



HAL
open science

Expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale

Mélissa Plais

► **To cite this version:**

Mélissa Plais. Expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02898247

HAL Id: dumas-02898247

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02898247>

Submitted on 13 Jul 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEURE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MELISSA PLAIS

Le 5 novembre 2019

Titre :

« EXPERIENCE DES PATIENTS CONCERNANT
L'UTILISATION DU JARGON MEDICAL
EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE »

Directeur de thèse : Docteur Didier AZEMAR

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL
Assesseurs : Madame le Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK
Monsieur le Professeur Michel DAVID
Monsieur le Docteur Didier AZEMAR

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEURE EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MELISSA PLAIS

Le 5 novembre 2019

Titre :

« EXPERIENCE DES PATIENTS CONCERNANT
L'UTILISATION DU JARGON MEDICAL
EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE »

Directeur de thèse : Docteur Didier AZEMAR

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL
Asseseurs : Madame le Docteur Agnès OUDE-ENGBERINK
Monsieur le Professeur Michel DAVID
Monsieur le Docteur Didier AZEMAR

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORiot Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELLISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Héléne
SANY Jacques
SEGARNBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Au président du jury de cette thèse,

A Monsieur le Professeur Michel Amouyal, vous m'honorez de présider ce jury. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

Au jury de cette thèse,

A Madame le Docteur Agnès Oude-Engberink, merci de siéger virtuellement au sein du jury. Votre enthousiasme pour l'analyse qualitative et vos conseils m'ont été très précieux.

A Monsieur le Professeur Michel David, merci de juger ce travail. La bienveillance dont vous avez fait preuve lors de certains cours est une source d'inspiration.

A mon directeur de thèse,

A toi Didier qui m'as fait confiance dès la première rencontre, pour ta patience infinie et ta passion de la médecine générale telle que je la conçois également. Tu m'as tellement donné et appris. J'espère que ce travail constituera l'apothéose de notre collaboration.

A tous mes proches,

A toi Cyril pour tes relectures, ton soutien fidèle, ton oreille attentive et ton amour. Tu m'as montré la voie vers une écoute active et bienveillante.

A vous Maïeul et Sybille, vous êtes de vrais rayons de soleil dans nos vies, l'occasion de remettre les choses en perspective.

A mes parents pour votre sollicitude, votre disponibilité quand il a fallu s'occuper des enfants. Merci d'avoir toujours cru en moi, prié pour moi et partagé chaque étape de ce long parcours.

A Wendy, pour le temps consacré à l'analyse, tes brillantes suggestions. Tu m'impressionnes par tes projets fous.

A Louise, Arthur, Quentin pour les moments trop rares qu'on a partagé tous ensemble.

A toute la happy family, Grand-mère et Grand-père de m'avoir hébergé il y a des années pendant mes révisions, Muriel, Tom et Elliott. Tous ces moments de partage et de rire m'ont beaucoup aidée.

A ma belle-famille, Isabelle et Jean-Marc, Elodie et Nico, Alexy, Maurice et Nadia. Merci de m'avoir si bien accueillie et soutenue.

A Céline, mon amie de toujours, malgré la distance, merci pour ta sollicitude et tes prières.

A Amandine, pour tes conseils, ta relecture, ta sollicitude et ton amitié.

A Ana et Alexandre, Florence (en particulier pour m'avoir montré comment numéroter un document en décalé) et Vincent, Catherine et Didier, pour votre amitié rafraîchissante.

A Maïk, merci de ton amitié et de ta disponibilité en particulier auprès des enfants, ton aide est si précieuse.

A mon église de Montpellier, vous avez tous été d'une gentillesse inégalée à mon égard.

A mes futurs associés, Guillaume, Marine, Marie-Pierre et Nouari, merci de m'accueillir parmi vous.

A Violaine, merci pour tous les précieux conseils lors de mon SASPAS autant théoriques que pratiques en vue de mon installation future. Tu es un modèle de compétences, d'organisation et de conscience professionnelle.

A Lydie, Christelle, Sophie, Lauryne, Isabelle, Fatima et Jean-Christophe pour les discussions qu'on a pu avoir, vos conseils et votre patience à mon égard.

A mes maîtres de stage, collègues médecins et paramédicaux, merci pour tous ce que vous m'avez appris et la confiance que vous m'avez accordée.

A tous les patients qui m'ont beaucoup appris, c'est pour vous que je souhaite m'améliorer encore, merci de la confiance dont vous me gratifiez.

Et merci Dieu des qualités que Tu as placées en moi. Que cette thèse puisse en être un témoignage, et que l'exercice que j'en ferai soient un reflet de ton Amour.

Table des matières

1. Introduction.....	2
1.1. Le cadre légal français.....	2
1.2. La littératie en santé	2
1.3. Le jargon médical.....	5
1.4. La compréhension des patients.....	10
1.5. Les objectifs d'une communication efficace	10
1.6. Problématique.....	11
2. Matériel et méthode.....	12
2.1. La recherche bibliographique	12
2.2. Le choix de la méthode	12
2.3. Le choix de la population étudiée.....	12
2.4. Le recrutement des patients.....	13
2.5. La rédaction du guide d'entretien	13
2.6. La réalisation des entretiens	14
2.7. La transcription	14
2.8. L'analyse.....	14
3. Résultats.....	15
3.1. L'échantillonnage.....	15
3.2. Le déroulement des entretiens.....	16
3.3. Les principaux thèmes	17
4. Discussion.....	53
4.1. Les points forts et les limites de l'étude.....	53
4.2. Discussion des résultats principaux.....	54
5. Conclusion	60
6. Bibliographie	61
7. Annexes	65

1. Introduction

1.1. Le cadre légal français

Il y a vingt ans, en 1999 ont eu lieu les états généraux de la santé en France (1). L'objectif était d'interroger la population française sur ses attentes en matière de santé. Les premières conclusions ont permis de mettre largement en lumière la relation de pouvoir asymétrique entre médecin et patient qui existe dans le partage d'informations avec d'un côté le médecin, celui qui détient le savoir et de l'autre le patient, tributaire de l'information délivrée par le praticien. Il est rappelé que celle-ci doit être mieux partagée, en particulier par un langage adapté et compréhensible.

Suite à cela, les premières lois de bioéthique ont été publiées en France en 2002 affirmant pour chaque personne « 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. » (2)

Le code de déontologie des médecins reprend cette exigence en précisant qu'il s'agit d'un devoir du médecin et que cette information doit être adaptée à la personnalité du patient. De plus le médecin doit veiller à sa bonne compréhension : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »(3)

La communication est un pilier de la relation médecin-patient. Elle est présente dans les soins à chaque étape et détermine beaucoup d'issues selon son efficacité, sa clarté ou au contraire son opacité, que ce soit à l'hôpital, lors d'annonce de maladie grave ou en médecine générale, au quotidien.

1.2. La littératie en santé

Il s'agit d'une notion primordiale lorsqu'on s'intéresse à la compréhension des patients. Elle est définie par l'OMS en 1998 comme l'ensemble des « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé. » (4)

En 2012, Sorensen, après une revue de la littérature, propose une définition plus large correspondant mieux au champ d'application de la médecine générale : « la littératie en santé, intimement liée à la littératie, représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer les informations liées à la santé dans le but de construire un jugement et de prendre des décisions dans la vie quotidienne concernant les soins médicaux, la prévention des maladies et la promotion de la santé afin de maintenir et promouvoir la qualité de vie et ce tout au long de la vie (5). » Elle reflète l'aisance avec laquelle les patients peuvent naviguer dans le système de soin, ce qui est loin d'être évident pour beaucoup.

Il existe cinq niveaux de littératie en santé, allant du plus faible (niveau 1 : patient ne sachant pas lire) au plus élevé (niveau 5 : niveau nécessaire pour réaliser des tâches complexes ou exigeantes). On peut évaluer le niveau de littératie en santé par différents tests dont parmi les plus connus :

- REALM : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (6)
- TOFHLA : Test of Functional Health Literacy in Adults (7)
- NVS : Newest Vital Sign (8) : la plus récente (2004), utilisant une étiquette d'informations nutritionnelles d'un produit alimentaire, et six questions permettant d'évaluer en trois minutes le niveau de littératie d'un adulte. Elle permet l'évaluation la plus rapide et la plus complète.

En France, une traduction de la REALM R (révisée) a été proposée dans une thèse en 2016(9). Il existe également une version canadienne de la NVS traduite en français (10).

Soixante pour cent des Français présentent un faible niveau de littératie, inférieur à trois (11). Cela signifie que pour une majorité de patients, il est possible de lire et même comprendre un texte court. Mais il est trop difficile d'en faire des déductions pour leur propre santé ou encore de remplir des formulaires complexes.

Un meilleur niveau en littératie est lié à un meilleur état de santé. Cela permet également une participation plus active à la décision médicale partagée. Une étude qualitative publiée en mars 2018 dans la revue Patient Education and Counseling, spécialisée dans la communication médecin-patient, décrit la littératie en santé comme « le degré pour chaque personne d'avoir la capacité d'obtenir, enregistrer et comprendre les informations basiques en lien avec la santé, nécessaires à la prise d'une décision en santé appropriée. » (12) Elle montre que le niveau en littératie est indépendant de l'autonomisation (« empowerment »)

qui se caractérise par une « force interactive qui motive certaines personnes à prendre en main leur parcours de soin et la gestion de leurs maladies. » (13) C'est une notion qui fait référence à la fois à l'individu dans sa volonté de contrôler sa santé et sa prise en charge, mais également à la relation médecin-patient dans un effort pour la rendre plus égale ou symétrique.

On se retrouve alors avec quatre cas de figure. D'abord le patient avec un faible niveau de littératie en santé, et peu d'autonomisation : il aura besoin d'assistance pour prendre en charge sa santé. Il est primordial de savoir le repérer, d'adapter son langage et de s'assurer de sa compréhension. Ensuite le patient avec un faible niveau en littératie et une plus grande autonomie risque de prendre des décisions dangereuses pour sa santé. Puis le patient avec un haut niveau en littératie mais peu autonome : celui-ci reste dépendant de son médecin. Enfin le patient avec un haut niveau en littératie et une meilleure émancipation en santé développera des compétences et une attitude bénéfique pour sa santé.

Dans tous les cas, l'emploi du jargon médical peut être un frein à la compréhension, même pour les personnes avec un haut niveau de littératie. Dans le cas d'un faible niveau d'émancipation, le patient n'osera pas demander des clarifications spontanément et la compréhension n'en sera que plus altérée.

Il est du ressort du médecin généraliste d'estimer le niveau de littératie du patient. Certains le font intuitivement, en s'aidant d'indices comme la manière dont le patient remplit un chèque, l'utilisation de l'ordonnance ou la désignation des médicaments par leur nom ou par leur aspect (14). En effet les tests décrits précédemment sont peu utilisables au sein d'une consultation qui généralement est dédiée à un ou plusieurs motifs, à cause du temps nécessaire à leur réalisation.

Le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) préconise l'utilisation d'une phrase simple pour aborder la question : « Avez-vous eu besoin d'une aide extérieure récemment pour comprendre ou réaliser une démarche ? ». Cela permet d'évaluer de manière directe et globale le niveau de littératie du patient, de lui montrer qu'on s'intéresse à ce sujet et qu'on est donc disponible pour en discuter. Cependant, il s'agit d'une question fermée, que le patient peut éluder rapidement s'il ne souhaite pas montrer ses difficultés éventuelles.

1.3. Le jargon médical

1.3.1. La définition

Le jargon peut être défini comme n'importe quel mot ou phrase qui est opaque pour quiconque n'ayant pas eu d'apprentissage ou d'exposition à la médecine (15). Dans son article « Le jargon, figure du multiple » publié en 2002, Béatrice Turpin définit le jargon médical comme le « parler propre à une profession, visant à faciliter la communication, à la rendre efficace » (16). Le jargon est aussi un langage de connivence. Il s'agit d'un langage chargé de références à des connaissances savantes et à une expérience commune, culturelle. Il y a à la fois dénotation : décrire précisément et de manière académique les objets, et connotation dans l'opposition du savant au populaire. Le jargon montre l'opposition entre deux pratiques culturelles qui ne se comprennent pas : d'un côté les initiés qui ont construit au fil des ans un vocabulaire volontairement obtus et de l'autre les profanes qui en sont exclus sciemment. Le jargon est hétérogène avec ses codes, ses propres abréviations au sein d'une spécialité ou d'un service hospitalier par exemple, le rendant incompréhensible pour d'autres confrères pourtant initiés au jargon de base (on peut prendre l'exemple d'un courrier provenant d'un service hyper-spécialisé envers un confrère généraliste qui ne comprend pas certains sigles).

Le jargon médical prend différentes formes en employant des termes précis à partir des racines grecques et latines, parfois les deux regroupées dans un même mot. Parfois, il s'agit de termes utilisés dans le langage commun mais qui n'ont pas le même sens en médecine : la jambe qui représente en médecine « la partie du membre inférieur comprise entre le genou et la cheville » et non pas l'ensemble du membre inférieur ; ou bien maniaque qui désigne une personne atteinte d'une psychose grave et non pas quelqu'un obsédé par le ménage ! Le jargon détourne les mots de la langue commune pour les appliquer au champ professionnel : la « racine » d'un nerf désigne son émergence de la colonne vertébrale, « colonne » désignant elle-même la superposition des vertèbres.

Il existe de nombreux emprunts à la culture générale : le tendon d'Achille, le trouble de la personnalité narcissique. De très nombreux noms propres sont utilisés pour désigner des maladies ou des techniques d'après le nom de la personne à l'origine de sa découverte, faisant alors double emploi avec la terminologie (signe de Babinski et réflexe cutanéoplantaire par exemple).

L'emploi de sigles, abréviations et termes tronqués est également très usuel en médecine (17) : BPCO pour bronchite chronique obstructive, anapath pour anatomopathologie et gynéco pour gynécologie (cela concerne d'ailleurs la majorité des spécialités médicales). Parfois un même sigle peut désigner plusieurs objets sans aucun rapport entre eux ce qui augmente la complexité de ce langage. Dans ces cas-là, seul le contexte peut alors renseigner sur le sens : RAC pour rétrécissement aortique calcifié en cardiologie ou rapport albuminurie sur créatininurie que l'on dose chez un patient diabétique, TV pour Tachycardie ventriculaire (toujours en cardiologie), Tassement Vertébral ou Toucher Vaginal en gynécologie. Le fait que les sigles changent d'une langue à une autre n'arrange rien.

Le jargon médical peut résulter d'une création ludique, parodiant ses propres sigles. Par exemple le MADI, pour maintien à domicile impossible, est dénomination fantaisiste pour un motif d'hospitalisation fréquent en gériatrie, qui laisse préjuger de nombreuses difficultés sanitaires et sociales. Cette utilisation permet de nommer une réalité difficile à accepter, de manière détournée, en la minimisant. Elle devient parfois ironique en désignant l'inverse : une radiographie montrant des opacités en « lâcher de ballons » n'a rien d'une fête puisque c'est en réalité le signe d'un cancer très avancé.

Dans un autre registre, les termes tronqués sont employés particulièrement à l'oral et marquent bien l'appartenance du locuteur à une communauté. Ils relèvent alors d'une pratique familière, plus que savante (salle d'op pour la salle d'opération, cathé, sérum phy etc.).

Enfin, le mélange du populaire et du savant donne parfois des termes comiques tels que la calino-thérapie (le soin par les câlins) ou bien une explication capillotractée (tirée par les cheveux).

1.3.2. Le jargon médical dans la culture populaire

« Or ces vapeurs, dont je vous parle, venant à passer du côté gauche, où est le foie, au côté droit, où est le cœur, il se trouve que le poumon que nous appelons en latin armyan, ayant communication avec le cerveau, que nous nommons en grec nasmus par le moyen de la veine cave, que nous appelons en hébreu cubile, rencontre, en son chemin, lesdites vapeurs qui remplissent les ventricules de l'omoplate ; et parce que lesdites vapeurs... comprenez bien ce raisonnement je vous prie : et parce que lesdites vapeurs ont une certaine malignité... Écoutez bien ceci, je vous conjure. »

Dans cet extrait du médecin malgré lui (18), Molière dresse un portrait peu flatteur du médecin de l'époque (1667), où il suffit d'inventer quelques mots d'allure savante pour se faire passer pour tel. Le jargon, symbole de science, est déployé comme faire-valoir par les praticiens de l'époque. A plusieurs reprises, Molière n'hésite pas à en jouer, faisant ressortir tout le côté comique de son utilisation, brandie comme un étendard de connaissances supposées, faisant illusion sur le savoir attendu d'un médecin et lui permettant alors de prescrire toutes sortes de remèdes saugrenus (ici du pain trempé dans du vin).

Trois-cent-cinquante ans plus tard, le jargon reste un outil apprécié du public pour illustrer la compétence réelle ou supposée des médecins. Dans la série Dr House (19), on observe une utilisation récurrente du jargon médical, en particulier lors des séances de concertation des médecins autour des cas complexes. L'attitude antipathique et méprisante du Dr House renforce l'asymétrie entre son savoir médical et la position vulnérable de ses patients. L'utilisation du jargon ne gêne pas la compréhension de l'épisode pour les non-initiés, et appuie l'aspect expert des médecins. Ce qui compte, ce n'est pas de comprendre dans le détail la maladie, mais de voir les médecins proposer des hypothèses, des traitements, avancer jusqu'à l'issue finale, en règle générale la guérison du patient. Il est à noter que dans la réalité, l'utilisation de jargon médical n'est pas un gage de professionnalisme aux yeux des patients (20). En revanche, le Dr House est réputé pour son manque d'empathie envers les patients. Cette défaillance dans la communication est le nœud central de la série, la source de nombreux rebondissements. Si on le lui pardonne c'est parce qu'il sauve des vies. Mais un médecin généraliste pourrait-il se permettre de communiquer ainsi ? Absolument pas. L'écoute, la reformulation, un langage adapté sont des éléments absolument nécessaires à l'établissement d'une relation de confiance entre médecins et patients.

Dans un autre registre, les livres de vulgarisation médicale font abondance. Ils répondent à la demande d'information croissante, de démocratisation de l'information, et au souhait des personnes d'en connaître plus dans le domaine de la médecine qui est passionnant mais difficile d'accès. Parmi ces livres on peut citer l'excellent « le charme discret de l'intestin : tout sur un organe mal aimé » de Giulia Enders (21), issu de son travail de thèse et qui explique dans un langage accessible le rôle de l'intestin. Il y a également le livre de Martin Winckler, parmi ses nombreuses publications : « c'est grave docteur ? Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins » (22) qui détaille les différents symptômes que l'on peut ressentir et la manière dont ils sont perçus par les médecins. Il rapporte notamment

des situations burlesques où médecins et patients ne se comprennent pas car ils n'ont justement pas le même langage.

1.3.3. L'apprentissage du jargon médical

L'apprentissage du jargon médical est à la fois académique à travers les cours dispensés par la faculté de médecine, mais également pratique grâce aux stages en milieu hospitalier. Cet apprentissage intensif permet l'utilisation progressivement courante de ce jargon et ce qui paraît nouveau, compliqué au départ, devient de plus en plus naturel. L'emploi du jargon devient alors familier pour l'étudiant, à tel point qu'il est largement employé devant les patients en consultation et alors qu'ils ne comprenaient pas ce langage quelques années plus tôt, ils se retrouvent à l'utiliser, au détriment de la compréhension du patient (23).

La première partie des études médicales met en avant l'apprentissage de la sémiologie. C'est l'étude des signes cliniques dont l'assemblage en symptômes et syndromes permet de diagnostiquer les maladies. Ainsi, au cours des stages l'étudiant apprend à mener de véritables interrogatoires policiers et à examiner le patient de la tête aux pieds afin de recueillir le plus d'informations possible. Il s'agit ensuite d'un exercice de traduction entre les mots du patients et les observations en termes techniques afin d'alimenter le dossier médical (la fameuse « observation de l'externe »). Ce n'est qu'en accédant au statut d'interne avec la prise d'autonomie que cela implique qu'il se retrouve dans un rôle nouveau, à restituer à son tour des informations au patient sur son état de santé et la marche à suivre. Après des années à convertir mentalement le langage courant des patients en langage médical, le chemin inverse pour s'exprimer clairement auprès des patients est loin d'être évident.

1.3.4. La place du jargon médical dans les soins

Volontairement ou non, un médecin utilise du jargon médical avec ses patients(24), souvent de manière claire, en l'expliquant dans son contexte, mais il semble difficile pour les médecins de différencier clairement le jargon du langage courant (25).

Dans une étude procédant à l'évaluation de 72 consultations de chirurgie pédiatrique ORL et troubles du sommeil d'origine respiratoire menée à Baltimore et publiée en juin 2019 (26), on voit que le jargon médical non expliqué est fréquemment utilisé : en moyenne 28.9 mots

par consultation (déviation standard 19.5, allant de 5 à 100 mots par consultation), incluant des termes propres aux troubles du sommeil d'origine respiratoire, d'autres termes médicaux et des termes liés au contexte. A l'opposé, les patients utilisent du jargon en moyenne 4.3 fois par consultation. Les médecins utilisent plus de jargon s'ils perçoivent que les patients sont plus impliqués dans la prise de décision, et quand les patients utilisent eux-mêmes du jargon. Or, l'usage du jargon médical rend la compréhension plus difficile et donne au patient la perception d'une attitude d'évitement du médecin et un sentiment d'exclusion de la prise de décision.

Une annonce peut être rendue confuse par l'utilisation de jargon (27) : l'utilisation du mot nodule (qui désigne une lésion arrondie, bien délimitée, de l'ordre du centimètre) lorsqu'on découvre une lésion pulmonaire d'allure non cancéreuse, est parfois évitée et le terme remplacé par un euphémisme : tache, spot. Dans les deux cas, l'absence d'explication est source de stress pour les patients qui imaginent spontanément avoir un cancer, alors qu'une simple surveillance suffit.

Il s'agit d'une réalité en médecine générale également (que l'on opposera artificiellement aux autres spécialités médicales dans le reste de ce travail, bien qu'il s'agisse d'une spécialité à part entière) : les médecins généralistes utilisent le jargon médical dans leur pratique courante. Une étude californienne a montré en 2007, par l'analyse de soixante-quatorze consultations concernant des personnes diabétiques, à faible niveau de littératie, que les médecins utilisent du jargon médical alors qu'ils délivrent des messages clés sur le diabète (éducation thérapeutique, etc.) (28).

Dans sa thèse soutenue en 2016, F. Le Roi étudie les connaissances de la population générale concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés en France (29). Il distingue en effet le jargon médical à proprement parler et le langage médical courant ou profane, qui est utilisé autant par les médecins que par les patients. C'est ce dernier qui peut parfois poser problème puisqu'il ne semble pas devoir être expliqué par les médecins. Or cette thèse montre une compréhension partielle chez la plupart des patients. Sur les dix mots étudiés : fébrile, viral, antalgique, rachis, aiguë, gastrique, infection, pathologie, œdème et pronostic, 40.6 % des participants en connaissent moins de cinq. Seul 13 % des participants connaissent plus de 7 mots alors qu'ils sont utilisés de manière tout à fait banale.

1.4. La compréhension des patients

Le jargon médical résultant d'un apprentissage, il est évident que les patients éprouvent des difficultés pour le comprendre (30).

Plusieurs facteurs influencent la compréhension (31) : l'âge, le niveau scolaire que l'on peut rapprocher du niveau de littératie, et la parentalité (avoir des enfants engendre une certaine expérience dans le milieu médical, en particulier sur l'emploi des mots fébrile, viral et antalgique). A cela, on peut ajouter l'expérience personnelle à travers des maladies chroniques, renforcée par l'éducation thérapeutique autour de ses affections qui permet au patient d'être autonome et de devenir expert dans son domaine.

A l'inverse, on peut également citer d'autres facteurs responsables d'une mauvaise compréhension : un âge avancé, une mauvaise maîtrise de la langue française, mais aussi une situation de précarité, l'absence de médecin traitant, ou une souffrance psychique (32).

A la compréhension imparfaite, il faut ajouter la mésestimation du médecin concernant la compréhension du patient (15). L'utilisation ou non de vocabulaire propre au jargon médical par les patients va influencer l'estimation du médecin quant à la compréhension de ce patient. Plus le patient utilisera du vocabulaire spécialisé, plus le médecin en emploiera à son tour pensant que le patient le comprendra plus facilement, parfois à tort (33).

Elle peut être selon la situation vers une surestimation de la compréhension (en particulier lors d'un premier contact, lorsque le médecin ne connaît pas le patient comme dans le service des urgences par exemple) (34). En effet, si le médecin perçoit les difficultés de compréhension de son patient, il peut adapter son discours et s'assurer par des techniques simples de ce que le patient aura retenu. Mais si le médecin surestime la compréhension de son patient, il ne verra pas l'intérêt d'adapter son discours.

Enfin, il existe une multitude de situations de communication en médecine générale. Ainsi, pour un même médecin généraliste, certains patients estiment qu'il s'exprime clairement, tandis que d'autres le comprennent moins bien (35).

1.5. Les objectifs d'une communication efficace

Il existe aujourd'hui de nombreuses recommandations quant à la manière de communiquer de manière efficace (36). On sait désormais que la communication est un pilier de la relation médecin-patient. Elle permet de créer une bonne relation interpersonnelle : il s'agit d'un pré-

requis pour des soins médicaux optimaux. Elle permet également d'échanger des informations et de prendre ainsi des décisions relatives à la suite de la prise en charge : explorations complémentaires, traitements, surveillance. C'est ce qu'on appelle la décision médicale partagée (25).

Lorsqu'un patient perçoit une attitude d'écoute de la part de son médecin généraliste, lorsqu'il a le sentiment qu'il est compris et que ce dernier lui délivre des informations claires, il en tire une plus grande satisfaction et cela permet de renforcer l'alliance thérapeutique (37). On constate alors une meilleure observance de la part du patient. En effet, en participant activement à la décision de prescrire un examen complémentaire ou un nouveau traitement, il est alors convaincu de son intérêt pour sa propre santé ce qui assure une meilleure adhérence au projet thérapeutique.

Les études montrent également que l'état de santé est globalement amélioré lorsque les explications sont satisfaisantes, en particulier en psychiatrie. Cela permet de réduire la fréquence des consultations et de réduire le nombre d'hospitalisations (38).

1.6. Problématique

Dans un article publié dans la revue Prescrire, LexterneduCHU, une étudiante en médecine, a imaginé ce qui pouvait se passer dans la tête d'un patient hospitalisé, noyé par le jargon comme s'il venait de débarquer dans un pays étranger, où toutes ses connaissances et sa culture n'ont aucune utilité. A cela se rajoute l'état de faiblesse dans lequel se trouve le patient avec la douleur ou la fatigue que cela implique (39). L'empathie dont elle fait preuve en écrivant cet article met en lumière toute l'influence de ce vocabulaire utilisé à des fins d'autorité, dévoilant ainsi l'asymétrie des relations de pouvoir entre médecin et patient.

Mais qu'en est-il de la médecine générale ? Dans les situations les plus banales, pour les consultations ponctuelles ou régulières ? Mais surtout, qu'en disent les patients eux-mêmes ? C'est ce que cette étude cherche à explorer

2. Matériel et méthode

2.1. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été menée via différents moteurs de recherche spécialisés : Pubmed, EM-Premium, Science-Direct, mais également sur larevue-prescrire.org et google via les mots-clés suivants : jargon médical (medical jargon), langage médical (medical language), littératie en santé (health literacy), compréhension des patients (patients' understanding).

Des proches universitaires du directeur de thèse, ont conseillé plusieurs ouvrages en rapport avec le sujet. L'ensemble des ressources ont été recueillies et classées grâce au logiciel Zotero.

2.2. Le choix de la méthode

Le choix d'une étude qualitative s'est très vite imposé puisqu'il s'agit d'explorer l'expérience des patients et de laisser émerger des thèmes. Afin que chaque personne interrogée puisse s'exprimer librement sur le sujet, de manière personnelle, l'entretien semi-dirigé permet de recueillir les informations individuellement. Il s'agit d'une conversation en tête à tête entre l'investigatrice et le patient, en utilisant pour fil rouge plusieurs questions ouvertes. En établissant une relation de confiance, cela permet d'accéder au ressenti, de l'ordre parfois de l'intime avec la personne interrogée sans risquer une potentielle intimidation en présence d'un groupe.

Etant novices dans la recherche, l'investigatrice principale et son directeur de thèse ont appuyé ce choix sur différentes lectures telles que « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » de Paillé et Muchielli (40) et l'entretien compréhensif de Kaufmann (41), ainsi que sur les séminaires proposés à la faculté de médecine de Montpellier.

2.3. Le choix de la population étudiée

2.3.1. Les critères d'inclusion

N'importe qui ayant déjà consulté un médecin généraliste est potentiellement concerné par l'étude. Pour sa réalisation pratique, il a été décidé d'inclure des patients majeurs, parlant français couramment et ayant consulté un médecin généraliste dans l'année écoulée.

2.3.2. Les critères de non-inclusion

Les personnes mineures ou sous tutelle n'ont pas été incluses. De même, si la personne disait ne pas avoir consulté son médecin traitant depuis longtemps, elle n'était pas incluse. Les personnes qui étaient suivies par un médecin généraliste identique à une autre personne déjà incluse n'étaient alors pas incluses.

Les personnes travaillant ou ayant travaillé comme professionnel de santé n'ont pas été incluses car leur connaissance du jargon médical n'est alors pas la même qu'une personne étrangère à ce milieu.

Les personnes ayant un lien de quelque nature que ce soit avec l'investigatrice ou le directeur de thèse n'étaient pas incluses.

2.4. Le recrutement des patients

Les patients ont été approchés par l'investigatrice principale à la suite d'une consultation de médecine générale à la maison médicale de garde à Clermont l'Hérault ou au cabinet médical lors d'un remplacement. Après vérification de l'âge, du métier et du médecin traitant déclaré, un entretien leur a été proposé dans les deux semaines qui suivaient. L'échantillonnage a été dirigé pour obtenir des sujets d'âges et de milieux socio-professionnels différents, afin d'obtenir un panel le plus varié possible, mais pas nécessairement représentatif de la population générale.

2.5. La rédaction du guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été rédigé puis retravaillé à la suite du troisième entretien afin d'apporter plus de fluidité dans les questions. En effet les patients évoquent plus facilement leur expérience avec leur médecin traitant à travers un exemple précis, ils répondent alors à la troisième question avant même qu'elle ne soit posée. En abordant directement un souvenir précis, il est ensuite plus aisé d'élargir vers des généralités. Cf Annexes 1 et 2.

2.6. La réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés par l'investigatrice, au domicile du patient ou au cabinet médical (salle de pause ou bureau médical) selon la préférence du patient et la disponibilité des lieux.

Avant de commencer l'entretien, un consentement écrit a été signé en deux exemplaires par le sujet et l'investigatrice. Cf Annexe 3.

Aucune autorisation n'a été requise puisqu'il s'agit de recueillir l'expérience des patients de manière anonyme, sans influencer d'aucune sorte leur état de santé ou leur prise en charge médicale.

Chaque entretien a été enregistré avec l'application dictaphone du téléphone de l'investigatrice (Wiko Rainbow lite).

2.7. La transcription

L'entretien a été retranscrit par l'investigatrice sur Word en anonymisant les données, en particulier le nom de chaque médecin cité et son lieu d'exercice. Un proche a réalisé une deuxième lecture de chaque entretien pour s'assurer de la fiabilité de la retranscription.

2.8. L'analyse

L'investigatrice principale et sa sœur, qui a une formation en sociologie, familière aux techniques d'entretiens et leur analyse, ont procédé à l'analyse par catégorisation avec triangulation des données, selon la phénoménologie pragmatique de Pierce telle qu'enseignée en atelier thèse à la faculté de médecine de Montpellier. Le directeur de thèse a également participé à l'analyse par relecture des catégories.

3. Résultats

3.1. L'échantillonnage

Huit patients ont été recrutés entre le 6 mars 2019 et le 20 septembre 2019. La saturation des données a été obtenue dès le septième entretien, confirmée par la réalisation d'un entretien supplémentaire.

Les caractéristiques principales des patients (sexe, âge, niveau d'étude, profession) ainsi que celles de leurs médecins traitants (sexe, âge, durée du suivi) sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Sujet	Sexe	Age	Niveau d'étude	Profession exercée	Sexe du MT	Age du MT	Durée du suivi
1	M	75	Bac + 6	Directeur de clientèle pour une maison d'édition	M	59	25 ans
2	F	47	Brevet	Sans profession	M	60	6 ans
3	F	58	Brevet	Vendeuse	F	31	0
4	M	39	Bac pro	Agent technicien	M	56	5 ans
5	F	42	BTS	Commerçante	F	40	1 an
6	F	20	Bac + 2	Etudiante en licence négociation et relation client	F	36	3 ans
7	F	82	Bac + 5	Enseignante	F	55	15 ans
8	M	72	Bac + 3	Electricien dans l'armée Assureur	M	35	3 ans

La patiente 2 a été exclue a posteriori de l'étude. En effet, d'origine étrangère et vivant en France depuis 6 ans, sa maîtrise de la langue française n'était pas suffisante pour comprendre les questions posées par l'investigatrice principale, à commencer par la définition du jargon médical. Ses réponses revenaient sans cesse à l'annonce même de son diabète et de la manière dont le médecin devait traduire ses propos ce qui n'a pas permis d'explorer son vécu vis-à-vis du jargon.

3.2. Le déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au domicile du patient pour le premier et le septième ou au cabinet médical du directeur de thèse, la salle de pause constituant un lieu relativement neutre, et calme.

Ils ont été menés par l'investigatrice principale, selon le guide d'entretien décrit plus haut.

La moyenne de durée des entretiens est de 24 minutes et 14 secondes, le plus court étant de 10 minutes et 33 secondes, le plus long de 42 minutes et 49 secondes.

Le tableau ci-dessous résume les lieux et durées de chaque entretien.

Patient	Lieu	Durée
1	Domicile du patient	32 minutes et 29 secondes
2	Cabinet médical	19 minutes et 30 secondes
3	Cabinet médical	12 minutes et 9 secondes
4	Cabinet médical	42 minutes et 49 secondes
5	Cabinet médical	15 minutes et 48 secondes
6	Cabinet médical	10 minutes et 33 secondes
7	Domicile de la patiente	26 minutes et 40 secondes
8	Cabinet médical	33 minutes et 57 secondes

3.3. Les principaux thèmes

L'ensemble des catégories analysées a été réparti en sept sections :

- la définition du jargon médical selon les patients,
- des exemples précis d'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale,
- l'expérience du jargon médical de manière générale en médecine générale,
- le ressenti qui découle d'une telle utilisation,
- l'apprentissage du jargon médical par les patients,
- les sources permettant de comprendre le jargon médical,
- les recommandations des patients concernant l'utilisation du jargon médical.

3.3.1. La définition

Chaque patient a commencé par donner sa propre définition du jargon médical, tel qu'il le concevait, permettant ainsi de vérifier que l'on parlait bien de la même notion telle que définie en introduction. La définition donnée par les patients est la suivante : « Vocabulaire technique propre au domaine médical, permettant aux professionnels de santé de communiquer entre eux et avec les patients, en particulier dans l'établissement d'un diagnostic précis. Il nécessite un apprentissage afin d'être compris, permettant ainsi une transmission précise de l'information, parfois sous la forme écrite. »

3.3.1.1. Un vocabulaire en lien avec la médecine et les soins

Tous les patients s'accordent pour dire qu'il s'agit de termes médicaux, en lien avec les soins :

« En fait le jargon médical c'est des termes de médecine » P3

« Lié à la médecine et aux soins » P5

3.3.1.1.1. Un vocabulaire descriptif

Il s'agit d'un vocabulaire descriptif :

« C'est le vocabulaire qu'emploie le professionnel de santé euh... pour expliquer ou pour décrire les symptômes d'une maladie ou d'une bactérie chez un patient. » P4

« C'est la description de toute maladie, tout symptôme » P5

3.3.1.1.2. Un diagnostic

Il permet d'établir un diagnostic, de nommer les maladies :

« A quoi sert-il d'après vous ?

- A mettre des mots sur quelque chose, sur une certaine maladie, sur un fait... » P6

« C'est les mots qui sont vraiment posés sur la maladie » P3

3.3.1.1.3. La technicité des termes

Il s'agit de termes faisant référence à un savoir scientifique, nécessitant un certain degré de précision.

« Il employait des termes techniques enfin, de jargon médical » P1

« Vous ne pouvez pas expliquer avec d'autres mots [...] C'est le vrai nom en fait ! » P3

« Elle disait des... enfin elle emploie des termes techniques et savants ! » P8

3.3.1.1.4. Les abréviations

Le jargon médical utilise l'apocope qui consiste à tronquer certains mots qui sont parfois longs comme l'a fait remarquer le huitième patient.

« C'est pour ça je voulais dire que je parle de cath, que je parle pas de cathéter. Je dis pas grossesse pathologique, je dis grossesse patho. » P4

« C'est vrai qu'il y a des mots compliqués, y a même aussi des résumés de mots des fois. » P6

« J'arrive pas à m'en rappeler parce que c'est des noms à rallonge ! » P8

3.3.1.1.5. Un langage profus

Le jargon médical comporte une profusion de termes : « Mais y en a vraiment pas mal. » P6

3.3.1.1.6. Un langage complexe

Il s'agit d'un vocabulaire qui puise ses racines dans le latin et le grec, pouvant ainsi le rendre abstrait pour les personnes qui n'ont pas étudié les langues mortes.

« Moi j'ai fait du latin et du grec mais pour certaines personnes ce doit être un peu compliqué. » P7

« C'est du charabia. » P8

3.3.1.2. Une langue propre

Le jargon médical constitue une langue à part entière, parfois assimilée à une langue étrangère, nécessitant alors une traduction.

« Pour moi il parlait hébreux, il parlait hébreux. [...] Je pense que les médecins ou les chirurgiens surtout dans le cadre hospitalier devraient être euh... devraient traduire un petit peu ce qu'ils disent entre eux devant le lit du patient. » P1

« C'est accessible à peu de monde finalement. » P7

« Ça leur est réservé c'est leur domaine propre et on dirait que c'est quelque chose que on doit pas pénétrer. » P8

3.3.1.3. Un parallèle avec d'autres professions

La médecine n'est pas le seul domaine à avoir son propre jargon, cela concerne d'autres corps de métier, cités par les personnes interrogées :

« Oui, dans toutes les professions il y a un jargon, y a pas que dans la médecine. » P3

« Dans mon domaine c'était pareil. Dans le domaine de la presse personne ne comprenait ce qu'on disait entre journalistes etc. » P1

« Mais c'est comme chez les mécanos. Votre voiture elle est en panne : c'est quoi ? Ah c'est l'alternateur. C'est quoi l'alternateur ? Moi j'ai fait un an de mécanique donc je sais, c'est le démarreur. Ah bon ? Mais c'est quoi le démarreur ? On va pas à chaque fois vous expliquer. » P4

3.3.1.4. Les émetteurs : les professionnels de santé

Il s'agit d'un langage employé par les professionnels de santé, en particulier les médecins.

« Jargon médical si c'est des médecins, je le comprends très bien. » P1

« Le jargon médical entre... entre personnes de la même profession, je l'entends bien. » P1

3.3.1.5. Les destinataires

Concernant les destinataires du jargon médical, les personnes interviewées étaient plus partagées, tantôt uniquement les autres professionnels de santé, tantôt le patient avant tout.

3.3.1.5.1. Les professionnels de santé

Le jargon médical permet avant tout de communiquer avec d'autres professionnels de santé, en particulier les médecins spécialistes.

« Je pense qu'à mon avis c'est lié à toute la profession des médecins ou des soignants, quels qu'ils soient. » P5

« Il s'adresse plutôt aux professionnels ! » P4

« Absolument, et à l'intention des spécialistes. » P1

3.3.1.5.2. Les patients

La plupart des patients ont répondu qu'ils se sentaient concernés par l'usage du jargon médical, que certains médecins l'employaient avec eux.

« Normalement vous l'utilisez pour les patients, mais bon... » P3

« Ça fait partie de votre jargon et que mais souvent vous l'employez auprès des patients certainement » P5

3.3.1.6. Un apprentissage nécessaire

Certains patients ont noté la nécessité d'un apprentissage, que ce soit par les études de médecine ou l'appartenance à un milieu qui l'emploie couramment.

« Il ne comprend pas de quoi il s'agit, s'il va bien, s'il va pas bien, s'il va mal (*rictus*) voilà. [...] N'ayant pas fait des études de médecine » P1

« Je comprends qu'ils aient fait de grandes études je comprends qu'ils aient fait sept ans d'études je comprends tout ça » P8

3.3.1.7. Le rôle du jargon médical

Le jargon médical joue un rôle particulier entre les différents professionnels, il est nécessaire dans certaines situations, mais devient abusif lorsqu'il devient un rempart entre le médecin et le patient.

3.3.1.7.1. Un langage commun aux professionnels

Il s'agit d'un langage commun entre les différents professionnels, permettant une communication précise, avec une certaine économie des mots, et une bonne compréhension.

« J'imagine qu'entre vous c'est forcément un langage que vous utilisez, qui est commun. [...] C'est qu'après c'est pour pouvoir après entre les différents soignants, les différents interlocuteurs, j'imagine que si y a un jargon, tout le monde est compris. » P5

« Ils vont pas chaque fois vous voyez, détailler les choses » P1

3.3.1.7.2. La transmission

Il est nécessaire que l'information soit transmise correctement lorsque plusieurs professionnels de santé interviennent autour d'une situation commune, lorsqu'un médecin généraliste adresse son patient à un spécialiste ou lorsque ce dernier lui fait un retour par exemple.

« Faut bien employer un langage technique on va dire, pour être compris de tous et avoir un diagnostic qui soit bien précis et retransmis de manière correcte auprès de toute la chaîne » P5

« Il ne sert qu'à discuter entre médecins. » P8

3.3.1.7.3. Un langage de connivence

Un patient souligne l'usage du jargon comme un rempart entre certains médecins et leur patient, soit pour l'exclure, soit pour dissimuler la vérité.

« Alors est-ce que c'est parce que c'est le métier qui le veut ou est-ce que c'est pour cacher une certaine vérité... Pour pas qu'on comprenne tout ! Qu'on s'imagine peut-être des trucs qui n'existent pas, oh j'en sais rien moi [...] Fin j'aime pas cette réserve. » P8

3.3.1.7.4. Une utilisation hospitalière

Il est particulièrement présent à l'hôpital d'après certains patients : « Le terme jargon médical m'évoque surtout mes séjours à l'hôpital » P1

3.3.1.8. Le jargon médical écrit

Le jargon médical est formalisé dans les comptes-rendus médicaux (consultations, examens radiologiques) ou bien dans les rapports de laboratoires.

« Pour un suivi, [le jargon médical] est employé d'un médecin à un autre pour expliquer une consultation et euh... comment on appelle ça... un résumé... [...] une conclusion. » P4

« Que les analyses, on est toujours... Bon y a toujours des taux, c'est toujours des moyennes c'est peut-être, les analyses c'est peut-être là où c'est toujours un peu plus complexe d'analyser. » P5

3.3.2. Des exemples d'utilisation du jargon médical

3.3.2.1. En médecine générale

3.3.2.1.1. A destination du patient

Chaque exemple donné par les patients concerne un terme relevant du jargon médical désignant un diagnostic. Dans les quatre premières situations, il s'agit d'un diagnostic ayant même nécessité un avis spécialisé.

3.3.2.1.1.1. Une tendinite P3

« Quand on m'avait opéré une fois du... elle m'avait dit : « tu as une tendinite, il faudra t'opérer », elle m'a dit le nom et j'avais pas compris ce que c'était en fait. J'étais allée à SOS main, euh ... Le tendon qui est là j'ai dit mais... « je vais perdre ma main ! » » P3

3.3.2.1.1.2. Une algodystrophie P3

« Et après elle m'avait dit, après quand on m'a opéré, j'ai fait une algodystrophie, elle me dit tu fais une algodystrophie. « Ah bon ? » A ce jour l'algodystrophie je sais pas... ou juste ce que c'est quoi. [...] On m'a dit vous en référez une si on vous opère d'autre chose. Donc j'attends

patiemment je sais pas si ça viendra mais c'est resté... je sais pas trop. [...] J'ai dit « tu vas perdre ta main ! » J'avais cette main grosse qui me faisait mal. Après c'est les spécialistes que j'avais sur Montpellier... » P3

3.3.2.1.1.3. Un condylome plan P3

« Après j'avais un autre généraliste à Paris, il m'a dit un jour « vous avez un condylome plan ». A ce jour je sais même pas ce que c'est un condylome plan ! J'aurais pu demander à mon fils qui est dans la médecine bon mais je reste avec ça. Ça fait... J'avais vingt-deux ans mais bon. « Voilà madame vous avez un condylome plan, vous allez faire du laser. » On m'a fait du laser... » P3

3.3.2.1.1.4. Une endométriose P3

« Endométriose aussi j'ai eu... Moi, endométriose, maintenant je le sais parce que j'entends des reportages à la télé, de Lorie, la chanteuse qui l'a donc je vois à peu près ce que c'était, mais à l'époque on [m'a] opérée d'une endométriose je savais pas ce que c'était. » P3

3.3.2.1.1.5. Une paralysie Faciale Périphérique P4

Dans cet exemple, le patient nous livre le diagnostic de paralysie faciale périphérique, et l'interprétation qu'il en a eu légèrement erronée mais basée sur ses connaissances dans le langage commun.

« Je suis venu consulter parce que j'avais la moitié du visage paralysé et euh quand il m'a vu, il a tout de suite compris ce que j'avais et puis il m'a dit de faire un exercice et il en a conclu que c'était une paralysie faciale périphérique. Ou A frigore. Voilà, ça veut dire à peu près pareil. [...]

- Comment vous l'avez compris ce mot-là ? Cette expression-là ?

- Bah, ça va parce qu'elle est pas si compliquée que ça. Paralysie : mot paralysé.

Faciale donc de la face (désigne son visage). Périphérique bon, j'ai vu tout de suite que j'avais qu'un côté (*désigne la joue et la tempe gauches : la périphérie du visage*) donc la périphérie quoi, un côté. Encore ça, c'était assez correct, quoi, j'ai vite compris. Voilà. »

3.3.2.1.1.6. Un impétigo P5

Ici, la patiente connaissait déjà le mot impétigo, elle-même ayant évoqué le diagnostic en début de consultation en expliquant les symptômes de sa fille.

« Elle est venu pour un impétigo, je connaissais déjà mais peut-être que vous m'auriez dit c'est un impétigo est-ce que ça c'est considéré comme du jargon ? » P5

3.3.2.1.1.7. Des difficultés avec les médicaments génériques P7

L'usage des dénomination internationales communes (DCI) sur les ordonnances, devenue obligatoire y compris en médecine générale représente une difficulté pour la compréhension comme le rapporte cette patiente.

« Et puis là en ce moment c'est la catastrophe parce que moi j'avais l'habitude de plein de mots, enfin de pleins de noms, de dénominations de médicaments, maintenant c'et pfff... ça... Bon, hein ? Vous comprenez ce que je veux dire.

I : Le fait qu'on soit passé...

P7 : Le Foradil® bon alors maintenant c'est formétérol... » P7

3.3.2.1.1.8. L'hémoglobine glyquée et les systoles P8

Ces exemples soulèvent l'importance de l'éducation thérapeutique développée autour des maladies chroniques comme le diabète. Le médecin généraliste en est l'un des acteurs principaux, même si elle peut être également réalisée par des infirmières Asalée (infirmière d'action libérale en équipe) ou des services spécialisés (hôpital de semaine d'endocrinologie par exemple).

« I : Oui ! D'accord. Et par exemple, l'hémoglobine glyquée ça c'est un mot qu'il a dû vous apprendre...

P8 : Bah il m'a appris.

I : ... Un jour ou l'autre. Oui.

P8 : Oui, il m'a dit ce que c'était. Euh... Le pourquoi du comment, voilà. » P8

« Bon maintenant, je comprends, je baigne dans le truc alors les systoles, les extra-systoles... Je t'en passe et des meilleures... ça il me l'a bien expliqué aussi... » P8

3.3.2.1.2. A destination d'un autre professionnel de santé : systole P1

Il s'agit d'une consultation durant laquelle le médecin traitant a dû appeler le cardiologue pendant la consultation pour demander un avis.

« Par contre une fois devant moi, il a appelé un spécialiste chez qui il devait m'envoyer, un cardiologue. Et là, j'ai pas trop compris tout ce qui se disait entre eux.

I : Oui.

P1 : Vous voyez ce que je veux dire, il employait des termes techniques enfin, de jargon médical.

I : D'accord.

P1 : Ça c'est un exemple frappant. D'ailleurs, je lui ai dit après, bon beh, euh, qu'est-ce que vous avez dit au cardiologue ? Euh, qu'est-ce qu'il va me faire etc., voilà ?

I : Oui

P1 : J'avais pas compris la conversion (*le patient a voulu dire « conversation »*) à part que j'avais compris qu'il me ferait un électrocardiogramme mais pour le reste j'avais pas compris les... pourquoi il m'envoyait chez lui. [...] C'était assez abstrait, je sais pas moi euh, ça existe le terme systole ou un truc comme ça ? »

3.3.2.2. Une expérience hospitalière

Bien que l'étude s'intéresse à l'usage du jargon en médecine générale, quelques patients ont souhaité rapporter des expériences ayant eu lieu dans le domaine hospitalier, dans lesquelles le médecin généraliste a eu un rôle a posteriori, plus ou moins important.

3.3.2.2.1. Le médecin généraliste en relai

Un patient rapporte les explications du médecin traitant à la suite de son accident vasculaire cérébral (AVC), en particulier la thrombolyse qu'il a subie (action de détruire le caillot sanguin responsable de l'AVC) et la collatéralité de la circulation cérébrale qui avait pris le relai, limitant ainsi l'atteinte au cervelet uniquement.

« Il a tenté de m'expliquer avec un dessin [...] Mais il a essayé de me signaler pourquoi je m'en suis à peu près bien sorti parce qu'en fait alors il m'a donné le terme médical qu'il y a marqué sur les bouts de papier et après il m'a dit voilà. Parce que là il y a plusieurs départs de... Vers le cerveau, à partir du cervelet et le caillot se trouvait à l'un des départs mais il n'a pas colmaté les autres. Donc le cerveau a con... enfin une grosse partie du cerveau a continué à être alimentée et pris en charge la partie non alimentée provisoirement parce que... Parce que les ramifications, les machins voilà ! » P8

La patiente suivante rapporte quant à elle son incompréhension face au projet opératoire exposé par le chirurgien et son intention de consulter le médecin traitant pour plus d'explications.

« On doit l'opérer (*sa fille*) des amygdales. Je crois qu'après à un moment donné il a pas été très clair au niveau du déroulement de l'opération. Parce que là on lui a fait un traitement sur six mois pour essayer que les amygdales dégonflent mais sur l'après, le déroulement, le pourquoi il fallait intervenir, ça a pas... mais est-ce que ça manque d'explications ou je sais qu'il faut que j'y revienne mais pour moi c'était pas clair, c'était pas clair parce que c'est mal expliqué ? C'est pas forcément du jargon. [...] Oui oui après elle (*sa médecin généraliste*) fait un suivi et elle, elle justement, peut-être qu'elle va expliquer d'une autre manière qui va être plus compréhensible et peut-être le fait de prendre le temps ça fait aussi peut-être des médecins, je sais que l'oto-rhino que j'ai vu c'est quelqu'un qui est pas dans la communication, pressé, on voit bien que ça enchaîne etc. et qu'on a plus l'impression de déranger donc on va rester un peu avec nos questionnements tandis qu'elle elle vous reçoit, elle prend le temps et puis voilà, elle aborde les choses d'une autre manière, que oui, c'est plus compréhensif. » P5

3.3.2.2.2. Une expérience singulière : le premier patient et le chirurgien

Dans cette situation, le médecin généraliste n'est pas du tout présent. Mais elle est suffisamment rare pour faire figure d'exception par rapport à ce qui est habituellement vécu. Cela nous donne également le niveau d'aisance (ou d'empowerment) du premier patient qui entretient une relation personnelle avec le chirurgien, le tutoie, l'interpelle, etc. :

« Et d'ailleurs, si on en revient justement à ce qui se passe dans le domaine hospitalier c'est là où c'est le plus terrible, c'est un chirurgien qu'on ne connaît pas euh... Bon. Et qui passe de chambre en chambre, etc. avec toute une armada à côté de lui d'internes, d'infirmiers et tout

et qui entre eux discutent. Alors là vous vous sentez complètement paniqué. Vous savez pas si vous allez mourir ou si vous allez guérir. Donc c'est un peu ça quoi.

I : Oui.

P1 : Dans leur langage. Et ils expliquent PAS. Fin moi, on m'expliquait parce que je disais « bon, traduction » (*signe de la main pour interpeler*)

I : Oui.

P1 : Traduction, « je veux savoir ce que j'ai. Hein, quand je sors, si je suis guéri ou pas, etc. » Mais y a des patients qui n'ont pas... si vous voulez le courage d'interpeler.

I : Tout à fait.

P1 : ... le grand chirurgien etc. (*rires*) voilà. C'est là où c'est, et je l'ai constaté de visu, c'est pour ça que je le dis.

I : Oui.

P1 : Bon, ça, ça n'arrivait pas avec moi parce qu'à chaque fois que je me suis opéré c'était un chirurgien que je connaissais.

I : D'accord.

P1 : Donc euh, j'ai beaucoup de relations dans le milieu médical à Montpellier en particulier. Et... Donc euh... ça ne m'arrivait pas à moi, j'ai vu comment... D'ailleurs, une fois je, j'avais invité un chirurgien qui m'avait opéré, je l'ai invité à manger dans un grand restaurant parce que ...

I : Oui ?

P1 : Il m'a dit « c'est la première fois que je mange avec un patient ». Je sais, je lui dis : « je comprends, tu as vu tout à l'intérieur, tu m'as ouvert etc. Ça doit faire drôle, mais je comprends que », mais bon, comme on avait installé une relation ... voilà... Et donc je lui ai dit, je lui ai dit, je lui ai dit : « vous savez que ... je me mets à la place de beaucoup de patients que vous voyez euh... Ils doivent quand même être... euh pas intrigués mais quelque peu paniqués quand vous passez les voir et que vous leur expliquez...et que parlez entre vous et que vous leur expliquez pas ce qui se passe. Euh, il faudrait qu'il y ait un peu plus de communication. »

3.3.2.3. Un terme relevant du jargon médical apporté par le patient

Une patiente raconte qu'elle a souhaité retrouver le terme précis en rapport avec ses symptômes avant de le rapporter en consultation à son médecin généraliste. Dans ce cas-là, le terme spécialisé est introduit par la patiente elle-même au sein de la conversation.

« Et là je me suis rendue compte que par exemple après quatre jours de médocs pour la bronchite les malléoles internes enflent de nouveau. Et malléoles je butais dessus. Et c'est là que je suis allé chercher la malléole. » P7

3.3.2.4. Une absence d'exemple de jargon

Spontanément, quatre patients répondent ne pas avoir d'exemple de jargon médical avec leur médecin traitant qui leur vient en tête.

« Comme ça pour vous dire, non je n'en ai pas vraiment... A part les noms des médicaments, les soins qu'elle me prodigue, je sais ce que c'est et pourquoi c'est ! [...] Je pourrais pas vous donner d'exemple » P7

« Est-ce que vous auriez un exemple précis de jargon médical mais cette fois-ci avec le Dr T... ?

- Alors là j'en ai pas ! » P8

3.3.2.5. Des réactions communes

3.3.2.5.1. Des questionnements

Dans la plupart des entretiens, le patient interroge spontanément le médecin sur la signification.

« Qu'est-ce que vous avez dit au cardiologue ? [...] Qu'est-ce qu'il va me faire, voilà ? » P1

« Et comment vous l'avez compris ce mot-là ?

- J'ai dû demander, et... » P6

3.3.2.5.2. Des demandes d'explications

La cinquième patiente explique qu'elle va retourner voir son médecin généraliste suite à la consultation avec l'ORL, durant laquelle elle n'avait pas tout saisi :

« Oui oui après elle fait un suivi et elle, elle justement, peut-être qu'elle va expliquer d'une autre manière qui va être plus compréhensible et peut-être le fait de prendre le temps » P5

De même la troisième patiente devait retourner voir son médecin traitant avec des résultats d'analyse d'urines :

« Donc j'ai pris rendez-vous pour quand même expliquer... » P3

3.3.2.5.3. Des préoccupations satellites

Derrière l'annonce d'un diagnostic avec l'utilisation du jargon médical, il y a une maladie que le patient découvre, dont il ne connaissait pas les causes ni les conséquences. Ce sont donc les interrogations qui ressortent le plus souvent.

« Peut-être qu'on a besoin après derrière d'avoir des explications derrière un nom scientifique... technique. » P5

« Oui, je lui ai posé la question... Je lui ai dit bah pourquoi je vais chez le cardiologue, voilà. » P1

« Comment c'est arrivé ? Pourquoi j'ai ça ? » P4

« Combien de temps ça va prendre ? [...] Est-ce que je vais pouvoir reparler ? Est-ce que je vais pouvoir [...] Est-ce que ça va se soigner surtout ? [...] Et après j'ai appris par quelqu'un...ça je ne le savais pas. Quelqu'un qui était passé par là et qui avait... Qui malheureusement n'a pas rattrapé autant que moi. Voilà. Qui m'a dit qu'on était sensibles à... Qu'on pouvait le ... Qu'on était beaucoup plus sensible une fois qu'on l'avait eu à l'avoir un autre par la suite. » P4

3.3.2.6. Une absence d'explication

Une patiente a rapporté l'exemple d'une situation où vingt ans plus tard elle ne savait toujours pas ce qu'elle avait eu, n'ayant pas le souvenir d'une seule explication au moment de sa prise en charge, elle n'a jamais redemandé à son médecin traitant ou à son fils :

« Après j'avais un autre généraliste à Paris, il m'a dit un jour « vous avez un condylome plan ». A ce jour je sais même pas ce que c'est un condylome plan !

I : D'accord.

P3 : J'aurais pu demander à mon fils qui est dans la médecine bon mais je reste avec ça. C'a fait... J'avais vingt-deux ans mais bon. « Voilà madame vous avez un condylome plan, vous allez faire du laser. » On m'a fait du laser...

I : D'accord.

P3 : Vingt ans, j'ai eu un condylome plan. Voilà à ce jour.

I : D'accord. Et ça pareil, ça vous avait inquiétée ?

P3 : Bah moi condylome plan... Portez vite une analyse, moi je suis vue pas trop illettrée, je me suis dit c'est peut-être un cancer.

I : Hmm

P3 : On m'a brûlée, on m'a dit demain vous irez au travail. Voilà. Qu'est-ce que vous avez eu ? Un condylome plan ! Voilà. *(rire)*

I : D'accord.

P3 : Et j'ai jamais cherché sur internet mais à l'heure d'aujourd'hui, j'oublie. » P3.

3.3.3. L'expérience du jargon médical en médecine générale

3.3.3.1. Une expérience positive

Tous les patients évoquent leur relation avec le médecin généraliste : celui qui assure le suivi, qu'on a choisi, qu'on déclare auprès de la sécurité sociale comme médecin traitant. L'utilisation du jargon médical est une occasion pour aborder plus largement la communication mais aussi la force du lien qu'ils entretiennent ou ont entretenu avec leur médecin.

3.3.3.1.1. La relation privilégiée avec le médecin traitant

3.3.3.1.1.1. Le médecin traitant connaît son patient

Le médecin traitant connaît son patient : ses problèmes de santé mais aussi son caractère, son environnement etc. Du moins c'est ce qui est attendu de lui, et cela peut être cause de rupture lorsque le patient ne se sent pas reconnu comme l'explique la cinquième patiente.

« Il connaît ma nature, il sait que je suis hypocondriaque [...] Lui il me connaît mieux que personne, mieux que personne. » P1

« Je le compare surtout dans le sens où c'est un médecin qui prend le temps et que jusqu'à présent justement si pour l'instant j'ai pas eu de médecin traitant c'est qu'ils prenaient pas le temps et l'impression d'être une inconnue à chaque fois au bout de X années, une inconnue à chaque fois qu'on arrivait... » P5

3.3.3.1.1.2. Une relation durable

Certains patients sont suivis ou ont été suivis par un même médecin pendant plus de vingt ans.

« Je l'ai gardé pendant vingt-cinq ans. » P1

« J'avais l'habitude avec Mme R qui quand même expliquait, bon bah parce qu'elle me connaissait ça faisait vingt ans. » P3

3.3.3.1.1.3. L'investissement du médecin traitant

Certains patients considèrent l'investissement du médecin généraliste dans la recherche de diagnostic et la prise en charge comme une qualité nécessaire.

« C'est comme ça que moi j'apprécie ma nouvelle doctoresse qui prend le temps de faire une vraie consultation, de savoir, de faire un bilan, de faire une vraie prise en charge. » P5

« Elle était euh... Pas attentionnée mais... elle cherchait vraiment à trouver ce qu'il y avait, pas comme l'autre qui essayait de faire rapide et qui me dit bon, tu as une entorse arrête-toi-deux semaines. Non elle cherchait vraiment ce que j'avais pour me soigner comme est censé faire un médecin. » P6

3.3.3.1.1.4. La confiance du patient envers son médecin traitant

Les patients témoignent d'une profonde confiance envers leur médecin généraliste.

« Alors, je vous explique, mon médecin généraliste, j'ai une totalement, j'ai totalement confiance en lui » P1

« Et puis [des gens] qui font vraiment confiance au médecin à cent pour cent. Je fais aussi confiance à cent pour cent mais j'essaye de comprendre ! » P7

« C'est, je dirais pas une amitié mais j'ai une relation avec lui de confiance qui me... voilà !
Qui me conforte. » P8

3.3.3.1.1.5. Le médecin traitant comme repère

Avec la volonté politique de donner au médecin généraliste la coordination des soins, il fait figure de repère parmi tous les acteurs de soin. On voit également des patients qui veulent à tout prix « garder » leur médecin traitant une fois la relation de confiance clairement établie.

« Même maintenant j'ai déménagé, puisque j'ai acheté ici, j'habite à C... Je vais quand même à S... le voir (16 km, 25 minutes de trajet). » P1

« Voilà, on fait confiance au spécialiste. Mais on retourne toujours au généraliste pour toujours demander qu'est-ce qu'il en pense. » P4

3.3.3.1.1.6 Une relation de proximité

Certains patients expriment une relation étroite avec leur médecin traitant, proche de la sympathie, et teintée d'humour.

« C'est vraiment quelqu'un de très sympa. » P7

« On plaisante trop ! [...] Et puis en plus on blague parce que de temps en temps je passe je lui dis « écoutez, je sais que j'ai eu un sévère problème avec les neurones pendant mon... Et là je les compte tous les matins, ça avance » ... Et là il se met à rire. » P8

3.3.3.1.2. Un bon usage du jargon médical

3.3.3.1.2.1. L'empathie

Le jargon médical peut être utilisé par le médecin généraliste à la condition que celui-ci manifeste de l'empathie : une écoute active des préoccupations et en choisissant ses mots avec soin.

« Il choisit avec beaucoup d'attention les termes qu'il emploie [...] Il m'a pas dit attention, si tu continues, tu vas avoir un cancer ou ceci ou cela. » P1

« Elle se met à notre portée on va dire. » P5

« Voilà, il est très à l'écoute et en plus il tente d'expliquer... » P8

3.3.3.1.2.2. Le temps accordé

Il est nécessaire que le médecin se montre disponible en temps.

« Elle prend le temps d'expliquer, si c'est pas clair, elle prend le temps mais avec des mots simples ! » P5

« Et elle à moins d'un quart d'heure on s'en tire pas ! » P7

« Ce qu'il y a de bien, c'est qu'il prend le temps de tout expliquer. » P8

3.3.3.1.2.3. Un langage clair

C'est le nœud central. Les patients rapportent des situations différentes mais pour l'essentiel le médecin généraliste s'exprime avec clarté. Il existe des exceptions qui seront soulevées plus loin. Mais globalement, le patient qui fait confiance à son médecin traitant trouve qu'il s'exprime clairement, ou du moins il a l'espace pour lui demander des précisions si ce dernier ne le fait pas spontanément.

« Elle aborde, chose que j'apprécie beaucoup, c'est qu'elle aborde les choses de manière simple. » P5

« En général il explique posément et de façon compréhensive pour le patient lambda euh... Ce qu'il lui propose comme traitement [...] c'est clair, net, facile, rapide. » P1

« Elle expliquait quand même bien, j'ai pas eu trop de soucis avec Mme R pour [...] Pour comprendre ce que j'avais. » P3

« Personnellement avec moi il a toujours joué franc jeu [...] Moi j'ai jamais eu le sentiment qu'il tentait de me cacher quelque chose [...] C'est pas le genre de type non plus à tourner autour du pot, c'est... » P8

3.3.3.1.2.4. Des explications

La consultation de médecine générale peut constituer un espace privilégié pour les explications, directement ou en relai d'une situation extérieure (avis spécialisé, examen complémentaire etc.).

« Quand il s'agit du généraliste je pense que la majorité des généralistes quand même font en sorte de bien se faire comprendre de leurs patients, de leur expliquer ce qu'ils ont quoi, d'une façon simple » P1

« Elle m'expliquait quand même, elle essayait... » P3

« Bon il emploie des termes techniques mais il donne, enfin, il donne sa traduction [...] Même les examens médicaux il m'a toujours tout expliqué » P8

3.3.3.1.2.5. La minimisation

Un des patients a relevé que son médecin traitant préférait le rassurer en minimisant certaines situations.

« Il me dira jamais « tu as une grosse, grosse grippe ». Il me dira « tu as une petite... » Ou... » P1

3.3.3.1.2.6. Une utilisation rare ou absente du jargon médical

Deux patients affirment que leur médecin généraliste n'utilise pas de jargon médical ou bien très rarement.

« Par contre, non, il utilise pas un jargon spécialisé en ce qui me concerne [...] il va pas employer du jargon médical pour parler à son patient [...] il n'emploie pas de toute façon, de termes spécifiques euh... faisant partie de leur jargon, pour m'expliquer quelque chose, jamais. Jamais. » P1

« Elle en employait pas trop de ces termes. » P3

3.3.3.1.3. Le médecin généraliste intermédiaire

Plusieurs fois, le rôle du médecin généraliste comme intermédiaire dans le parcours de soin est pointé. Il traduit, reformule et explique les comptes-rendus.

« Oui moi je pense que le médecin généraliste devrait compléter le spécialiste » P3

« Après oui, il m'a dit bon, il va te faire un électrocardiogramme, patati tatatac etc. [...] Il est pas rentré dans le détail, détail, détail [...] Je le vois après et tous les chiffres qui sont marqués

en gras sur le bilan sanguin, me suis, non c'est pas grave, y a des normes, tu dépasses légèrement un petit peu mais aucune importance » P1

3.3.3.1.4. Une place importante pour le jargon médical dans la relation de soin

Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les patients ne rejettent pas tous en bloc le jargon médical. On peut relever trois raisons à cela : le savoir qu'il représente, l'importance de pouvoir nommer les choses et enfin le fait qu'il est une porte d'entrée vers des explications plus fournies.

3.3.3.1.4.1. Une représentation du savoir

L'utilisation de mots compliqués peut paraître impressionnante à certains mais c'est l'occasion pour d'autres d'en apprendre plus, d'élargir leurs connaissances et leur culture.

« On va dire qu'il est important en soit [...] quelque part c'est un savoir. » P5

« Voilà le jargon médical c'est la santé donc euh... C'est important. » P6

3.3.3.1.4.2. L'importance de nommer

Mettre un mot sur un objet permet de le faire exister, de le cerner ou dans le cadre d'une maladie de mieux la cerner. Le jargon médical remplit ce rôle. En nommant le mal le médecin reconnaît son existence, montre au patient qu'il l'écoute (22). Cela permet également de passer à l'étape suivant l'identification, l'établissement d'un plan d'action (bilan, traitement, surveillance...) et d'en favoriser l'adhésion du patient au traitement proposé.

« C'est bien d'apporter un nom voilà. Un chou est un chou, on peut pas l'appeler autrement. »
P5

3.3.3.1.4.3. Une ouverture aux explications

L'utilisation d'un terme relevant du jargon médical est l'occasion pour le médecin de l'expliquer en donnant sa définition mais également les implications qu'il y a derrière.

« Et après faut aussi que ça soit [...] expliqué [...] mais qu'après à un moment donné on puisse avoir les explications derrière. » P5

« Moi je trouve que c'est mieux de savoir ça, le pourquoi, le comment » P3

3.3.3.2. Une expérience négative

L'utilisation du jargon médical en médecine générale a été mal vécue par la plupart des patients.

3.3.3.2.1. La difficulté de comprendre le jargon médical

Par définition, le jargon médical est un langage inaccessible au patient non initié. Il est donc évident que lorsque le médecin emploie un terme qui relève du jargon médical le patient ne peut pas comprendre. La situation peut être plus nuancée s'il s'agit de termes empruntés au langage commun mais qui ont un autre sens en médecine. Mais les sources de confusion sont loin de manquer.

« Bah soit j'ai la chance de le connaître soit... [...] Parce que quand on n'est pas dans ce domaine-là c'est vrai qu'on comprend pas ce qu'on nous diagnostique. » P6

« Pour lui, ça doit être inné chez un patient. Il devrait savoir ce que c'est que la grippe [...] c'est vrai que le jargon c'est bien beau, mais même des fois avec des mots simples on n'y arrive pas, on se perd. » P4

3.3.3.2.2. Le manque de temps

Le temps nécessaire aux explications peut être un frein. Le patient ne peut pas faire répéter maintes fois et peut avoir tendance à abandonner les explications lorsqu'elles ne sont pas claires immédiatement.

« Je le compare surtout dans le sens où c'est un médecin qui prend le temps et que jusqu'à présent justement si pour l'instant j'ai pas eu de médecin traitant c'est qu'ils prenaient pas le temps » P5

« Faut-il que le médecin ait le temps de vous... de prendre du temps pour vous l'expliquer. »
P3

« Je demande à répéter au médecin. Mais des fois quand il me décrit avec d'autres mots que je comprends pas, bon, on va pas passer une heure à parler du... [...] « Vous avez le cancer », je prends toujours l'exemple : « Vous avez le cancer,

- oui. Et c'est quoi le cancer ?

- C'est des métastases... »

[...] On cède, on arrête, on n'est pas là pour faire perdre son temps. » P4

3.3.3.2.3. Une utilisation incongrue du jargon médical

Pour certains patients le jargon médical n'a pas sa place en médecine générale. Son utilisation paraît même déplacée, en particulier auprès des personnes âgées.

« Je pense que ce serait complètement (*lève les yeux*)... ou alors euh... ou alors il serait euh... complètement à côté de la plaque mais bon [...] Ça me paraît complètement aberrant euh... de parler hébreux à quelqu'un qui ne le parle pas, quoi. » P1

« Si la personne âgée n'est pas accompagnée par quelqu'un, soit une fille, soit un parent, je pense pas qu'elle comprenne tout ce qu'elle a. Moi c'est parce que j'accompagne ma mère que je vois. » P3

3.3.3.2.4. Une utilisation qui paraît involontaire

Il apparaît au fil des entretiens que le jargon médical n'a pas sa place dans une communication claire entre un médecin et son patient, entraînant alors un usage qui peut paraître déplacé. Cela peut survenir par simple habitude pour le médecin qui ne distingue plus les termes communs des termes jargonnés, c'est du moins comme ça que l'expliquent les patients 4 et 5 :

« Et comme vous vous avez je pense, vous les médecins, entre vous tendance à parler dans ce jargon-là, vous continuez en ce sens, vous faites peut être pas assez la différence entre vos confrères et le patient. » P4

« J'imagine qu'après forcément c'est difficile des fois de s'en détacher ou d'expliquer autrement et que auprès des patients c'est des termes qui sont employés. » P5

3.3.3.2.5. Des médecins qui jouent de son utilisation

Une patiente suggère que le jargon est parfois brandi par le médecin pour signifier son savoir et par là même sa domination sur le patient. Certains l'utilisent comme un piédestal.

« Mais certains médecins vont peut-être aussi en jouer de ça. Que ça place peut-être la barre haute mais on part avec nos incompréhensions des fois. » P5

« Des médecins qui se mettent tout à fait à la portée de leur patient, puis y en a d'autres qui survolent, j'en ai connu, je leur ai dit redescendez sur terre ! » P7

3.3.4. Les sentiments et les attitudes consécutifs à l'usage du jargon médical en médecine générale

3.3.4.1. Des sentiments négatifs

3.3.4.1.1. L'inquiétude

L'utilisation d'un mot inconnu pour désigner un trouble peut être inquiétante, car le patient n'en connaît pas la signification.

« De l'inquiétude quand même, on s'inquiète plus ou moins. » P3

« Mais bon, j'étais pas trop... Pas trop rassurée ! » P3

3.3.4.1.2. La peur

Certains patients expriment carrément la peur à l'évocation de certains souvenirs. Il est cependant difficile de savoir si c'est le simple emploi de jargon en lui-même ou la communication non verbale qui l'entoure.

« Y a des mots qui peuvent faire peur parce que la plupart des mots quand on a un diagnostic quelque chose, je trouve que la plupart on les connaît pas. » P6

« J'ai eu la frousse. Rien que sa manière de le dire... » P1

3.3.4.1.3. Des projections parfois disproportionnées

Le patient va parfois se projeter de manière disproportionnée.

« Bah moi j'ai vu, j'ai dit « tu vas perdre ta main ! » » P3

« Des fois où forcément on va peut-être chercher des scénarios catastrophiques alors que peut-être il n'en est rien. » P5

3.3.4.1.4. Les connotations liées au mot employé

Il peut également se rapporter aux connotations liées à un mot, car on considère immédiatement le pronostic fatal lié au diagnostic.

« Le SIDA, le cancer, tout ça ça fait peur. Surtout principalement le cancer car il y a énormément de personnes qui meurent par rapport à cette maladie, d'autres qui s'en sortent très bien mais euh... Et d'autres qui rechutent. Voilà ce mot-là le cancer il fait peur. » P4

3.3.4.2. Un jargon rassurant

3.3.4.2.1. Avec des explications

La majorité des patients évoquent un côté rassurant dans l'emploi du jargon médical dans le sens où le médecin met des mots sur leur situation, ils ne sont pas laissés dans l'inconnu. C'est une porte d'entrée vers des explications plus fournies, un temps de communication très important au sein de la consultation.

« Mais ouais si les choses sont expliquées et dites et si on connaît un petit peu les étapes de ce qui doit se passer, des améliorations ou pas ou la durée, ben déjà je pense que c'est important d'être rassurée. » P5

« Oui ça rassure l'explication ça rassure. » P3

3.3.4.2.2. Avec certaines limites

L'un des patients aborde son incompréhension devant certaines explications par l'intermédiaire de nouveaux termes relevant du jargon médical. Une autre patiente suggère que tout le monde n'est pas capable d'entendre les explications.

« Dès que je vois que j'ai une question à poser justement sur le jargon et qu'il me répond par des mots simples mais en partie, qu'il rajoute du jargon ! C'est un peu ça. » P4

« En fait on peut pas non plus expliquer à tout le monde non plus j'imagine. » P7

3.3.4.3. Un sentiment d'exclusion

Lorsque le médecin utilise du jargon médical le patient peut se sentir exclu par son incompréhension. Il ne peut pas participer à la conversation.

« Le patient ne comprend pas toujours. » P3

« On a l'impression que ce qu'ils racontent ne nous concerne pas. Alors que on est quand même l'objet des... » P8

3.3.4.4. Un sentiment d'infériorité

Un patient dit se sentir comme un enfant lors des consultations. Il ne comprend pas tout, il se sent ignorant, il veut donc apprendre. Un autre le suggère avec indignation, comme quelqu'un n'ayant pas l'intelligence nécessaire pour comprendre le médecin.

« Ça explique mieux les choses visuelles, c'est qu'on est comme des enfants face à un professionnel, comme des enfants. On sait pas. Donc un dessin comme à un enfant quand on lui explique. On fait des dessins. Bah là je pense que c'est pareil. » P4

« On se demande si nous sommes pris pour des imbéciles ou pour des demeurés parce que on a l'impression que ce qu'ils racontent ne nous concerne pas. » P8

3.3.4.5. Des réactions en corrélation avec la gravité de la situation

Selon la gravité de la situation, le patient n'aura pas la même réaction. Pour des affections bénignes, ne nécessitant aucun traitement long ni exploration supplémentaire le patient ne relèvera pas ou ne s'en préoccupera plus par la suite. En revanche, pour des affections chroniques, ou dont le pronostic est plus incertain, l'usage du jargon médical devient beaucoup plus inquiétant.

« J'ai pas eu de grosse maladie. Quand on a dit qu'elle avait un cancer, voilà... Là c'est un coup de massue qu'on prend. » P4 en évoquant sa compagne.

3.3.4.6. L'indifférence

Souvent, la préoccupation du patient semble d'avantage tournée vers son état de santé en lui-même que sur la manière de communiquer du médecin. Peu importe comment ce dernier s'exprime, ce qui compte c'est d'aller mieux.

« On réagit plus, c'est une question d'habitude aujourd'hui [...] »

- Et en termes de sentiments, qu'est-ce que ça vous inspire, côté émotionnel ? [...] Le jargon médical, que ça soit compris ou pas compris ?

- Je sais pas. Le côté émotionnel, bah ça fait pas d'émotion. » P4

« Mais le jargon médical... J'en ai rien à faire. » P7

3.3.4.7. L'évitement

3.3.4.7.1. Une mise à distance volontaire

Certains patients mettent une distance volontaire entre eux et le jargon médical. Ils préfèrent rester dans l'ignorance, en savoir le moins possible pour ne pas s'inquiéter.

« Alors, je vais vous dire, jamais je regarde une émission médicale [...] Si je me lance là-dedans, je suis malade dix minutes après [...] je préfère éviter ce genre de choses » P1

3.3.4.7.2. Des recherches trop laborieuses

Cela demande beaucoup d'énergie et de temps pour certains de rechercher des explications claires.

« Mais on va pas perdre du temps à consulter tous les fichiers qu'il y a sur internet, ou consulter divers avis » P4

3.3.4.8. Le désir de savoir

Enfin, l'ensemble des patients interrogés rapporte de nombreuses interrogations suscitées par l'emploi du jargon médical, qu'elles soient présentes immédiatement ou bien secondairement.

« Quand il dit paralysie euh bon... C'est « qu'est-ce qui se passe ? » Paralysé du visage ? » P4

« Mais je serais peut-être venue pour la première fois ou la première fois quand elle a été, où elle a eu ça, on savait pas ce que c'était donc peut-être on nous sort des impétigo mais d'où ça vient ? Pourquoi ? Comment ? Comment ça se traite etc. » P5

« Quand justement vous vous retrouvez devant un mot nouveau qui relève du jargon médical, ça vous évoque quel sentiment ?

- Le sentiment que je cours à l'endroit où je peux trouver la définition ! » P7

3.3.5. L'acquisition du jargon médical

Au fil des entretiens, il est apparu que chaque patient a acquis un certain nombre de termes appartenant au jargon médical. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une question directement abordée dans le guide d'entretien, suffisamment d'éléments ont pu être recueillis pour observer la manière dont les patients forment leur expérience.

3.3.5.1. Un apprentissage par l'expérience personnelle

Chaque patient dispose d'un registre de termes appartenant au jargon médical, plus ou moins fourni selon son expérience personnelle ou celle de ses proches (parents, enfants, amis, etc.), à travers les différentes expériences qu'il a traversées.

Ainsi, le premier patient affirme avec véhémence que son médecin n'utilise jamais de jargon médical devant lui, mais il en fait usage avec aisance tout au long de l'entretien :

« Trois mois après je me pointe chez l'angiologue. Elle commence à me faire le doppler : « Oh mon Dieu ! Vous avez une phlébite ! (*pause*) Attendez, vite, il faut que je vous fasse une piqure. Mais attendez, vous êtes en danger » qu'elle me dit, etc. Euh... Puis elle continue son examen, elle fait « Ouh lala ! Vous avez un anévrisme énorme dans le creux poplité » P1

« Mais oui... J'ai eu un enfant. Des frottis, donc [...] Bah moi condylome plan... Portez vite une analyse, moi je suis vue pas trop illettrée, je me suis dit c'est peut-être un cancer. » P3

« Dès qu'on a des petits symptômes, on se dit qu'on a ça, comme vous quand je suis venu dans votre cabinet il y a quelques jours, j'ai « je crois que j'ai une rhino ». Bah ça c'est l'expérience. » P4

Cette patiente utilise à la fois des notions de langues anciennes qu'elle a longtemps étudiées, son goût pour la médecine et son expérience en tant que patiente.

«P7 : Mais je suis pas partie de rien non plus, je vous dis. J'ai fait du grec, du latin...

I : Vous savez... Vous avez quelques notions...

P7 : Oui j'ai quelques notions oui, et puis la médecine m'a toujours intéressée parce que je voulais être médecin. »

« Et puis j'ai eu pas mal de choses quand même. Bon, j'ai été opérée une bonne vingtaine de fois. » P7

3.3.5.2. Un apprentissage par l'expérience professionnelle

Lors du quatrième entretien, le patient rapporte son expérience en tant qu'Agent des Services Hospitaliers, par laquelle il est devenu familier avec de nombreuses expressions :

« C'est pour ça je voulais dire que je parle de cath, que je parle pas de cathéter. Je dis pas grossesse pathologique, je dis grossesse patho. » P4

« Tous ces diminutifs je les ai côtoyés pendant cinq ans. Donc [je n'ai] pas la même perception que quelqu'un qui découvre, voilà. » P4

3.3.5.3. Des analogies avec le langage courant

Certains termes employés dans le milieu médical sont communs avec le langage courant. Dans l'extrait suivant, périphérique fait normalement référence au système nerveux périphérique, c'est-à-dire les nerfs, par opposition au système nerveux central (le cerveau et la moelle épinière), mais le patient l'a compris autrement : la périphérie du visage.

« Paralyse : mot paralysé. Faciale donc de la face (désigne son visage). Périphérique bon, j'ai vu tout de suite que j'avais qu'un côté (*désigne la joue et la tempe gauches : la périphérie du visage*) donc la périphérie quoi, un côté. Encore ça, c'était assez correct, quoi, j'ai vite compris. » P4

3.3.5.4. Une confusion avec certains termes

Les patients se réapproprient certains termes du jargon médical, parfois de manière exacte, mais parfois avec confusion. Voici un exemple de confusion entre consulter (le fait de rendre visite au médecin, de solliciter son avis) et ausculter ou examiner (écouter le cœur, etc.).

« Le médecin il consulte les organes, les parties dans le corps. » P4

Le patient suivant utilise le mot surtension à la place d'hypertension, en lien sans doute avec son métier d'électricien...

« C'est là que s'est révélé le diabète puis la surtension et tout le bazar que j'avais jamais avant. » P8

3.3.5.5. La volonté d'apprendre

3.3.5.5.1. L'importance de savoir

C'est important de comprendre leur situation, leur propre état de santé, mais cela fait également partie d'un savoir, d'une culture générale.

« Derrière ce qu'il y a, la pathologie, que ce soit, ce soit... On vient, on consulte pour quelque chose, on aime bien savoir [...] Que c'est peut-être aussi riche pour nous ! De savoir. » P5

« Voilà le jargon médical c'est la santé donc euh... C'est important [...] On en apprend tous les jours et quand je connais pas je demande. » P6

« C'est très important pour un patient de savoir exactement ce qu'il a. » P4

3.3.5.5.2. Vers une amélioration de la santé

Les patients perçoivent des bénéfices à tirer de cette connaissance. Cela permet de reconnaître une situation qu'on a déjà vécue, de la prévenir ou de pouvoir anticiper la conduite à tenir en cas de récurrence.

« Dans le sens de savoir ce qu'on a, tout simplement. Et pouvoir mieux le soigner, parce que... on se soigne mieux, et la prochaine fois, d'éviter. Voilà. » P4

« Il faut que les gens sachent ce qu'ils ont, ce qui peut les soulager et pas toujours courir chez le médecin toutes les cinq minutes [...] Moi je pense qu'il faut que les gens comprennent pour accepter de se faire soigner et que ce soit efficace. » P7

3.3.5.6. Un besoin loin d'être partagé par tous

Certains patients au contraire ne considèrent pas l'apprentissage du jargon médical comme une nécessité, ou du moins que certains domaines ne s'y prêtent pas.

« Le patient il va pas apprendre ce que c'est le jargon médical, il a pas que ça à faire ! [...] C'est pas une priorité, c'est pas son rôle non plus. Ça l'intéresse pas principalement. » P4

« Ça ne s'y prêtait pas parce que c'était vraiment du travail de très haute précision [...] Mais bon, personnellement, j'ai pas adhéré non pas parce que je suis un idiot moyen mais c'est parce que tout simplement c'était trop complexe pour moi ! C'est pas ma partie. » P8

Ils peuvent alors employer des expressions pour substituer des termes dont ils ne se souviennent pas, ou simplement en faire abstraction :

« La carotide, ceci, cela etc. (*montre le ventre et les cuisses*) Partout où on m'a mis des tubes ça va très bien. » P1

« Il a donné le terme au départ que j'arrive pas à me rappeler parce que je... Voilà ! Puis j'ai peut-être pas à m'en souvenir non plus hein. » P8

On peut noter que les patients les plus jeunes se montrent plus volontaires dans l'apprentissage. En revanche, la septième patiente, âgée de 82 ans explique qu'elle n'a plus toujours l'énergie de chercher et qu'elle se laisse souvent porter par son médecin traitant :

« A vrai dire je deviens feignante et je la laisse faire, je lui fais confiance et alors ma foi... » P7

3.3.6. Les sources d'information

Lorsqu'un terme relevant du jargon médical apparaît en médecine générale, les patients sont unanimes en affirmant demander à leur médecin la signification du mot. S'ils n'en ont pas l'occasion, ils se tournent alors vers d'autres sources.

3.3.6.1. Les professionnels de santé

3.3.6.1.1. Le médecin généraliste

C'est le premier recours pour chaque patient puisqu'on parle du jargon médical en médecine générale, il est donc le premier émetteur.

« Non, si j'ai vraiment quelque chose qui va pas, je vois le Dr T... » P8

« Si je comprends pas je lui demande ce que ça veut dire bon, c'est évident. » P1

Ce patient précise d'ailleurs qu'il s'agit de sa seule source d'information sur les questions de santé.

« Donc étant hypocondriaque je me fie à mon généraliste, ou à mon spécialiste et je ne vais pas plus loin. » P1

3.3.6.1.2. Le spécialiste

Principalement dans le cadre de pathologies chroniques, le spécialiste référent devient une ressource pour le patient.

« Ou alors le Dr Ta... (*cardiologue*) Puis que c'est lui qui fait la partie de la surveillance cardiaque. » P8

3.3.6.1.3. Le pharmacien

Les patients se tournent également vers le pharmacien en particulier concernant les traitements prescrits.

« Parce qu'après selon comment ça se passe des fois c'est au pharmacien où après coup on se dit tient, ça je connais pas, c'est vrai qu'après on détaille un peu plus l'ordonnance. » P5

3.3.6.2. Les proches

3.3.6.2.1. La famille

Lorsqu'ils ont de la famille dans le domaine médical, certains patients la sollicitent dans certaines situations même si c'est loin d'être systématique :

« Bah après j'ai de la famille dans le domaine médical donc des fois c'est plus rapide de demander. » P6

« Donc redites moi, votre fils il est... ?

- Il est, qui est médecin, enfin spécialisé en médecine interne et qui est en troisième année d'internat. » P3

« J'aurais pu demander à mon fils qui est dans la médecine bon mais je reste avec ça. » P3

3.3.6.2.2. Des associations de patients

Un patient indique faire partie d'une association, cœur et santé, en lien avec l'AVC qu'il a subi. Cela lui a donné l'occasion de participer à des colloques et de rencontrer d'autres patients dans sa situation. Sans répondre directement à ses questions cela lui permet de s'informer de manière fiable.

« On a eu une conférence organisée par Montpellier, fin par le Cœur et Santé de Montpellier et dans lequel y avait une partie cardiaque et une partie AVC. Et il est intervenu, il a expliqué les AVC, fin les types d'AVC et puis il a, puis les façons qu'ils ont maintenant de tenter de guérir l'AVC. » P8

3.3.6.2.3. D'autres patients

Les patients se réfèrent à des personnes de leur entourage qui ont déjà partagé cette expérience.

« Ça c'est quand même un spécialiste qui m'a dit ça c'est quelqu'un l'a eu quoi. » P4

3.3.6.3. Les media

Les media, en particulier le numérique, ont pris une place croissante durant ces dernières décennies, avec une utilisation à différents degrés selon les patients.

3.3.6.3.1. Internet

Internet se distingue par son accessibilité, et la possibilité d'obtenir une réponse ciblée, plus ou moins fiable parmi une multitude d'informations, que ce soit des sites d'informations, ou bien des forums de discussion à la recherche de témoignage ou de soutien.

« Euh oui, y a pas longtemps j'ai reçu un message pour un diagnostic de quelqu'un et j'ai cherché sur internet. Je saurais plus vous dire le mot concerné mais j'ai cherché sur internet aussi. » P6

« Bah oui pour la paralysie, c'est vrai que je regardais un petit peu dans des forums pour un petit peu, ce que les gens qui ont eu... » P4

3.3.6.3.1.1. Un contenu hétérogène

Les patients sont très critiques quant à la qualité hétérogène des informations trouvées sur internet.

« Bon il y a des choses à prendre et à laisser mais principalement, ça vous décrit un petit peu ce que c'est. » P4

« Bon c'est pas toujours la bonne solution parce que bon quand même sur internet c'est souvent des cas graves et ça peut affoler un patient, un malade. » P3

3.3.6.3.1.2. La difficulté pour trouver des sources fiables

La recherche peut être laborieuse lorsqu'on ne sait pas quelle source est digne de confiance.

« Je vais principalement dans des sites où le nom inspire confiance mais malheureusement, je ne sais pas où me diriger. » P4

3.3.6.3.1.3. La crainte de se faire peur

On peut rapidement tomber sur des références à des maladies graves à partir de symptômes minimes, des témoignages traumatisants, à partir desquels le patient peut faire des liens avec sa propre situation.

« On est vite au fond d'un trou. » P3

3.3.6.3.2. La télévision

Une patiente évoque le témoignage de la chanteuse Lorie à la télévision à propos d'une maladie qu'elles ont en commun, lui permettant de mieux comprendre des années plus tard ce qu'elle avait elle-même connu.

« Moi, endométriose, maintenant je le sais parce que j'entends des reportages à la télé, de Lorie, la chanteuse qui l'a donc je vois à peu près ce que c'était. » P3

3.3.6.3.3. Les livres

Deux patients évoquent des livres spécialisés dans le domaine de la santé : le Vidal, et le Larousse médical.

« Y a aussi si vous voulez le dictionnaire de la santé, effectivement. C'est pas quelque chose qu'on a à la maison. Ben pas forcément. » P4

« I : Est-ce que ça vous arrive d'utiliser d'autres moyens pour comprendre ce qui se passe autour d'une consultation ?

P7 : ... *tend la main vers sa bibliothèque.*

I : Vous avez le Vidal et... ?

P7 : Et le je sais plus quoi. (*va chercher le deuxième livre*)

I : Le Larousse médical. D'accord.

P7 : Mais avec elle j'en ai pas vraiment besoin. Franchement !

I : D'accord.

P7 : Et ils sont vieux tous les deux. Non c'est... Vous avez vu, c'est vieux ! Mais c'est vrai que des fois j'aime bien comprendre ce que j'ai ! » P7

3.3.6.4. Les notices de médicament

« Non non, une notice dans le médicament, il y a toujours la notice dans le ... (*mime le fait de prendre la notice dans une boîte de médicament*) La première chose que je regarde moi c'est « contre-indication » principalement. » P4

3.3.7. Les recommandations émises par les patients

3.3.7.1. Faire preuve de clarté

Les patients sont unanimes pour évoquer la nécessité pour le médecin d'être clair lorsqu'il s'exprime.

« Son but, son but quand il voit un patient c'est de lui faire comprendre de façon claire (*insiste sur le mot*) ce qu'il a diagnostiqué. » P1

« Ah beh moi je pense que... je pense que le médecin généraliste doit être compréhensible par ses patients. Voilà » P1

« Si on dit franchement les choses, peut-être que les gens se prendraient plus en main. » P7

3.3.7.2. Expliquer

Le jargon médical est largement accepté s'il est suivi d'explications.

« Il devrait dire bon bah écoutez voilà en gros euh... si ça va, si ça va pas, si y a ce problème si y a pas ce problème etc. » P1

« On peut dire ce qui est dans votre jargon mais il faut prendre le temps derrière d'expliquer. » P5

« Je pense que les médecins doivent bien expliquer aux gens, ... C'est bien, parce que... Il faut qu'ils participent à leur... au travail de guérison et ça va mieux après je pense [...] Y a des gens sûrement qui savent pas ce que c'est. Faut leur expliquer, moi je sais que je serais médecin c'est ce que je ferais. » P7

3.3.7.3. Simplifier

Il faut parfois se passer des explications complexes, ne pas se laisser déborder par tous les détails mais aller à l'essentiel.

« On devrait un peu simplifier [...] Simplifier, simplifier. » P7

3.3.7.4. Manifester de l'empathie

Le médecin généraliste doit faire preuve d'empathie, et établir une relation de confiance réciproque.

« La communication c'est pareil, il faut que le médecin ait vraiment une relation avec son patient et envie de chercher le maximum. C'est le problème, la problématique du patient. » P6

« Compréhensif euh...dans l'attitude psychologique vis-à-vis du patient. » P1

« . Il faut pas que le médecin soit loin. Il faut qu'il soit proche [...] C'est tout ce qu'on demande à un médecin. La gentillesse, la compréhension, la confiance et l'efficacité. » P7

3.3.7.5. Prendre le temps

Le médecin généraliste doit prendre le temps.

« Si après derrière on donne des termes techniques et qu'on s'enferme là dedans et qu'on prend pas le temps [...] Mais voilà derrière aussi de prendre le temps peut-être d'expliquer ce que c'est. » P5

3.3.7.6. Utiliser des supports écrits ou numérique.

Un patient a montré son intérêt pour un support écrit.

« Les fiches explicatives. Avec des dessins. » P4

« Ou sinon un site qui a été créé par des professionnels, qui est agréé tout ça. » P4

3.3.7.7. Bannir le jargon médical auprès des patients

Enfin, pour certains patients le jargon ne doit tout simplement pas être utilisé en médecine générale.

« Ça sert à rien d'employer des termes techniques que le patient ne comprendra pas qui risquent même de l'inquiéter à la limite. » P1

Comprendre mais avec des mots rassurants, surtout pas avec un jargon, mais des mots, faut éviter des termes qui sont brutaux. » P3

« Si le malade a confiance dans son médecin à la limite ces mots, ces charabias, on en a même pas besoin ! » P7

« Voilà, je préfère que le médecin se dise une bonne fois pour toutes : « il faut pas que je jargonne quand je suis avec un patient parce que quel que soit son niveau scolaire ou son niveau d'intelligence ou son... érudition, bah j'ai pas le droit de le faire. » » P8

Ce dernier patient propose même d'inciter les patients à interpeler leur médecin :

« C'est d'essayer de dire à nos chers et tendres adhérents et adhérentes que... Il faudrait que ils soient aussi un peu directs avec leurs médecins et qu'ils leur demandent de ne pas jargonner. » P8

4. Discussion

4.1. Les points forts et les limites de l'étude

Il s'agit d'une démarche inédite en France d'aborder l'expérience des patients sur l'utilisation du jargon médical en médecine générale. En effet, il existe de nombreuses données, en particulier dans la littérature anglo-saxonne, dans le domaine hospitalier, en particulier autour de l'annonce de maladies graves, de l'information délivrée avant une intervention chirurgicale et de la compréhension des patients dans les services d'urgence. Que ce soit en anglais ou en français, le jargon médical reste impénétrable pour les personnes qui n'y sont pas initiées. Il faut cependant noter que ces deux langues ont chacune leurs particularités, et ne sont donc pas parfaitement superposables. Ainsi les chiffres cités en introduction sont peut-être légèrement différents pour une situation similaire en France.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, confirmées par un entretien supplémentaire, c'est-à-dire qu'aucune catégorie supplémentaire n'a été apportée à l'issue des derniers entretiens. Cependant, dans le cadre d'une démarche qualitative, on ne saurait prétendre à l'exhaustivité des résultats obtenus, qui sont le reflet d'expériences individuelles et donc peu généralisables.

L'échantillonnage a été compliqué à mener tel que décrit initialement. En effet la maison médicale de garde permet certes d'aborder des patients ayant des histoires de vie différentes et des médecins généralistes différents, mais il s'agit d'une population globalement plus jeune que la patientèle d'un cabinet de médecine générale. De plus, la situation aiguë pour laquelle les patients se présentent laisse parfois peu de place au recrutement pour une thèse. De même la pression engendrée par l'attente des patients suivants ne permet pas un recrutement serein. Ainsi les deux derniers patients ont été recommandés par deux associés du directeur de thèse, permettant d'élargir le recrutement vers des patients plus âgés, avec des maladies chroniques, ce qui manquait jusqu'alors (seul le premier patient correspondait à ces critères).

Il existe donc un double biais d'échantillonnage : le niveau socio-professionnel global semble plus élevé dans l'échantillon que dans la population générale. L'absence de personne sans activité professionnelle (chômage, mère au foyer etc.) prive sans doute l'analyse de certaines catégories. Ensuite, les deux derniers patients ayant été recommandés par leur médecin généraliste car ces derniers les connaissant bien, les savaient disponibles pour participer et donc entretenaient forcément une relation médecin-patient de qualité, on pouvait s'attendre à une certaine bienveillance à leur égard, influençant ainsi leurs réponses.

L'étude est menée par l'investigatrice principale et son directeur de thèse, tous deux novices dans la recherche qualitative. Les entretiens semblent de qualité inégale, l'un ayant même été exclu des analyses a posteriori car la maîtrise de la langue française de la patiente était trop approximative, posant alors plus la question de l'interprétariat en médecine générale que l'utilisation du jargon médical.

L'analyse a été effectuée par triangulation des données ce qui est une vraie force de l'étude. En effet, l'investigatrice principale et sa sœur, familière aux techniques d'entretiens et d'analyse qualitative, ont analysé chacune de leur côté chacun des verbatim puis ont mis en commun leur relevé des thèmes et catégorie. Un compromis était trouvé en cas de discordance. Le directeur de thèse a également participé à l'analyse notamment par la relecture de tous les relevés et la proposition de certaines catégories.

4.2. Discussion des résultats principaux

4.2.1. Le récapitulatif des principaux résultats

Les principaux thèmes étaient suggérés par le guide d'entretien : la définition du jargon médical d'après les patients, leur expérience personnelle à partir d'un exemple de terme relevant du jargon médical utilisé en consultation de médecine générale, la manière dont leur médecin traitant s'exprimait en général, leur ressenti, leurs différentes sources d'information et enfin leurs recommandations.

Deux thèmes supplémentaires ont émergé au cours de l'analyse : l'apprentissage du jargon médical par les patients, et l'influence du jargon médical sur leur relation avec le médecin traitant qui a été intégré au chapitre « expérience du jargon médical en médecine générale ».

4.2.2. La définition

La définition du jargon médical donnée par les patients peut être résumée comme suit :

« Vocabulaire technique propre au domaine médical, permettant aux professionnels de santé de communiquer entre eux et avec les patients, en particulier dans l'établissement d'un diagnostic précis. Il nécessite un apprentissage afin d'être compris, permettant ainsi une transmission précise de l'information, parfois sous la forme écrite. »

Cette définition s'attache avant tout au vocabulaire employé pour décrire les maladies : le diagnostic. Les examens complémentaires (imagerie, biologie) ont parfois été évoqués, ainsi que les traitements (chimiothérapie, radiothérapie) mais jamais en définition, montrant ainsi la place symbolique du diagnostic qui est la première question que se pose le patient : « Qu'est-ce que j'ai ? » Certains patients ont évoqué indirectement le sentiment d'exclusion en rapport avec l'utilisation du jargon médical, ou son emploi comme démonstration de pouvoir. L'emploi du jargon médical comme langage de connivence entre professionnels de santé a été abordé spécifiquement par un patient suite à une expérience hospitalière, mais cet usage ne semble pas majeur, du moins pas en médecine générale.

4.2.3. L'importance variable du jargon médical

Selon la gravité du diagnostic, les conséquences attendues, le jargon n'a pas le même impact. Il existe bon nombre d'exemples de personnes qui ne se sentaient pas ou peu malades chez qui on a diagnostiqué quelque chose de grave. Cette crainte de l'inconnu touche à la santé, à l'intégrité de la personne. L'emploi de jargon médical pour désigner une maladie confirme qu'il se passe quelque chose qu'on ne connaît pas, qui ne peut pas être rien. A l'annonce du condylome plan, la troisième patiente a eu peur d'un cancer. Elle reconnaît la terminaison qu'on utilise pour les lésions cancéreuses « ome ». Mais finalement après une prise en charge rapide, ambulatoire, l'absence de surveillance ultérieure et de récurrence elle ne s'en est plus préoccupée pendant vingt ans alors qu'elle aurait pu chercher sur internet ou demander à son fils médecin. A l'inverse, le diagnostic de paralysie faciale périphérique a été lié à une forte charge émotionnelle, avec la crainte de ne pas récupérer la symétrie de son visage, ce qui a poussé le patient 4 à rechercher des explications mais aussi du soutien à travers les forums sur internet.

Ainsi, un mot de jargon qui échapperait au médecin généraliste n'aura pas la même conséquence sur un événement ponctuel, peu significatif dans la vie de son patient, qu'un diagnostic sciemment exposé, avec les explorations et la prise en charge qui s'ensuit.

De même il existe une large variation de l'intérêt des patients concernant les connaissances médicales. Chacun attache une réelle importance à son état de santé, mais certains seront plus enclins que d'autre à approfondir leurs connaissances générales. Il semble que cet intérêt concerne surtout les patients les plus jeunes.

4.2.4. L'apprentissage du jargon médical par les patients

Il ne s'agit pas de juger les patients qui utilisent certains termes avec confusion. Au contraire, il faut s'interroger sur la manière dont ils le perçoivent, et ce que cela dit de leur compréhension. Une restitution exacte des termes par le patient va forcer l'admiration du médecin en face, et l'inciter à utiliser davantage de jargon (26).

On peut souligner l'attitude du premier patient qui jure que son médecin généraliste n'utilise jamais de jargon médical avec lui (son exemple concernait une conversation téléphonique avec le cardiologue) mais paradoxalement, il s'agit de celui qui a employé le plus de termes médicaux dans son entretien, qu'il s'agisse des noms de spécialités, d'exams complémentaires ou d'« anévrisme poplité », moins grave qu'un « anévrisme de l'aorte ». Il proclame son ignorance du jargon médical tout en l'employant à profusion. Il semble que son niveau socio-culturel puisse l'expliquer en partie (longues études universitaires, poste à responsabilité élevée dans une revue prestigieuse, cercle d'amis comprenant des médecins spécialistes, etc.), impression renforcée par l'utilisation d'un langage assez soutenu, avec l'utilisation d'une citation latine au cours de l'entretien. Son expérience médicale est également plus profuse celle des autres patients, et cela lui a manifestement permis d'acquérir une certaine expérience inconsciemment puisqu'il la dément avec véhémence.

« Il y a des termes, je comprendrais absolument pas hein, je sais pas, je peux en prendre un au hasard... (*feuillète le compte rendu d'écho-doppler*) « Athéromateux ! » Je peux évidemment, comprendre, je sais que c'est des plaques sur les artères etc. » P1

On retrouve le même phénomène avec la septième patiente, la plus âgée. Non seulement elle affirme que son médecin n'emploie jamais de vocabulaire relevant du jargon médical, mais c'est elle-même qui recherche les termes exacts et les apporte en consultation (exemple de la malléole). Son expérience personnelle et son intérêt pour la médecine lui ont permis de comprendre beaucoup de choses par elle-même : « BPCO je savais ce que ça voulait dire [...] Je suis asthmatique de naissance, ça fait depuis... ça a viré à la bronchite chronique et puis voilà. » P7

L'expérience des patients influence donc leurs connaissances. Au cours d'une maladie chronique, le patient se familiarise spécifiquement avec un organe (42), sa fonction, la pathologie dont il est atteint et la manière de la prendre en charge, et ainsi acquérir du vocabulaire qui relève initialement du jargon médical.

Les bénéfices à tirer d'une bonne compréhension ont été plusieurs fois évoqués. Une meilleure compréhension améliore en effet de nombreux marqueurs de santé ainsi que la qualité de la relation médecin-patient.

Paradoxalement, deux des patients manifestent leur intérêt pour bien comprendre, expliquer le jargon médical et un peu plus loin, ils affirment qu'au contraire ce n'est pas une priorité, que le patient n'a pas à apprendre le jargon ou encore, qu'ils font de moins en moins d'effort pour comprendre et préfère se fier à leur médecin généraliste.

En apparence contradictoire, on peut interpréter cette double position comme l'expression d'une volonté de comprendre, d'être informé, mais sans tomber dans l'excès. Il ne s'agit pas de transformer le patient en encyclopédie. Cela illustre l'importance de cibler l'information nécessaire au patient, et de la formuler le plus clairement possible.

4.2.5. La source externe principale : internet.

Certains patients, conscients du manque de temps en consultation (en moyenne 16 minutes (43)) préfèrent effectuer leurs propres recherches en amont de la consultation (44). Combien viennent en s'excusant « Pardon, je sais que ce n'est pas bien, mais j'ai regardé sur internet et... » Selon les informations qu'ils trouvent, cela peut constituer une base de discussion, confirmer ou corriger ce qu'ils ont lu, explorer les craintes qu'ils ont et contribuer à une décision médicale partagée. Contrairement à certains a priori, on peut donc encourager nos patients à s'informer et à discuter avec eux de ce qu'ils auront trouvé en fonction de leur propre situation. C'est une des manifestations de l'« empowerment » dont font preuve certains patients (45).

Il existe effectivement des sites fiables, labellisés, accessibles au grand public, que ce soit des bases de données générales : solidarites-santé en ce qui concerne les actualités médicales et politiques en matière de santé (46) mais qui contient également tous les résumés des caractéristiques du produit, alias la notice de chaque médicament, ou des sites spécialisés dans un domaines particulier : comment choisir sa contraception (47), la vaccination (48)...

Il appartient alors peut-être au médecin généraliste de guider le patient dans cette multitude de ressources.

4.2.6. Des recommandations évidentes mais partielles

Au fil des entretiens, les patients ont émis plusieurs recommandations qui peuvent pour la plupart paraître évidentes : s'exprimer de manière claire, compréhensible, utiliser le jargon médical avec parcimonie et lorsque c'est le cas, prendre le temps de l'expliquer, autrement, simplifier et bannir le jargon médical. Plus encore, « l'éthique de la production verbale » (49) consiste à aller au-devant des connaissances et des méconnaissances des patients, pour remédier au discours médical et offrir les informations dont ils ont besoin. Il faut adapter le discours médical en permanence.

Cela correspond notamment aux précautions universelles de littératie en santé pour minimiser l'utilisation du jargon médical et promouvoir la décision médicale partagée (50), éditées par la « Agency for Healthcare Research and Quality » aux États-Unis. Cette dernière préconise une utilisation restreinte de jargon médical, l'utilisation de supports matériels à destination des patients, et la vérification de la compréhension à l'aide d'une technique simple, le « teach-back ». Dans une étude menée à Atlanta auprès d'internes, seulement 2.5% des participants utilisaient le teach-back. Après une intervention d'une heure pour exposer la technique, 53% y avaient recours sans que cela ne rallonge la durée de la consultation (51).

La Haute Autorité de la Santé a publié une recommandation en avril 2016 sur l'utilisation du faire-dire (52), applicable à toute consultation durant laquelle le médecin délivre des informations : diagnostic d'une nouvelle maladie grave ou chronique, éducation thérapeutique, ou bien lorsqu'il doit rechercher le consentement du patient : réalisation d'examens complémentaires, mise en place d'un nouveau traitement.

Pour que le patient ne soit pas mis en difficulté il est important d'introduire le teach-back par une attitude empathique et une phrase rassurante comme : « je vous ai donné beaucoup d'informations aujourd'hui, je voudrais m'assurer que j'ai été clair » (53). Il ne s'agit pas d'évaluer les connaissances du patient, de chercher à le mettre en difficulté mais d'évaluer sa propre manière de communiquer, ce que les patients comprennent parfaitement et qui généralement les satisfait (54).

Comme suggéré par le quatrième patient, l'appui d'un support visuel est utile lors de certaines consultations, que ce soit un schéma explicatif, une brochure ou un accès vers une page internet particulière. Cela permet de garder une trace, un rappel après la consultation (49).

4.2.7. La formation à la communication médicale en France : l'exemple du département de médecine générale de Montpellier-Nîmes

Concernant les suggestions pour améliorer la situation, aucun patient n'a mentionné la formation des médecins à la communication, comme si cela était une compétence innée. Or il a été montré que les médecins peuvent améliorer leurs compétences en communication par la formation initiale (pendant les études de médecine) et continue (37-55).

La formation médicale durant les premiers cycles est orientée majoritairement vers les pathologies comme en témoignent les Epreuves Classantes Nationales par lesquelles chaque étudiant accède ensuite au troisième cycle. L'étudiant est également formé à recueillir l'histoire du patient de la manière la plus exhaustive possible puis à l'orienter en fonction du contexte.

La formation en troisième cycle dépend ensuite de chaque spécialité. La maquette de médecine générale à la faculté de Montpellier-Nîmes prévoit par exemple un ensemble de cours sur la relation médecin-patient dans lesquels les notions de communication, empathie et écoute sont abordées avec des ateliers de mise en situation. Pour la pratique, tout dépend des stages suivis par l'étudiant, qui sera vite confronté au dialogue avec les patients mais, selon les maîtres de stage, aura parfois peu de retour sur ses propres qualités en communication. Celles-ci sont évaluées à la fin de chaque stage d'internat par l'item « relation avec les patients » sans qu'il soit forcément nécessaire de le détailler. Cf annexe 4.

Il existe également les groupes d'échange de pratique tutorés au sein desquels chaque interne de médecine général est invité à partager au cours des 18 séances prévues, une situation qui l'a interpellé, ce qui est l'occasion de s'interroger sur la manière de communiquer (56).

5. Conclusion

Le jargon est présent en médecine générale. Les patients y sont régulièrement confrontés, avec un ressenti variable selon plusieurs facteurs : la manière dont le médecin communique avec empathie et clarté, la gravité de la situation, et la possibilité pour lui de trouver rapidement des réponses.

Au-delà du jargon, c'est la qualité de la relation entre le médecin généraliste et son patient qui est en cause. L'emploi de celui-ci n'est pas problématique à partir du moment où il est expliqué, et intégré aux préoccupations plus larges du patient. Il faut cependant parfois en faire abstraction pour plus de clarté, en particulier chez les personnes avec un faible niveau de littératie ou dans les situations graves comportant une charge émotionnelle déjà forte.

Le jargon est un reflet des relations de pouvoir qui se jouent entre médecins généralistes et patients, tantôt dans l'autorité de l'expert face au profane, tantôt dans le partage mutuel des informations. Chaque situation est unique et les rapports sont sans cesse en mouvement. A chacun de trouver son équilibre dans la relation qui lui correspond, en recherchant la communication la plus efficace et satisfaisante possible.

6. Bibliographie

1. Brücker G, Caniard E. Les États généraux de la santé, une démarche innovante pour plus de démocratie. *Actualités de la santé publique*. 1999;(27):6-9.
2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
3. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.
4. WHO | Track 2: Health literacy and health behaviour [Internet]. WHO. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
5. Sørensen K, Broucke SV den, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. déc 2012;12(1):80.
6. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. juin 1993;25(6):391-5.
7. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. oct 1995;10(10):537-41.
8. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. déc 2005;3(6):514-22.
9. Grandjacquot-Ravel D. Validation française du REALM-R, un outil pour l'évaluation de littératie en santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
10. Mansfield ED, Wahba R, Gillis DE, Weiss BD, L'Abbé M. Canadian adaptation of the Newest Vital Sign®, a health literacy assessment tool. *Public Health Nutr*. 2018;21(11):2038-45.
11. Jonas N. Les capacités des adultes à maîtriser des informations écrites ou chiffrées. *INSEE Première*. oct 2013;(1467).
12. Náfrádi L, Nakamoto K, Csabai M, Papp-Zipernovszky O, Schulz PJ. An empirical test of the Health Empowerment Model: Does patient empowerment moderate the effect of health literacy on health status? *Patient Education and Counseling*. mars 2018;101(3):511-7.
13. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE*. 2017;12(10):e0186458.
14. Le Brozec A. Repérage et prise en charge des patients à faible niveau de littératie en santé: Étude qualitative par focus groupes auprès de 20 médecins généralistes en Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2016.

15. LeBlanc TW, Hesson A, Williams A, Feudtner C, Holmes-Rovner M, Williamson LD, et al. Patient understanding of medical jargon: A survey study of U.S. medical students. *Patient Education and Counseling*. mai 2014;95(2):238-42.
16. Turpin B. Le jargon, figure du multiple. *La linguistique*. 2002;38(1):53-68.
17. Fields AM, Freiberg CS, Fickenscher A, Shelley KH. Patients and jargon: are we speaking the same language? *Journal of Clinical Anesthesia*. août 2008;20(5):343-6.
18. Molière. *Le médecin malgré lui*. Paris: Flammarion; 2011. 145 p. (Etonnants classiques 370).
19. Laurie H. *Dr. House. Saison 1*. Boulogne-Billancourt: Universal pictures video France éd, distrib; 2007.
20. Berman JR, Aizer J, Bass AR, Blanco I, Davidson A, Dwyer E, et al. Fellow use of medical jargon correlates inversely with patient and observer perceptions of professionalism: results of a rheumatology OSCE (ROSCE) using challenging patient scenarios. *Clin Rheumatol*. août 2016;35(8):2093-9.
21. Enders G. *Le charme discret de l'intestin: tout sur un organe mal aimé*. [Édition en gros caractères]. Cergy-Pontoise: À vue d'oeil; 2016. 442 p. (16-17).
22. Winckler M. *C'est grave docteur? Ce que disent les patients, ce qu'entendent les médecins*. Paris: Editions de La Martinière; 2002.
23. Millot P. *Approche de la communication entre internes en médecine générale et patients diabétiques de type 2 [Thèse d'exercice]*. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
24. Koch-Weser S, Dejong W, Rudd RE. Medical word use in clinical encounters. *Health Expect*. déc 2009;12(4):371-82.
25. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. avr 1995;40(7):903-18.
26. Links AR, Callon W, Wasserman C, Walsh J, Beach MC, Boss EF. Surgeon use of medical jargon with parents in the outpatient setting. *Patient Educ Couns*. juin 2019;102(6):1111-8.
27. Wiener RS, Gould MK, Woloshin S, Schwartz LM, Clark JA. What do you mean, a spot?: A qualitative analysis of patients' reactions to discussions with their physicians about pulmonary nodules. *Chest*. mars 2013;143(3):672-7.
28. Castro CM, Wilson C, Wang F, Schillinger D. Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *Am J Health Behav*. oct 2007;31 Suppl 1:S85-95.
29. Le Roi F. *Connaissances de la population générale concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés [Internet] [exercice]*. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1561/>
30. Dua R, Vassiliou L, Fan K. Common maxillofacial terminology: Do our patients understand what we say? *The Surgeon*. févr 2015;13(1):1-4.

31. Léger A. Étude de la compréhension du langage médical par les patients se présentant en consultation pré-anesthésique au CHU d'Amiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
32. Guerreiro E, Sainte Maréville F de, Université du droit et de la santé (Lille). Evaluation de la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie des patients d'un service d'accueil des urgences recherche de facteurs prédictifs. [S.l.]: [s.n.]; 2011.
33. 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.
34. Lallemand D. La perception du patient quant à l'information médicale reçue au cours de son hospitalisation dans un service de médecine d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017.
35. Kenny DA, Veldhuijzen W, Weijden T van der, LeBlanc A, Lockyer J, Légaré F, et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine.* mars 2010;70(5):763-8.
36. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician.* 15 juill 2015;92(2):118-24.
37. Levinson W. Patient-centred communication: a sophisticated procedure. *BMJ Qual Saf.* 1 oct 2011;20(10):823-5.
38. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 19 juill 2011;155(2):97-107.
39. LexterneduCHU. Anastomose, anastomose... Est-ce que j'ai une gueule d'anastomose ? *La Revue Prescrire.* mai 2019;39(427):392-3.
40. Paillé, Paillé Pierre. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. 430 p. (Collection U Sciences humaines et sociales).
41. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Paris: Nathan; 1996. 127 p. (128 Sociologie 137).
42. Weinman J, Yusuf G, Berks R, Rayner S, Petrie KJ. How accurate is patients' anatomical knowledge: a cross-sectional, questionnaire study of six patient groups and a general public sample. *BMC Fam Pract.* 12 juin 2009;10:43.
43. Breuil-Genier, P., Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats - DREES.* avr 2006;(481).
44. Xie B, Dilts DM, Shor M. The physician-patient relationship: the impact of patient-obtained medical information. *Health Econ.* août 2006;15(8):813-33.

45. Demande-t-on aux carottes | Episode 0 - Sophie - Choisir son/sa soignant.e, c'est une prise de pouvoir! | Ausha [Internet]. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <https://podcast.ausha.co/demande-t-on-aux-carottes/demandetonpodcast-episode-0>
46. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
47. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://www.choisirsacontraception.fr/>
48. Vaccination info service [Internet]. [cité 21 août 2019]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/>
49. Carretier J, Delavigne V, Fervers B. Du langage expert au langage patient : vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients. *Sciences-Croisées*. 2010;(6):n.a.
50. Killian L, Coletti M. The Role of Universal Health Literacy Precautions in Minimizing « Medspeak » and Promoting Shared Decision Making. *AMA J Ethics*. 1 mars 2017;19(3):296-303.
51. Feinberg I, Ogrodnick MM, Hendrick RC, Bates K, Johnson K, Wang B. Perception Versus Reality: The Use of Teach Back by Medical Residents. *Health Lit Res Pract*. avr 2019;3(2):e117-26.
52. FAIRE DIRE [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 13 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire
53. Bodenheimer T. Teach-Back: A Simple Technique to Enhance Patients' Understanding. *Fam Pract Manag*. août 2018;25(4):20-2.
54. Kemp EC, Floyd MR, McCord-Duncan E, Lang F. Patients prefer the method of « tell back-collaborative inquiry » to assess understanding of medical information. *J Am Board Fam Med*. févr 2008;21(1):24-30.
55. Warnecke E. The art of communication. *Aust Fam Physician*. mars 2014;43(3):156-8.
56. Enseignements [Internet]. Département de Médecine Générale. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/enseignements/>

7. Annexes

ANNEXE 1 : Premier guide d'entretien

Guide d'entretien :

1 Que vous évoque le terme « jargon médical » ?

2 Comment votre médecin généraliste s'adresse-t-il à vous habituellement ?

Avec quels mots ?

Qu'en pensez-vous ?

3 Repensez à une situation durant laquelle le médecin généraliste a employé un mot appartenant au jargon médical. Que s'est-il passé ?

Quel était ce mot ?

Comment l'avez-vous compris ?

Comment l'avez-vous vécu ?

4 Comment réagissez-vous face à un mot que vous ne comprenez-pas ?

5 Que ressentez-vous dans ces situations-là ?

Que faites-vous alors ?

6 D'après vous, comment pourrait-on améliorer les choses ?

Quelles seraient vos attentes ?

ANNEXE 2 : Guide d'entretien modifié

Guide d'entretien :

1 Que vous évoque le terme « jargon médical » ?

Quelle définition pourriez-vous donner ?

A quoi sert-il selon vous ?

2 Repensez à une situation durant laquelle le médecin généraliste a employé un mot appartenant au jargon médical. Que s'est-il passé ?

Quel était ce mot ?

Comment l'avez-vous compris ?

Quel sentiment cela a-t-il provoqué ?

Comment qualifieriez-vous cette expérience ?

3 Comment votre médecin généraliste s'adresse-t-il à vous habituellement ?

Avec quels mots ?

Qu'en pensez-vous ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Et comment cela s'est-il passé avec d'autres médecins généralistes que vous avez rencontrés ?

4 Comment réagissez-vous face à un mot que vous ne comprenez-pas ?

La plupart du temps ? Et dans d'autres circonstances ?

Quels moyens utilisez-vous pour mieux comprendre ?

5 Que ressentez-vous dans ces situations-là ?

Quel sentiment éprouvez-vous ?

Comment vous sentez-vous dans ces cas-là ?

6 D'après vous, comment pourrait-on améliorer les choses ?

Quelles seraient vos attentes en consultation de médecine générale ?

ANNEXE 3 : Formulaire de consentement :

Je, soussigné..... déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : Expériences des patients à propos de l'utilisation du jargon médical en médecine générale.

Sous la direction de : Dr Didier Azemar, MSU (Maître de stage universitaire en médecine générale)

Promoteur : Département universitaire de médecine générale de Montpellier-Nîmes

Investigateur principal : Mélissa Privat, DES 3 de médecine générale (Diplôme d'Etudes Supérieures)

But de l'étude : Explorer l'expérience qu'ont les patients de l'utilisation du jargon médical lors des consultations de médecine générale.

Engagement du participant : l'étude va consister à recueillir lors d'un entretien le vécu du sujet, les sentiments et les attentes qu'il a eu sur ce thème. L'entretien sera enregistré afin d'être retranscrit intégralement puis analysé et enfin restitué sous forme de thèse et éventuellement de publication.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait àleen 2 exemplaires

Signatures :

Le participant principal

L'investigateur

ANNEXE 4 : Grille d'évaluation de stage de l'interne en médecine générale



 Université de Montpellier

FACULTÉ

de

MÉDECINE

 Montpellier-Nîmes

 Scolarité 3ème cycle des études médicales

 Bureau DES Médecine Générale

 Tél : 04 34 43 35 40

 Mail : coralie.bessone@umontpellier.fr

Fiche à retourner **entièrement complétée** au bureau DES MG **dès la fin du stage**

FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Arrêté du 25/02/2016

Semestre n° Du20.... Au20....

ETABLISSEMENT		INTERNE				
Nom :		Nom (de jeune fille)				
Ville :		Prénom				
Spécialité du service :		Année du DES :				
<u>Chef de service</u> Nom/prénom :						
GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES						
<i>Echelle d'évaluation : A = très bien, B = bien, C = assez bien, D = passable, E = mauvais (justifier)</i>						
		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques					
2	Aptitudes diagnostiques					
3	Aptitudes thérapeutiques					
4	Aptitudes à l'urgence					
5	Hygiène / Propreté					
6	Relations avec les patients					
7	Ponctualité, assiduité					
8	Présentation orale de dossiers					
9	Intégration dans l'équipe de soins					
10	Acquisitions au cours du stage					
Observations éventuelles						
<u>Aspects positifs</u> :						
.....						
<u>Difficultés rencontrées</u> :						
.....						

Avis du chef de service ou du maître de stage des universités (MSU) référent

Avis favorable

Avis défavorable

Signature et Cachet du Chef de Service
ou du MSU Référent

Signature de l'Interne

Stage validé OUI

NON

Le Doyen de la Faculté de
Médecine Montpellier-Nîmes,

Pr Michel MONDAIN

Fiche à retourner **entièrement complétée** au bureau DES MG **dès la fin du stage**

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

INTRODUCTION : La communication est un pilier de la relation médecin-patient. Elle doit tenir compte du niveau de littératie du patient. Le jargon médical, extrêmement riche et hétérogène mais également opaque, représente un obstacle pour la compréhension du patient. L'objectif de ce travail est d'explorer l'expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical en médecine générale.

MATERIEL ET METHODE : Il s'agit d'une analyse qualitative par entretiens semi-dirigés de patients majeurs, ayant consulté au moins une fois dans l'année leur médecin traitant. Après retranscription des verbatim, les investigateurs ont procédé à l'analyse par catégorisation avec triangulation des données.

RESULTATS : Huit patients ont été recrutés, la saturation des données a été obtenue dès le septième. Leur définition du jargon médical se concentre sur la technicité du vocabulaire, qui s'adresse à la fois aux professionnels de santé et aux patients. Les patients demandent généralement à leur médecin généraliste de l'expliquer ou se tournent vers leurs proches ou internet s'ils ont besoin de réponses ultérieurement. Le ressenti vis-à-vis du jargon peut être très variable, en fonction de la gravité de la situation et de la force de la relation médecin-patient. Il existe une acquisition progressive selon les situations rencontrées par le patient. Les avis sont très partagés sur l'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale : avec parcimonie et explications ou bien le bannir complètement.

CONCLUSION : L'usage du jargon médical reste banal en médecine générale et permet de s'interroger sur les relations entretenues entre le médecin et son patient et la manière de les améliorer.

Mots-clés : Médecine générale, relation médecin-patient, jargon médical, compréhension des patients, littératie en santé.