une amélioration de leur état de santé [43].

Dans notre étude, il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative pour la satisfaction de la consultation selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude ou le fait d'exercer une profession médicale.

Mais, il est à noter qu'une différence statistiquement significative a été démontrée sur la satisfaction de la consultation selon la compréhension réelle du diagnostic ($p=0,03$), la compréhension des termes utilisés ($p=0,04$), la compréhension de l'utilité des médicaments ($p=0,04$), ou selon l'ordonnance de sortie (lisibilité, notification de la durée de prise, des doses). On peut donc souligner que la satisfaction de la consultation passe en partie par la compréhension de celle-ci.

CONCLUSION

Le libre choix du médecin généraliste (MG) par le patient oblige le médecin à être attentif vis-à-vis des attentes de ses patients. Il a été démontré au cours de cette étude que les patients étaient globalement satisfaits de leur praticien et de la consultation chez leur médecin généraliste.

Cette satisfaction est en partie due à la bonne compréhension de la consultation, du diagnostic, des traitements, et de l'ordonnance de sortie.

La compréhension des informations délivrées au cours de la consultation est un pilier essentiel dans l'observance, et l'efficacité du traitement pour le patient.

Lors de cette étude, nous nous sommes penchés sur la compréhension du patient de sa consultation. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative de compréhension réelle du diagnostic selon l'âge, le sexe, le niveau d'études, la profession ou l'entourage du patient. Les données publiées précédemment retrouvaient quant à elles une différence statistiquement significative en ce qui concerne l'âge ou le niveau d'études du malade.

Elle a permis de mettre en évidence des critères influençant de façon favorable ou non la compréhension du malade. Certains de ces critères sont modifiables, alors que d'autres ne peuvent être corrigés. Cependant, nous n'avons pas évalué les informations, et la façon dont elles ont été délivrées par le praticien, qui peuvent aussi être un frein à la compréhension du malade.

Afin d'évaluer la compréhension par le patient lors de la consultation de médecine générale il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sur une consultation standardisée concernant une pathologie choisie, avec mention du diagnostic, explication de la pathologie avec des termes identiques, explication du traitement et des examens complémentaires. L'évaluation de la compréhension se ferait par auto et hétéro-évaluation. Cette étude permettrait d'écartier tout biais lié au praticien.

ANNEXES

Annexe 1. Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale

I. DÉBUTER L'ENTREVUE

A. Préparer l'entrevue

B. Établir le premier contact (l'accueil)

1. Le médecin salue le patient et obtient son nom ;
2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire ;
3. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient (du début à la fin de l'entrevue).

C. Identifier la (les) raison(s) de consultation

1. Identifie, par une question adéquate d'ouverture, les problèmes ou préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue (« Quels problèmes vous amènent aujourd'hui ? » ou « De quoi souhaiteriez-vous discuter aujourd'hui ? ») ;
2. Écoute attentivement les énoncés de départ du patient, sans l'interrompre ou diriger (orienter) sa réponse ;
3. Confirme la liste initiale des raisons de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes (« Donc, il y a les maux de tête et la fatigue. Y-a-t'il autre chose dont vous aimeriez parler aujourd'hui ? ») ;
4. Fixe, avec l'accord du patient, l'agenda de la rencontre en tenant compte, à la fois, des besoins de ce dernier et des priorités cliniques.

II. RECUEILLIR L'INFORMATION

A. Exploration des problèmes du patient

1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son (ses) problème(s), du début jusqu'au moment présent, en ses propres mots (clarifiant pourquoi il consulte, maintenant) ;
2. Utilise la technique des questions ouvertes et fermées (en passant, de façon appropriée, des questions ouvertes aux fermées) ;
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de compléter ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer, s'il a fait une pause ;
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient (par ex. : utilise des encouragements, le silence, la répétition, la paraphrase, l'interprétation) ;
5. Relève les indices verbaux et non verbaux (langage corporel, discours, expression faciale... ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord ;
6. Clarifie les énoncés du patient qui ne sont pas clairs ou qui nécessitent plus de détails (par ex. : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous voulez dire par tête légère ? ») ;
7. De façon périodique, fait des résumés de ce que le patient a dit pour valider la compréhension qu'il en a ; invite le patient à corriger son résumé ou à fournir des informations supplémentaires ;
8. Utilise des questions et commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique lorsque utilisé ;
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début.

B. Habiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient

1. Détermine activement et explore adéquatement :
 - Les idées du patient (→ ses croyances sur les causes) ;
 - Ses préoccupations (ses craintes) concernant chaque problème ;
 - Ses attentes (ses buts, quelle aide le patient espère pour chaque problème) ;
 - Les impacts : comment chaque problème affecte sa vie.

2. Encourage le patient à exprimer ses émotions.

III. STRUCTURER L'ENTREVUE

A. Rendre explicite l'organisation de l'entrevue

1. Fait un résumé, à la fin d'un sujet spécifique d'exploration, pour en confirmer la compréhension et pour être certain qu'aucune information importante n'a été oubliée avant de procéder à la prochaine étape ;
2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions ; mentionne les raisons justifiant d'aborder la prochaine section.

B. Prêter attention au déroulement de l'entrevue

1. Structure l'entrevue selon une séquence logique ;
2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue ciblée sur les tâches à accomplir.

IV. CONSTRUIRE LA RELATION

A. Utiliser un comportement non-verbal approprié

1. Affiche un comportement non verbal approprié
 - Contact visuel, expression faciale ;
 - Posture, position et mouvement ;
 - Indices vocaux → le débit, le volume, la tonalité.
2. Si lecture, écriture de notes ou utilisation de l'ordinateur, le fait d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue, ni avec la relation ;
3. Affiche une confiance appropriée.

B. Développer une relation chaleureuse et harmonieuse

1. Accueille les points de vue et émotions du patient ; n'adopte pas une position de juge ;
2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile ;
3. Fournit du support : Exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider, reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d' « auto-soin » de son patient ; lui offre de travailler en partenariat ;
4. Agit avec délicatesse lors de la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.

C. Associer le patient à la démarche clinique

1. Partager ses réflexions cliniques avec le patient pour encourager sa participation (par ex. : « ce que je pense maintenant, c'est ... ») ;
2. Explique les raisons pour les questions ou les parties de l'examen physique qui pourraient paraître, du point de vue du patient, non conséquentes ;
3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission.

V. EXPLIQUER ET PLANIFIER

A. Fournir la quantité et le type adéquats d'information

1. Fournit l'information par portions gérables et vérifie la compréhension du patient ; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications ;
2. Évalue les connaissances du patient : avant de donner de l'information, s'enquiert des connaissances préalables du patient ; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir ;
3. Demande au patient quelles autres informations seraient utiles (par ex.: l'étiologie, le pronostic) ;
4. Donne l'information à des moments appropriés : évite de donner prématurément des conseils, de l'information ou de hâtivement rassurer.

B. Aider le patient à retenir et comprendre les informations.

1. Organise les explications : divise l'information en partie logiquement organisées ;
2. Utilise des catégories explicites ; annonce les changements de thème (par ex. : « Il y a trois sujets importants dont j'aimerais discuter avec vous, soit premièrement... » , « Maintenant, abordons... ») ;
3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information ;
4. Utilise un langage concis, facile à comprendre et adapté au niveau de langage du patient, évite le jargon médical ou du moins l'explique ;
5. Utilise des aides visuelles pour transmettre l'information : diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites (dépliants) ;
6. Vérifie la compréhension du patient au sujet de l'information donnée (ou des plans élaborés) : par ex., en demandant au patient de dire dans ses propres termes ce qu'il a retenu ; clarifie si nécessaire.

C. Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient.

1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : fait le lien avec les idées, préoccupations et attentes préalablement exprimées par le patient ;
2. Fournit au patient des opportunités pour participer et l'encourage à contribuer : l'incite à poser des questions , à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement ;
3. Relève les indices verbaux et non verbaux : par ex. : détecte que le patient veut prendre la parole pour fournir de l'information ou poser des questions ; est sensible aux signes de surcharge d'information ; est attentif aux indices d'inconfort ;
4. Fait exprimer au patient ses croyances et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin.

D. Planifier : une prise de décision partagée

1. Partage ses réflexions cliniques lorsque c'est approprié : idées, processus de pensée, dilemmes ;
2. Implique le patient :
 - Offre des suggestions et des choix plutôt que des directives ;
 - Encourage le patient à partager ses propres idées, suggestions ;
3. Explore les différentes options d'action
4. S'assure du niveau d'implication souhaité par le patient dans les décisions à prendre
5. Discute d'un plan mutuellement acceptable
 - signale sa position ou ses préférences au sujet des options disponibles ;
 - détermine les préférences du patient.
6. Vérifie avec le patient.
 - s'il est d'accord avec le plan ;
 - si l'on a répondu à ses préoccupations.

VI. TERMINER L'ENTREVUE

A. Planifier les prochaines étapes.

1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes pour le patient et pour le médecin ;
2. Prévoit un « filet de sécurité », en expliquant les résultats inattendus possibles, quoi faire si le plan ne fonctionne pas, quand et comment demander de l'aide.

B. Préparer la fin de l'entrevue

1. Résume la session brièvement et clarifie le plan de soins ;
2. Vérifie, une dernière fois, que le patient est d'accord et confortable avec le plan proposé et demande s'il n'y a aucune correction, questions ou autre items à discuter.

Annexe 2. Questionnaire remis aux patients participants à l'étude.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA COMPRÉHENSION DE LA PATHOLOGIE ET DU TRAITEMENT PAR LE PATIENT EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Cochez les cases appropriées pour chacune des réponses ci-dessous :

A. Données épidémiologiques

1 - Indiquez votre âge :

- 18 – 30 ans 41 – 50 ans 61 – 70 ans > 80 ans
 31 – 40 ans 51 – 60 ans 71 – 80 ans

2 - Indiquez votre sexe :

- Masculin Féminin

3 - Le français est-il votre langue maternelle ?

- Oui Non

Si non, indiquez votre langue maternelle : _____

4 - Cochez le niveau d'études/diplôme(s) que vous avez validés :

- Je n'ai jamais été à l'école
 Ecole primaire Etudes supérieures niveau Bac + 3
 Collège / Brevet des collèges Etudes supérieures niveau Bac + 5
 Lycée / Baccalauréat Etudes supérieures niveau Bac + 8

5 - Êtes-vous un professionnel de santé ou travaillez-vous dans un établissement de santé ?

- Oui Non

Si oui, indiquez votre profession : _____

6 - Avez-vous dans votre entourage (conjoint/famille proche) quelqu'un exerçant la profession de :

- Médecin
- Chirurgien dentiste
- Sage-femme
- Pharmacien
- Infirmier(e)
- Autre profession paramédicale (kinésithérapeute, orthophoniste, aide soignant...)

Si vous avez coché cette dernière case, précisez la profession : _____

7 - Regardez-vous régulièrement à la télévision des séries médicales ?

- Oui
- Non

B. La consultation

8 - Quel était le motif de la consultation, selon la classification CISP-2 ?

- Cardiovasculaire
- Ostéoarticulaire
- Problèmes généraux
- Digestifs
- Respiratoire
- Endocrinologique, métabolique
- Psychologique
- Cutané
- Oreille
- Neurologique
- Problèmes sociaux
- Génital Homme
- Génital Femme
- Sang, hématologie
- Ophtalmologique
- Urologique
- Grossesse, accouchement

9 - Avez-vous compris le diagnostic?

- Oui
- Non

Si oui, lequel est-il? _____

10 - Êtes-vous satisfait de l'explication apportée sur le diagnostic ?

- Tout à fait satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt pas satisfait
- Pas du tout satisfait

11 - Êtes-vous satisfait du temps consacré à l'explication du diagnostic ?

- Tout à fait satisfait Plutôt pas satisfait
 Plutôt satisfait Pas du tout satisfait

12 - Avez-vous compris le traitement prescrit par votre médecin ?

- Oui Non

13 - Êtes-vous satisfait de l'explication apportée sur le traitement ?

- Tout à fait satisfait Plutôt pas satisfait
 Plutôt satisfait Pas du tout satisfait

14 - Êtes-vous satisfait du temps consacré à l'explication du traitement ?

- Tout à fait satisfait Plutôt pas satisfait
 Plutôt satisfait Pas du tout satisfait

15 - Avez-vous compris l'utilité des médicaments prescrits ?

- Oui Non

16 - Avez-vous des examens-complémentaires à réaliser ?

- Oui Non

Si oui, lesquels sont ils : _____

17 - Si vous avez des examens complémentaires à réaliser, avez-vous compris leur utilité ?

- Oui Non

18 - Les mots utilisés par votre médecin étaient-ils faciles à comprendre?

- Oui Non

19 - Si non, avez-vous demandé des explications supplémentaires?

- Oui Non

Si non, pour quelles raisons ? _____

20 - Avez-vous reçu une fiche d'information écrite ?

Oui

Non

21 - Êtes-vous satisfait de la consultation avec votre médecin généraliste ?

Tout à fait satisfait

Plutôt pas satisfait

Plutôt satisfait

Pas du tout satisfait

22 - Auriez-vous souhaité passer plus de temps en consultation ?

Oui

Non

C. L'ordonnance

Merci de prendre votre ordonnance afin de répondre aux questions suivantes :

23 - Votre ordonnance est-elle lisible ?

Oui

Non

24 - Votre ordonnance mentionne-t'elle la posologie des médicaments ?

Oui

Non

25 - Votre ordonnance mentionne-t'elle les doses de médicaments à prendre ?

Oui

Non

26 - Votre ordonnance mentionne-t'elle les horaires de prise des médicaments ?

Oui

Non

27 - Votre ordonnance mentionne-t'elle la durée de prise pour tous les médicaments ?

Oui

Non

28 - Comprenez-vous l'ensemble des éléments de votre ordonnance ?

Oui

Non

Annexe 3. Fiche d'information et de consentement remis au patient

FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE NON-INTERVENTIONNELLE

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez bénéficié d'une consultation auprès de votre médecin pour une pathologie, son évolution ainsi que son traitement.

Je réalise pour mon travail de thèse une recherche observationnelle afin d'évaluer votre compréhension et votre satisfaction vis-à-vis de votre consultation. Cette recherche se fait à partir d'un questionnaire d'évaluation à remplir suite à votre consultation. Cette recherche ne modifiera en aucun point votre prise en charge médicale. Seule votre non-opposition est recherchée.

Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche.

Vous pourrez à tout moment vous adresser à votre médecin afin de lui poser toutes questions complémentaires.

Qu'est-ce que le questionnaire d'évaluation ?

Ce questionnaire est composé de trois parties qui sont :

- Données épidémiologiques (âge, sexe, langue maternelle, diplôme, métier), la consultation afin de comprendre clairement le motif selon la classification CISP-2 ;
- La compréhension du diagnostic posé et le traitement attribué au patient ;
- La compréhension totale de l'ordonnance prescrite au patient.

Nous vous demandons de répondre à ce bref questionnaire anonyme qui ne vous prendra que 15 minutes à remplir, à la suite de votre consultation.

Quel est l'objectif de cette recherche ?

Cette étude a pour objectif d'évaluer votre compréhension de votre maladie, de votre traitement ou des examens complémentaires.

Les résultats de cette étude non-interventionnelle nous permettront d'identifier les points faibles afin d'améliorer la prise en charge habituelle des patients.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Il n'y a pas de bénéfice individuel à participer à cette étude. Cependant sur le plan collectif, en participant à cette recherche, vous contribuez à l'amélioration de la prise en charge des patients consultant un médecin généraliste.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Votre prise en charge sera strictement identique à celle de tout autre patient atteint de cette maladie.

Aucune consultation et aucun examen complémentaire supplémentaires ne seront réalisés. Aucun traitement médical particulier ne sera institué parce que vous participez à cette étude.

La date de début de votre participation dans le cadre de cette recherche correspondra à la date de la réalisation de votre consultation auprès de votre médecin.

Votre participation à cette étude est libre et volontaire. Vous pouvez à tout moment décider de ne plus participer à cette étude sans avoir à vous justifier et sans que cela ait la moindre conséquence sur votre prise en charge et votre relation avec le personnel soignant.

Nous vous informons qu'il n'y a aucun suivi à réaliser dans le cadre de cette étude observationnelle.

Quels sont vos droits ?

Les informations nécessaires à l'étude seront recueillies sur des cahiers d'observations.

Les données collectées resteront strictement confidentielles et seront traitées selon les règles du secret médical.

Lorsque cette recherche sera terminée, vous serez tenu(e)s informé(e)s personnellement des résultats globaux par votre médecin dès que ceux-ci seront disponibles, si vous le souhaitez.

Votre médecin doit vous fournir toutes les explications nécessaires concernant cette recherche. Vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans subir le moindre préjudice, quel que soit le motif et sans avoir à vous justifier. Vous continuerez à bénéficier du suivi médical optimal et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

CPP - Ile-de-France VI
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

Président : Nathalie BRION

Vice-Président : Marie-Cécile MASURE

Kevin BIHAN - Laurent CAPELLE - Christophe DEMONFAUCON - Micheline DENANCE - Jacqueline DUNO - Marie-Hélène FIEVET - Marie GICQUEL-BENADE - Cloé GIQUEL - Clarisse GOUDIN - Gilles HUBERFELD - Nathalie JOUNIAUX-DELBEZ - Annie LE FRANC - Christiane LOOTENS - Michèle MEUNIER-ROTIVAL - Marie-Caroline MEYOHAS - Anne-Laure MORIN - Thang NGUYEN - Sabine PLANCOULAINE - Benoît ROUSSEAU - Marie-Pascale SCHULLER - Sophie TEZENAS DU MONTCEL - Martyna TOMCZYK - Dominique VARIN

Madame Lisa MEBARKI
11 avenue d'Ostende 25030
98000 Monaco

Paris, le 6 juillet 2018

Référence à rappeler : CPP/ 45-18

EudraCT : 2018-A01550-55

Madame,

Nous avons examiné votre protocole intitulé *"Etude de la compréhension de la consultation de médecine générale par le patient dans les Hauts-de-France"* Protocole *EvMeG* lors de la séance du 4 juillet 2018.

Cette étude consiste à évaluer la compréhension des patients concernant une consultation à l'aide de questionnaires.

Cette étude ne rentre pas dans le champ d'application de loi sur les Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH) et ne nécessite pas l'avis d'un CPP.

Il n'y a pas de problème de protection des personnes car les données sont non médicales et non identifiantes.

Il convient cependant d'enlever la date de consultation dans le questionnaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Le Président du CPP
Professeur Nathalie BRION

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé Canada. La communication efficace... à votre service. [Internet]. Ottawa: Santé Canada; 2001. 31 p. (Guides de ressources.). Disponible sur: http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/com/tt2res_f.pdf
2. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot & Rivages; 2000.
3. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. Acad Med J Assoc Am Med Coll. août 2003;78(8):802-9.
4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
5. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
6. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. mai 2003;96:219-22.
7. Alburikan KA, AbuAlreesh A, Alenazi M, Albabtain H, Alqouzi M, Alawaji M, et al. Patients' understanding of prescription drug label instructions in developing nations: The case of Saudi Arabia. Res Soc Adm Pharm. mai 2018;14(5):413-7.
8. Rao AP. Patient's Comprehension of Prescriptions at Municipal Urban Health Centre, Mumbai. J Clin Diagn Res [Internet]. 2016 [cité 4 déc 2017]; Disponible sur: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=3&page=LC15&issn=0973-709x&id=7462
9. Marks JR, Schectman JM, Groninger H, Plews-Ogan ML. The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. Patient Educ Couns. mars 2010;78(3):372-6.
10. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Middlebrooks M, Kennen E, Baker DW, et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. J Gen Intern Med. août 2006;21(8):847-51.
11. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, et al. Literacy and misunderstanding prescription drug labels. Ann Intern Med. 19 déc 2006;145(12):887-94.
12. Wolf MS. Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. Am J Health Syst Pharm. 1 juin 2006;63(11):1048-55.

13. Lukoschek P, Fazzari M, Marantz P. Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Educ Couns.* juin 2003;50(2):201-10.
14. Blinder D, Rotenberg L, Peleg M, Taicher S. Patient compliance to instructions after oral surgical procedures. *Int J Oral Maxillofac Surg.* juin 2001;30(3):216-9.
15. Levine DM. Physician-Patient Communication in the Urban Clinical Setting. *Bull N Y Acad Med.* 1994;71(2):188-93.
16. Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guidebook / Donald Meichenbaum and Dennis C. Turk.* 2015.
17. Ley P. Memory for medical information. *Br J Soc Clin Psychol.* juin 1979;18(2):245-55.
18. Niveau de diplôme selon l'âge en 2015 [Internet]. Insee. 2015. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569396?sommaire=2587886&q=niveau%20etude>
19. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 [Internet]. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
20. Romano J. Patients' attitudes and behavior in ward round teaching. *JAMA J Am Med Assoc.* 30 août 1941;117(9):664.
21. Pratt L, Seligmann A, Reader G. Physicians' Views on the Level of Medical Information Among Patients. *Am J Public Health Nations Health.* oct 1957;47(10):1277-83.
22. Seligmann AW, McGrath NE, Pratt L. Level of medical information among clinic patients. *J Chronic Dis.* oct 1957;6(4-5):497-509.
23. Redlich FC. The Patient's Language: An Investigation into the Use of Medical Terms. *Yale J Biol Med.* janv 1945;17(3):427-53.
24. Samora J, Saunders L, Larson RF. Medical Vocabulary Knowledge Among Hospital Patients. *J Health Hum Behav.* 1961;2(2):83.
25. Boyle CM. Difference between patients' and doctors' interpretation of some common medical terms. *Br Med J.* 2 mai 1970;2(5704):286-9.
26. Segall A, Roberts LW. A comparative analysis of physician estimates and levels of medical knowledge among patients. *Sociol Health Illn.* nov 1980;2(3):317-34.
27. Hadlow J, Pitts M. The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients. *Soc Sci Med* 1982. 1991;32(2):193-6.
28. Lerner EB, Jehle DVK, Janicke DM, Moscati RM. Medical communication: Do our patients understand? *Am J Emerg Med.* nov 2000;18(7):764-6.
29. Cooke MW. Public understanding of medical terminology: non-English speakers may not receive optimal care. *Emerg Med J.* 1 mars 2000;17(2):119-21.

30. Amalberti R. La méthode Teach back, pour mieux se faire comprendre des patients. *CONCOURS Med.* sept 2013;135(7):565-7.
31. Bertakis KD. The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract.* août 1977;5(2):217-22.
32. Giudici K, Gillois P, Coudane H, Claudot F. Information orale du patient en chirurgie orthopédique : comment évaluer le niveau de compréhension du patient ? *Rev Chir Orthopédique Traumatol.* 1 avr 2015;101(2):95-7.
33. Raharinjatovo L, Ralandison S. L'observance thérapeutique et la compréhension des prescriptions médicamenteuses par les patients malgaches. *Médecine Santé Trop.* 1 janv 2015;25(1):82-6.
34. Code de la santé publique - Article R5132-3. Code de la santé publique.
35. Nabarette H. L'internet medical et la consommation d'information par les patients. *Réseaux.* 2002;114(4):249-86.
36. Jucks R, Paus E, Bromme R. Patients' medical knowledge and health counseling: what kind of information helps to make communication patient-centered? *Patient Educ Couns.* août 2012;88(2):177-83.
37. Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Catania J, White M, et al. The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Arch Intern Med.* 28 juill 2003;163(14):1727-34.
38. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet and E-mail for Health Care Information: Results From a National Survey. *JAMA.* 14 mai 2003;289(18):2400-6.
39. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns.* mai 2006;61(2):173-90.
40. Ng AWY, Chan AHS, Ho VWS. Comprehension by older people of medication information with or without supplementary pharmaceutical pictograms. *Appl Ergon.* 1 janv 2017;58(Supplement C):167-75.
41. Barros IMC, Alcântara TS, Mesquita AR, Santos ACO, Paixão FP, Lyra DP. The use of pictograms in the health care: A literature review. *Res Soc Adm Pharm.* sept 2014;10(5):704-19.
42. Houts PS, Bachrach R, Witmer JT, Tringali CA, Bucher JA, Localio RA. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. *Patient Educ Couns.* oct 1998;35(2):83-8.

43. McKinley RK, Roberts C. Patient satisfaction with out of hours primary medical care. Qual Health Care. 2001;10:23-8.

ÉTUDE DU NIVEAU DE COMPRÉHENSION DE LA CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE MENÉE AUPRÈS DE PATIENTS DES HAUTS-DE-FRANCE.

RÉSUMÉ : **Introduction :** La communication médecin-malade tient une place majeure dans la consultation médicale, et l'information du malade est un droit fondamental. Cependant, un fossé peut exister entre les informations délivrées par le médecin généraliste (MG) et celles comprises par le patient. L'objectif principal de cette étude était d'étudier le niveau de compréhension des patients concernant les informations reçues en consultation. **Méthode :** À l'aide d'un questionnaire, une enquête a été menée auprès de patients consultant pour des pathologies aiguës dans 3 cabinets médicaux des Hauts-de-France. **Résultats :** Le diagnostic évoqué par le MG a été correctement compris par 55,2% de la population étudiée. Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative selon l'âge, le sexe, ou le métier. Une tendance à la significativité a été retrouvée selon le niveau d'études, et démontrée de façon statistiquement significative concernant la satisfaction du patient selon la compréhension du diagnostic, des termes utilisés, des traitements prescrits ou l'ordonnance de sortie. **Conclusion :** Les patients sont globalement satisfaits de leur praticien et de leur consultation chez le MG. De multiples facteurs jouent sur leur compréhension, relatifs au patient ou au médecin. Le niveau d'études semble jouer un rôle important dans la compréhension de la consultation. Cette étude s'est penchée sur le patient, sans prendre en compte les facteurs inhérents au professionnel de santé. Une étude évaluant la compréhension par auto ou hétéro évaluation dans le cadre d'une consultation standardisée permettrait d'éviter les biais liés au médecin.

Mots clés : *médecins généralistes, compréhension, relations médecin-patient, observance par le patient, satisfaction*

STUDY OF THE UNDERSTANDING LEVEL OF GENERAL CONSULTATION CONDUCTED WITH HAUTS DE FRANCE PATIENTS

ABSTRACT : **Introduction:** Communication between doctor and patient took a major role in consultation of general practice and patient information becomes a fundamental right. Nevertheless, between information given by general practitioners (GP) and those understanding by the patient, a gap can exist. The main objective of this research was to study the understanding level of patient delivered by general practice. **Methods:** Thanks to a questionnaire, a survey has been conducted during three months to patient with intense pathology in 3 doctor's surgeries in Hauts-de-France. **Results:** The medical diagnosis has been well understood by 55.2% of the study population. There were no statistically significant differences by age, sex or related to patient work. However, a statistical trend has been found with education level and a statistically significant difference has been emphasized concerning patient satisfaction according to real comprehension of the diagnosis, terms used, treatment prescribed or even the prescription given. **Conclusion:** Patients are mostly satisfied by their doctor and by their GP's consultation. Multiple factors, related to patient or due to medical practitioner, impact on patient understanding. This survey has been underlined on patient, without considering inherent factors due to healthcare practitioner. An additional study rating on the own patient understanding with a third party in a standardized consultation should avoid statistical bias link to medical professional.

Keywords: *general practitioner; understanding; physician-patient relations, patient compliance, satisfaction*