

Hargous M.L. Girault Y. (1992) Docteur je veux comprendre ! ou l'antagonisme entre la médecine des années 2000 et la responsabilisation des patients.  
*Actes des 14èmes Journées Internationales sur l'Éducation Scientifique.* Giordan A., Martinand J.L., Raichvarg D. (Ed) pp. 251-256, Chamonix.

## **DOCTEUR JE VEUX COMPRENDRE ! OU L'ANTAGONISME ENTRE LA MÉDECINE DES ANNÉES 2000 ET LA RESPONSABILISATION DES PATIENTS**

**HARGOUS Marie-Laure et GIRAULT Yves**

Laboratoire de Recherche pour le Développement de la Vulgarisation Scientifique  
et Technique  
Université de Montréal, Département de Didactique

**MOTS-CLES :** CONCEPTION , COMMUNICATION MÉDECIN-PATIENT,  
ÉDUCATION DES PATIENTS, SANTÉ

**RESUME :** A la veille des années 2000, les progrès de la biologie et des technologies biomédicales entraînent une pratique médicale hyper-spécialisée, et, de ce fait, une dépersonnalisation du rapport médecin-patient. Une revue de la bibliographie montre l'importance des travaux de type sociologique et psychologique dans les domaines de la communication médecin-patient, de l'éducation des patients, et la quasi inexistence de problématiques de type cognitiviste. Cependant des évaluations effectuées à l'Université de Montréal soulignent de sérieuses lacunes à cet égard.

**SUMMARY:** As the 21st century dawns, the advancement of bio-medical technology has generated a more specialized method of medical practice and a depersonalization of the doctor-patient relationship. A review of the literature highlights the psychosocial implications of changes in communications between doctor and patient, and in the area of patient education, while ignoring a cognitive approach to the problem. Moreover, evaluations carried out at the University of Montreal underline a serious gap in the students' knowledge and understanding.

## **1- PROBLEMES DE COMMUNICATION MEDECIN-PATIENT**

Lors de l'entretien médical, le médecin doit obtenir les informations qui lui permettront de se faire une opinion pour diriger l'examen physique et les examens paracliniques. Cet entretien est aussi l'occasion d'une prise de contacts humains souvent négligée à l'hôpital (Schneider 1969, Maguire et Rutter 1976, Reynolds 1976, Fletcher 1980), mais qui tient une place importante en médecine ambulatoire, médecine de ville ou rurale, et dont dépendent la totalité et la qualité des soins (Balint 1972).

Les études qui attestent de l'influence des comportements adoptés par les praticiens lors de la consultation médicale ont été multipliées de façon extensive ces trente dernières années et ont permis de préciser différents points concernant la relation médecin-malade, l'information aux patients et l'éducation des patients (pour revue parmi les nombreuses parutions : Ley 1967, 1988, Byrne et Long 1976, Pendleton et Hasler 1983, Maguire 1984, Stewart et Roter 1989). De cette bibliographie quelques points paraissent fondamentaux à relever :

- l'insatisfaction ou l'anxiété des patients sont corrélées à des déficiences de la communication médecin-patient plutôt qu'à des doutes sur les compétences techniques du médecin (Pendleton et Hasler 1983 p 144-146, Bertakis 1991).
- plusieurs équipes ont mis en évidence que l'anxiété et l'insatisfaction des patients sont corrélées à une information insuffisante ou donnée dans un langage peu clair (Cartwright 1967, Korsch et al 1968, Cartwright et Anderson 1981, Rowland-Morin et Carroll 1990).
- Ley relève à plusieurs reprises (1967, 1982, 1988) que les patients ne comprennent pas ou ne se rappellent pas, d'autant qu'ils ne comprennent pas, ce qui leur a été dit par le médecin.
- il a été montré que les patients, paradoxalement, ne posent pas les questions qui les préoccupent lors de la consultation, par crainte de ne pas arriver à s'exprimer convenablement, ou parce que le médecin ne leur en laisse pas l'initiative (Stiles et al 1979, Hall et Dornan 1988)
- pourtant, une meilleure information améliore la satisfaction et la qualité des soins aux patients, réduit les erreurs de prise médicamenteuse ou de régime (Bartlett et al 1984, Lassen 1991).

## **2 - LES CAUSES DE LA MAUVAISE COMMUNICATION**

A travers la médecine moderne de plus en plus technique, sophistiquée, et spécialisée, ces causes sont plurifactorielles. L'atmosphère émotionnelle de la communication face à la maladie (la peur, la régression, la dénégation de la réalité), la différence des connaissances, voire de culture, entre le patient et le médecin, les ambiguïtés du langage pour décrire un symptôme, le manque de temps souvent invoqué, la relation médecin-patient traditionnellement horizontale "médecin actif-patient passif" (Schneider 1969, Pendleton et Hasler 1983 p75-85 et 127-138,

Iandolo 1986p215-225), jouent un rôle non négligeable, ainsi que l'insuffisance de formation universitaire en communication des futurs médecins qui apparaît de plus en plus évidente (Brent 1986, Stewart et Roter 1989 p121-167).

Pourtant, un grand nombre d'études récentes relient étroitement le succès du traitement médical à la qualité des informations données aux patients tant pour les maladies chroniques (Assal et al 1984, Morisky et al 1985, Stewart et Roter 1989 p 228-245, Assal et Lacroix 1990), que pour des situations aiguës comme une intervention chirurgicale (Webber 1990). Il est également démontré, que la formation des médecins et du personnel de santé à la communication avec les patients et à l'éducation des patients améliore la prise en charge de leur santé par les patients, donne de meilleurs résultats thérapeutiques et peut aboutir à une diminution des taux de mortalité et de morbidité sur un suivi suffisamment long (Inui 1976, Levine 1987, Lacroix et Assal 1990).

### **3 - LES MODELES DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT ET D'EDUCATION DES PATIENTS**

Les théories actuelles de l'éducation de la santé sont structurées autour du désir de changement de comportement des patients. Plusieurs modèles ont été élaborés, dont l'un des plus connus paraît être celui du "Health Belief Model" (Becker 1974, Rosenstock 1974). Il tient compte du degré de sensibilité de chacun sur ce qui concerne les questions de santé, de la sensibilité à une maladie particulière et des conséquences de ne pas la traiter, de l'estimation individuelle des bénéfices de l'action thérapeutique, et de tout ce qui intervient pour déclencher ces perceptions et conduire à un comportement approprié (symptômes, articles de magazines, maladies dans la famille, conseils d'amis). Ce modèle montre que ce sont les perceptions subjectives de la situation plutôt que des faits médicaux objectifs qui influenceront l'action du patient.

Arsham (1979) a, pour sa part, basé l'éducation des patients sur quatre propositions : la déficience des connaissances, la déficience des aptitudes, les barrières émotionnelles, et les barrières sociales et environnementales. Il note en particulier que l'amélioration des connaissances ne suffit pas tant que les barrières sociales et environnementales peuvent affecter le comportement des patients.

Enfin, Grueninger et al (1990) ont décrit une technique d'éducation des patients qui tient compte des facteurs psychologiques, sociologiques et cognitifs, et qui s'appuie sur les apports de Piaget (1969) : l'apprentissage par l'expérience, et de l'andragogie : induire la participation active du patient (Mc Cann et Blossom 1990). Cette technique se base également sur les travaux de Prochaska et DiClemente (1986) qui ont décrit les différentes étapes (de la prise de conscience d'un état, à l'action visant à améliorer cet état) dont la succession conduit à un changement de comportement, chacune de ces étapes correspondant à une phase spécifique d'apprentissage. Pour Grueninger et al (1990), la phase préliminaire consiste, après avoir brièvement exposé au patient les informations de base sur son diagnostic et les possibilités de traitements, à rechercher et à clarifier les conceptions, les erreurs de compréhension et les idées fausses qu'il peut avoir sur sa maladie, ainsi que ses expériences antérieures du problème, afin de favoriser la prise de conscience de la situation, de "repérer" les erreurs de conception, puis lors des phases ultérieures, de favoriser la participation et l'implication du patient, en consultation et dans sa vie quotidienne.

### **4 - LES ASPECTS COGNITIFS**

Plusieurs études attestent de l'ambiguïté qui existe à travers le langage véhiculé par le médecin et le patient. Elles confirment la possibilité d'erreurs de compréhension, ou de non compréhension de la part des patients, dues à un manque ou une inadéquation entre le vocabulaire des patients et des médecins.

Par exemple, dans un service de pédiatrie, Korsch (1968) a montré qu'en général les médecins tendent à utiliser un jargon médical trop technique, et donnent trop peu d'informations aux patients et à leur famille. En 1970, une enquête qui comparait les formulaires à choix multiples remplis par 234 patients et ceux remplis par 35 médecins pour évaluer les différences d'interprétation de certains termes médicaux d'usage courant (Boyle 1970), a mis en évidence des différences significatives dans la définition de ces termes entre médecins et patients. Par exemple, les pourcentages de définitions correctes les plus faibles obtenus chez les patients étaient pour les expressions "un médicament" : 43%, "flatulences" : 43%, et "diarrhée" : 37% (respectivement 91.4%, 100% et 68.6% pour les médecins). Enfin, une étude récente (Rowland-Morin et Carrol 1990) montre que les patients sont plus satisfaits de la consultation lorsqu'une liste commune de mots entre le médecin et le malade est utilisée.

## **5 - NOS TRAVAUX**

La bibliographie montre l'intrication des facteurs psychologiques, sociologiques et cognitifs rencontrés dans le cadre de l'éducation des patients, à l'instar des travaux récents sur l'évaluation de campagnes de prévention du SIDA, qui soulignent très nettement qu'il ne suffit pas de connaître le rôle du préservatif pour induire un changement de comportement (Lehmann et al 1988, Girault 1991). Cependant, comme Ley le relève à plusieurs reprises (1967, 1982, 1988), une réponse appropriée des patients est logiquement impossible en l'absence de conseils clairs et compréhensibles. D'autre part l'aspect cognitif représente l'étape préliminaire et nécessaire, bien que non suffisante, dans les modèles d'éducation des patients présentés par Arsham (1979) et par Grueninger et al (1990). C'est pourquoi, sans nier l'importance des facteurs psychologiques et sociologiques, une recherche privilégiant une approche de type cognitiviste, basée sur l'étude des conceptions des patients nous est apparue intéressante. Cette revue de bibliographie ainsi que les quelques évaluations que nous avons effectuées constituent une pré-recherche dans le cadre de cette problématique.

Nous avons donné à un groupe d'étudiants(es) de première année en faculté des sciences de l'éducation (futurs enseignants(es) du primaire) un questionnaire à choix multiples, noté QCM, et un questionnaire ouvert, noté QO. Pour ce dernier, les réponses ont été regroupées par mots clés. Pour l'analyse des résultats, trois rubriques ont été définies : la compréhension de gestes médicaux simples (prise de la tension artérielle, prise du pouls, et utilisation du stéthoscope), la compréhension de produits thérapeutiques (antibiotiques, vaccins, sérums), la compréhension de vocabulaire et / ou, de concepts (microbe, cycle menstruel, globules rouges, globules blancs, tumeur, cancer). Nous présentons ci-dessous quelques uns de ces résultats.

### **5 - 1 La compréhension de gestes médicaux simples**

La prise de la tension artérielle mesure la pression du sang dans les artères -QCM 117 étudiants(es)

. lors de la contraction du cœur?	OUI	NON	<u>Résultats</u>	BR : 35/117
. lors de la décontraction du cœur?	OUI	NON		RF : 26/117

BR=Bonnes Réponses (OUI-OUI) RF= Réponses Fausses (NON-NON)

La prise du pouls - QCM 117 étudiants(es)

. renseigne sur le passage du sang dans les artères?	OUI	NON	<u>Résultats</u>	BR: 11/117
. peut se faire au niveau des pieds?	OUI	NON		RF: 59/117

BR=Bonnes Réponses (OUI-OUI) RF= Réponses Fausses (NON-NON)

Le stéthoscope est utilisé par le médecin - QO 61étudiants(es)

réponses:

	<u>fréquences de</u>
.pour écouter les battements du cœur	23/61
.pour écouter le cœur et les poumons	23/61
.pour connaître le rythme cardiaque	12/61
.pour donner un diagnostic	3/61

La compréhension de ces trois actes médicaux apparaît peu élaborée par les étudiants. Pour la prise du pouls, il est intéressant de noter également que 34 étudiants ont coché "OUI" à la première proposition ("passage du sang dans les artères"), mais ignorent, ou ne font pas le lien avec, la deuxième proposition ("peut se faire au niveau des pieds"), à laquelle ils ont répondu par la négative. Cet aspect souligne que la plupart de nos connaissances sont peu ou pas opératoires.

## 5 - 2 Compréhension de vocabulaire, et, ou, de concepts

<u>Tumeur</u> -(QO)		<u>Cancer</u> - (QO)	
.infection, virus, bactérie	13/61	.infection, virus, bactérie	12/61
.masse de chair, de tissus, bosse	12/61	.maladie "interne" au corps	11/61
.se développe ou grossit	15/61	.maladie mortelle	19/61
.bénigne ou maligne	17/61	.se développe dans ou à partir des organes	12/61
.bénin=vie, malin=mort	5/61	.se généralise, dégénérescence du corps	12/61

Sur ces deux affections relativement bien médiatisées depuis une dizaine d'années, on peut se rendre compte que la notion de base : tumeur et cancer égale(nt) multiplication cellulaire anormale, n'est pas du tout acquise chez ces étudiants. Leurs réponses ne font allusion qu'à un pseudo-savoir en biologie.

## 6 - CONCLUSION

Les quelques évaluations que nous avons effectuées à l'Université de Montréal chez de futurs enseignants soulignent des déficiences importantes au niveau cognitif, même sur des notions très simples. Hors, comme l'écrit Sournia (1979, p 212), "l'information médicale de l'adulte devrait être le prolongement d'une éducation de l'homme sur son corps, cette éducation devant être commencée le plus tôt possible, donc dès l'école."

À l'aube des années 2000, ne devons-nous pas repenser totalement l'enseignement de la biologie humaine en fonction des besoins de la population. En effet la prévention des maladies, la

contraception, l'insémination artificielle sont autant de sujets d'actualité qui ne peuvent être appréhendés par le plus grand nombre. Une réflexion sur les concepts structurants et sur des niveaux de formulation pour la biologie appliqués à la médecine, nous paraît être un des axes de recherche à privilégier.

## 7 - BIBLIOGRAPHIE

- Arsham, G.M. Symposium introduction: an algorithm for patient education. *Proc Ann Conf Res Med Educ* 18:407, 1979.
- Assal, J.P.; Pkoc, J.M., et Lacroix, A.. L'enseignement au malade sur sa maladie et son traitement. Un succès thérapeutique, un échec du corps médical. *Journées de Diabétologie de l'Hotel Dieu* 1984. Paris : Flammarion Médecine Science, 193-207, 1984.
- Assal, J.P. and Lacroix, A.. Educating the patient to manage his disease : the exemple of diabetes mellitus. *J. of Human Hypertens* 4 suppl 1 :13-20, 1990.
- Balint, M.. *The doctor, his patient, and the illness*, New York : International University Press; 1972.
- Bartlett, E.E.; Grayson, M.; Barker, L.R.; Levine, D. and Golden, A.. The effects of physician community skills on patient satisfaction, recall, and adherence. *J. Chronic Dis* 37 : 755-764, 1984.
- Becker, M.H.. *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour*. *Health Ed Monog* 2 : 328-335, 1974.
- Bertakis, K.D.; Roter, D.B.; and Putnam, S.M.. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *The Journal of Family Practice* 32 (2) :175-181, 1991.
- Boyle, C.M.. Differences between patients' and doctors' interpretation of some common medical terms. *Brit. Med. J.* 2 : 286-289, 1970.
- Brent, E.E. and Beckett, D.E.. Common response pattern of medical students in interviews of hospitalized patients. *Med. Care* 24 : 981-989, 1986.
- Byrne, P.S. and Long, B.E.L.. *Doctors talking to patients*, London : HMSO, 1976.
- Cartwright, A.. *Patients and their Doctors*, New York : Atherton, 1967.
- Cartwright, A. and Anderson, R.. *General practice revisited*, London : Tavistock Publications, 1981.
- Fletcher, C.. Listening and talking to patient. *Brit. Med. J.* 281: 845-931-994-1056, 1980.
- Girault, Y.. *La prévention du SIDA par la Bande Dessinée : évaluation, pertinence et limites*. Séminaire sur la représentation. Edité par CIRADE - Université du Québec à Montréal, Montréal : n° 62, 1991.
- Grueninger, U.J.; Goldstein, M.G. and Duffy, F.D.. Conceptual framework for interactive patient education in practice and clinic settings. *Journal of Human Hypertension* 4 (suppl 1) :21-31, 1990.
- Hall, J.A. and Dornan, M.C.. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc. Sci. Med.* 27 : 935-939, 1988.
- Iandolo, C.. *Parler avec le malade. Technique, art et erreurs de la communication*, Paris : Les Editions du Médecin Généraliste, 1986.
- Inui, T.S.; Yourtee, E.S. and Williamson, J.N.. Improved outcome in hypertension after physician tutorial. *Ann. Intern. Med.* 84 : 646-651, 1976.
- Korsch, B.M.; Gozzi, E.K. and Francis, V.. Gaps in doctor-patient communication : Doctor-patient communication and patient satisfaction. *Pediatrics* 42 (5) : 855-871, 1968.

- Lacroix, A. and Assal, J.P.. Teaching doctors to teach patients. *Journal of Human Hypertension* 4, suppl 1: 88-91, 1990.
- Lassen, L.C.. Connections between the quality of consultations and patients compliance in general practice. *FamPrac* 8 : 154-160, 1991.
- Lehmann, P. et al.. Efficacité de campagnes de prévention du SIDA en Suisse. Changements d'attitudes et de comportements. *Med. et Hyg.*, 1478-1482, 1988.
- Levine, D.; Green, L.W. and Morisky, D.. Effects of a structured health education program on reducing morbidity and mortality from high blood pressure. *Bibl. Cardiol.* 12: 8-14, 1987.
- Ley, P. and Spelman, M.S.. *Communicating with the Patient*, London : Staples Press, 1967.
- Ley, P.. *Communicating with patients. Improving satisfaction and compliance*, London : Croome Helm, 1988.
- Ley, P.. Satisfaction, compliance, and communication. *British Journal of Clinical Psychology* 21: 241-254, 1982.
- Maguire, G.P. and Rutter, D.R.. History. Taking for medical student. *Lancet* 2 : 556-558, 1976.
- Maguire, G.P.. *Communication skills & patient care. Health care and human behaviour*, London : Academic Press, 1984.
- Mc Cann, D.P. and Blossom, J.. The physician as a patient educator. From theory to practice. *West J. Med.* 153 :44-49, 1990.
- Morisky, D.E.; Levine, D.M. and Green, L.W. et al.. Five years blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health* 73: 153-161, 1983.
- Piaget, J. *Psychologie et Pédagogie*, Paris : Denoël, 1969.
- Pendleton, D. and Hasler, J.. *Doctor-Patient Communication*, London : Academic Press Inc, 1983.
- Prochaska, J.O. and Di-Clemente, C.C.. Toward a comprehensive model of change. In : *Treating Addictive Behaviors. Processes of change*, edited by Miller, W.R. and Heather, N., New York : Plenum Press, p. 3-27, 1986.
- Reynolds, M.. No news is bad news. Patients view about communication in hospitals. *British Medical Journal* 24 : 1673-1676, 1978.
- Rosenstock, I.M.. Historical origins of the Health Belief Model : Origins and correlates in psychological theory. *Health Ed Monog* 2 : 336-353, 1974.
- Rowland-Morin, P.A. and Carroll, J.G.. Verbal communication skills and patient satisfaction. A study of doctor-patient interviews. *Evaluation & The Health Professions* 13 (2) : 168-185, 1990.
- Schneider, P.B. *Psychologie Médicale*, Paris : Payot, Bibliothèque Scientifique, 1969.
- Sournia, J.C.. *Mythologie de la médecine moderne*. Paris : Presses Universitaires de France, 1979.
- Stewart, M. and Roter, D.. *Communicating with medical patients*, Newbury Park : Sage Publication, 1989.
- Stiles, W.B.; Putnam, S.M.; Wolf, M.H. and James, S.A.. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med. Care* 17 : 667-679, 1979.
- Webber, G.B.. Patient Education. A review of the issues. *Med. Care* 28, n°11: 1089-1103, 1990.

