UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2018 N°2018-18

IMPACT DE L'AFFICHAGE DE MESSAGES AUDIOVISUELS ENREGISTRES PAR LE MEDECIN TRAITANT SUR LES MOTIFS DE CONSULTATION

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 2018

Par

Elie ASSAF

PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

MEMBRES DU JURY

Madame le Maître de Conférences des Universités Catherine FRANCOIS

Monsieur le Maître de Conférences des Universités Olivier BALEDENT

Monsieur le Maître de Conférences des Universités Docteur Charles SABBAGH

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Camille SALAME

REMERCIEMENTS

A mon jury de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

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

(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Soyez assuré de mon immense gratitude et de ma respectueuse reconnaissance.

Madame Catherine FRANÇOIS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Virologie)

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande considération.

Monsieur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image

Médecine nucléaire et traitement de l'image

Vous m'avez fait l'honneur de juger cette thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de mes profonds remerciements.

Monsieur le Docteur Charles SABBAGH

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Chirurgie digestive)

Votre participation au jury de thèse est pour moi un très grand honneur

Veuillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance

Monsieur le Docteur Camille SALAME

Docteur en médecine (Médecin généraliste)

Je vous remercie sincèrement de m'avoir épaulé, partagé cette épreuve avec moi et soutenu dans ce long travail de thèse.

J'ai apprécié vos qualités en tant que directeur de thèse et en tant que médecin.

Votre pédagogie, votre patience, votre disponibilité, votre écoute et votre expertise, m'ont permis de bien avancer.

A tous ceux qui ont participé

Monsieur le Professeur Jean Philippe LESBRE

Mes remerciements les plus profonds pour votre indispensable appui nécessaire à l'aboutissement de ce travail

Docteur Salah ZERKLY

Je tiens à te remercier d'avoir contribué activement à l'élaboration des résultats statistiques de mon étude. Ta patience, ta disponibilité et tes conseils m'ont été précieux.

Au Docteur Alexandre MEGARBANE

Je tiens à te remercier pour tes précieux conseils, ta disponibilité et le soutien que tu m'as accordé tout au long de ce travail.

À Ghenwa, je te présente mes sincères remerciements pour ton soutien tout au long de mes études et pour ta précieuse aide dans la rédaction de ma thèse.

À Marie - Josèphe et Assad pour vos conseils primordiaux et précieux durant mes études

À Rayan : pour tes idées inspiratrices, pour la contribution technique et l'aide informatique.

À Esperance, Rachad, Challita, Esteban, Raïf, Rana, pour votre présence à mes côtés et votre bien veillance.

À ma famille, mon oncle Nabil, ma tante Dounia et mon cousin Ady vous m'étiez toujours l'appui et l'exemple à suivre

À mes chers parents, pour l'éducation qu'ils m'ont offerte et les valeurs inculquées. Merci pour leur soutien infaillible et indispensable durant ces longues études.

À mon épouse Eliane et ma petite Elena : à qui je dédie cette thèse, elles sont sources de bonheur et motivation**.**

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES 8
LISTE DES ABREVIATIONS..... 9

INTRODUCTION 11

PARTIE 1 : DESCRIPTION DU CABINET MEDICAL ET DE LA SALLE D'ATTENTE, PRODUCTION DE LA VIDEO : CHOIX DU THEME DU TEST, CHOIX ET COUT DU MATERIEL DE PRODUCTION ET DE DIFFUSION UTILISE. 15

I. Description du cabinet médical et de la salle d'attente 15

A. Le cabinet médical..... 15
B. Description de la salle d'attente du médecin généraliste..... 15

II. Production de la vidéo : choix du thème du test, choix et coût du matériel de production et de diffusion utilisé. 16

A. Choix du thème du test et les mots du message 16
B. Choix du matériel utilisé pour la production de la vidéo 16
C. La production de la vidéo 17
D. Coût du matériel de production 17
E. Contraintes de la production..... 17
F. Choix du matériel de diffusion, emplacement et dimension de l'écran - coût et contraintes. 18

PARTIE 2 : ENQUETE PORTANT SUR L'IMPACT DE L'AFFICHAGE DE MESSAGES AUDIOVISUELS ENREGISTRES PAR LE MEDECIN TRAITANT SUR LES MOTIFS DE CONSULTATION..... 20

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES 20

A. Type d'étude..... 20
B. Lieu d'étude..... 20
C. Population ciblée et constitution de l'échantillon..... 20
D. Questionnaire 20

E. Analyse statistique des données 23

II. RESULTATS 25

Analyse descriptive des critères 26

1. Le médecin généraliste ayant participé à l'étude 26
2. Taux de participation 26
3. Profils sociodémographiques des patients 26
4. Temps d'attente 27
5. Données cliniques : motifs mentionnés par les patients avant leur passage en salle d'attente 28
6. Données cliniques : motifs mentionnés par les patients en consultation 28
7. Effectifs des patients qui ont évoqué spontanément la vaccination en consultation et ceux qui ont eu une prescription vaccinale. 29
8. Profils des patients qui n'ont pas évoqué spontanément le thème de vaccination en consultation ; et effectifs de ceux qui ont eu une prescription vaccinale. 29
9. Types de vaccins prescrits 30
10. Statut vaccinal des patients 30
11. Raisons d'une non prescription vaccinale 30
12. Profil des patients non convaincus par la vaccination. 31
13. Avis des patients par rapport à l'affichage audiovisuel 32

III. DISCUSSION 33

A. Interprétation des résultats concernant le médecin ayant participé à l'étude. 33

1. Représentativité du médecin de l'étude 33

B. Interprétation des données concernant la population étudiée (les patients) 34

1. Validation interne 34
2. Validation externe 34
3. Les données cliniques des patients 35
4. Avis des patients par rapport à l'affichage audiovisuel 40
5. Temps d'attente 40

C. Les apports et les limites du travail 41

1. Représentativité de l'échantillon 41

2. Biais de sélection 41
3. Utilisation et contenu du questionnaire 42
4. Conclusion 43

CONCLUSION 45
BIBLIOGRAPHIE 46
ANNEXES 53

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Les tableaux :

Partie II :

Tableau 2.1 : Données démographiques et caractéristiques socioprofessionnelles…….. 27

Tableau 2.2 : Impact de l'affichage audiovisuel sur les motifs cités par les patients avant – après, durant les deux semaines……..... 28

Tableau 2.3 : Impact de l'affichage audiovisuel sur le statut vaccinal ……..... 31

Tableau 2.4 : Répartition selon l'âge des 2 vaccins les plus prescrits (Tétanos et grippe) – semaine 2 avec affichage audiovisuel …….. 32

Tableau 2.5 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français 33

Tableau 2.6 : Représentation de l'échantillon de la population étudiée (Patients)° - P-value …… 34

Tableau 2.7 : Motifs des patients de l'étude et de la population nationale ……..... 35

Les figures :

Partie II :

Figure 2.1 : Répartition des effectifs des motifs des patients sur les 2 semaines ……. 29

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD	Affection de longue durée
AME	Aide Médicale de l'Etat
AT	Accident du travail
BAC	Baccalauréat
BEP	Brevet d'études professionnelles
BTS	Brevet de technicien supérieur
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CEP`	Certificat d'études primaires
CFG	Certificat de formation générale
CHU d'Amiens	Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens
CMU	Couverture maladie universelle
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Catégorie socioprofessionnelle
DTPC a	Vaccin (Diphtérie - Tétanos - Polio – Coqueluche)
ECOGEN	Etudes des éléments de la consultation en médecine générale
ET	Ecart type
JORF	Journal Officiel de la République Française
H	Homme
HAS	Haute Autorité de Santé
HDMI	High Définitions Multimédia Interface
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
ICPC-2	International classification of Primary Care, second edition
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MP	Maladie professionnelle
N=	Effectif total
Niveau d'étude VI -V bis	Sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale.

Niveau V	Sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première).
Niveau III	Sorties avec un diplôme de niveau Bac + 2 ans (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales, etc.).
Niveau II et I	Sorties avec un diplôme de niveau supérieur à bac+2 (licence, maîtrise, master, dea, dess, doctorat, diplôme de grande école).
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
S 1	Semaine 1
S1 SAA	Semaine 1 sans affichage audiovisuel
S 2	Semaine 2
S2 AAA	Semaine 2 avec affichage audiovisuel
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USB	Universal Serial Bus

INTRODUCTION

La prévention en matière de santé et d'éducation thérapeutique est un droit du patient et une obligation du médecin généraliste [1, 2]. Celle-ci passe par une communication de l'information, vecteur de sensibilisation et d'aide à la décision, contribuant à rendre le patient acteur de son bien-être et conscient des bénéfices d'une démarche de prévention.

Sensibiliser, informer, communiquer constituent un enjeu primordial pour la promotion de la santé [2]. Toutefois ces actions de promotion demandent une forte implication de la part du médecin généraliste [3], donc du temps et des ressources à mobiliser.

Nous savons tous que l'efficacité d'une communication dépend essentiellement de l'interaction entre l'émetteur et le récepteur, ainsi que de la qualité du support. Plusieurs études ont montré des patients demandeurs d'informations, et ont mis en évidence l'importance de la confiance que ces derniers accordaient à leur médecin généraliste premier interlocuteur en matière de santé, cela interroge sur les moyens de communication nécessaires susceptibles de répondre plus efficacement à leur attente [4, 5, 6, 7].

L'autre facteur à prendre en compte est le temps passé par le patient en cabinet, plus particulièrement celui en salle d'attente. Celui-ci est considéré par les études menées comme l'élément clé de la communication de l'information. La durée totale de présence au cabinet a été estimée comme suit :

- En consultation : 16 minutes, [8, 9, 10]
- En salle d'attente : 20,2 min [11, 12, 13].

A noter que l'écart de temps consultation - attente pourrait être plus important.
Cette augmentation serait en lien avec la pénurie de l'offre de soin, la multiplication des déserts médicaux [2], une densification de l'activité incitant le médecin à optimiser son temps et à fixer des priorités pour aller à l'essentiel [12].
Optimiser ce temps d'attente en mobilisant différents moyens de communication dans la salle d'attente notamment l'affichage, a fait l'objet de plusieurs études. Conscient de la place importante qu'il occupe dans l'interaction patient - médecin, nous avons voulu aller encore plus loin et explorer de nouveaux procédés.

Nous vous présentons ci-dessous une synthèse de principales études réalisées sur les modalités d'affichage et de diffusion de l'information, en salle d'attente, ainsi que leurs impacts sur les patients.

1- Les études réalisées sur des modalités d'affichage classique en salle d'attente entre 1994 et 2013 (documentation, affiches, brochures, magazines) [5], souvent utilisées par les médecins généralistes [5], ont montré un impact limité voire absent [5, 14, 15, 16, 17]. De même les discussions lors des consultations, sur les thèmes d'affichage, en salles d'attente, sont restées occasionnelles. [5]
A noter par ailleurs, l'accent mis sur la rareté de l'utilisation de l'audiovisuel en salle d'attente, telle que l'avait montrée l'étude réalisée en 2012 en France.

2- Les études réalisées sur des modalités d'affichage ludique (jeux) [7], interactif (auto-questionnaires) [8] entre 2013 et 2016, mis en place par les médecins généralistes, ont montré que ce mode d'affichage pourrait être un outil d'éducation s'il est associé à l'intervention du médecin. L'usage d'auto-questionnaires s'avère à la fois utile, acceptable et faisable.

3- Les études réalisées sur des modalités d'affichage audiovisuel (TV, vidéos, écran, média), entre 1984 et 2015, en salle d'attente ou ailleurs (différents services hospitaliers, urgences, consultations pré anesthésiques et autres professionnels de santé) ont confirmé la présence d'impact significatif des messages audiovisuels, vidéo et de la télévision. [18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26]
En effet, le visionnage d'une vidéo éducative par des patients, a montré une élévation du niveau de connaissances sur des sujets complexes, un meilleur suivi et respect des soins ainsi qu'un résultat significatif chez ces patients.
Certaines études ont mis l'accent sur les contraintes liées à la réalisation et au développement de la vidéo [5], notamment le coût élevé de production, de diffusion, les spécificités techniques [24, 27] au vu des ressources allouées [5, 28].
En France jusqu'à présent, nous ne disposons pas d'études sur l'affichage audiovisuel en salle d'attente du médecin généraliste, il a été simplement mentionné. L'efficacité de ce moyen de communication a été mise en évidence par des études étrangères.
Par ailleurs, plusieurs études ont montré que l'impact des moyens de communication s'améliorait avec l'intervention et l'implication du médecin ; la contribution active de celui-ci pourrait être matérialisée par la diffusion d'un message personnalisé à ses patients. D'où la nécessité de rechercher de nouveaux moyens de communication, susceptibles de répondre à

une stratégie bien définie : message concis, précis, simple et accessible à toutes et tous. Postulat conforté par la plupart des études menées à présent.
Fort de ce constat et avec l'évolution de la technologie (NTIC) devenue accessible à la majorité des médecins, moyennant un coût raisonnable, il est plus simple pour le médecin de s'impliquer davantage en créant sa propre vidéo. Il s'agit d'enregistrer et de diffuser son propre message sur un écran dans sa salle d'attente.

La présente étude consiste à poursuivre les études citées plus haut, et d'explorer l'impact du message audiovisuel réalisé par le médecin traitant, sur les motifs de consultation de ses patients.

Afin de mener à bien cette étude, nous devons nous préoccuper des modalités, des conditions, de l'environnement, des ressources requises, des différents critères permettant de garantir le bon déroulement et l'obtention de résultats plausibles :
- Quelles ressources (humaine, matérielle et compétences) nécessaires pour la mise en place d'une telle stratégie ?
- Quelles contraintes de réalisation : temps, logistique, architecture des lieux, accessibilité ?
- Existe-t-il un impact fort sur les motifs de consultation ?
- Existe-t-il un impact sur la prescription ?
- Le patient adhère-t-il à l'affichage de messages enregistrés par son médecin traitant ?

L'objectif principal de cette thèse est de montrer :
« L'impact de l'affichage audiovisuel sur les motifs de consultation recueillis auprès des patients ».
L'objectif secondaire est de montrer qu'il existe un impact de l'affichage sur la prescription.
Le critère de jugement principal : le thème de l'affichage abordé spontanément par le patient.

L'hypothèse principale de ce travail est la présence d'un fort impact du message audiovisuel enregistré par le médecin traitant, sur les motifs de consultation.
D'autres hypothèses secondaires seront vérifiées, notamment :
- L'impact de l'affichage audiovisuel sur la prescription.
- L'adhésion des patients à l'affichage audiovisuel et aux messages enregistrés par le médecin traitant, et l'orientation de leur choix.
- Coût de production et de diffusion raisonnable et justifié.

Ce travail s'organisera en deux parties :

La première partie présentera :

- la description du cabinet médical et de la salle d'attente ;
- la production de la vidéo, le choix du thème, du test et coût du matériel de production et de diffusion ainsi que les logiciels utilisés.

La seconde partie, exposera l'étude réalisée sur **« l'impact de l'affichage en salle d'attente et de messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant, sur les motifs de consultation ».**

PARTIE 1 :

Description du cabinet médical et de la salle d'attente, Production de la vidéo : choix du thème du test, choix et coût du matériel de production et de diffusion utilisé.

I. Description du cabinet médical et de la salle d'attente

A. Le cabinet médical

Le cabinet médical est situé au sein d'un centre paramédical sans secrétariat, sur le quartier Amiens nord. Le rez-de-chaussée (Annexe 1), d'une superficie totale de : 160 m2, comportant :

- 2 cabinets d'infirmier ;
- 1 bureau d'orthophoniste ;
- 3 bureaux de kinésithérapie et une salle d'attente ;
- Le cabinet médical généraliste, avec une salle d'attente, un bureau et une salle de consultation ;
- Le Hall d'accueil, un couloir, les sanitaires et la cuisine.

B. Description de la salle d'attente du médecin généraliste

La salle d'attente est rectangulaire d'une superficie totale de 10,8 m², avec 2 portes et 1 fenêtre. La porte d'entrée donne directement sur la salle d'attente. Des informations obligatoires, sont affichées sur un tableau sans aucun autre affichage [29, 30]. En entrant dans la salle d'attente le regard se pose sur un mur nu de 2,7 m de large et 2,5 m de haut. 9 chaises sont disposées de part et d'autre d'une table basse recouverte de magazines, sans brochures médicales.

Le cabinet de consultation est situé à l'angle droit de la salle d'attente.

II. Production de la vidéo : choix du thème du test, choix et coût du matériel de production et de diffusion utilisé.

A. Choix du thème du test et les mots du message

Le thème choisi pour la vidéo est un thème de prévention qui touche tout âge et tout sexe et vise à cibler la majorité des patients. Le choix s'est arrêté sur la vaccination qui est un enjeu majeur de santé publique [16, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41].

Le message choisi est un message d'éducation, de prévention et de sensibilisation sur la vaccination, de telle sorte que le patient repose la question sur son statut vaccinal.

La stratégie du choix du texte était de prendre les mots clés des affiches déjà faites sur la vaccination, de les regrouper dans un seul message. Ce dernier sera transmis par le médecin traitant acteur principal filmé dans une courte vidéo de 27 secondes [42].

Le texte était le suivant : *« Bonjour, vous voulez vous protéger ainsi que vos proches, et préserver la santé publique, prévenir et éradiquer la maladie, réduire votre consommation d'antibiotique et la mortalité, éviter des hospitalisations sauver des vies, gagner du temps, être solidaire*
Une réponse unique : la vaccination
Je suis à jour et vous ? ».

B. Choix du matériel utilisé pour la production de la vidéo

La stratégie pour la production était de réaliser soi-même dans un temps record cette vidéo sans avoir recours à des professionnels, ni réaliser d'achat de matériel spécifique.
Au sein du cabinet le médecin avait un ordinateur pour le suivi du dossier médical de ses patients, une caméra de bonne résolution y était intégrée ainsi qu'un logiciel d'enregistrement, de traitement et de création vidéo. De même, un Smartphone professionnel équipé d'une caméra de haute résolution.
L'utilité du logiciel de création vidéo était de traiter l'image filmée en jouant sur les effets sonores et visuels. Il permettait aussi d'introduire des messages textes, des photos enregistrées, de séparer les paroles de l'image, de rajouter de la musique, de mettre un fond d'écran, de créer une image et de réajuster l'axe du temps de la vidéo.

C. La production de la vidéo

Après avoir choisi le test, l'enregistrement du message prononcé par le médecin, s'est déroulé au sein de son cabinet, à son bureau face à la caméra de son ordinateur. Au bout de 20 minutes le message obtenu fut audible, lisible, et clair d'une durée totale de 27 secondes.
Juste après avoir enregistré le film, une série de photos, a été réalisée à l'aide du Smartphone, pendant une minute, où le médecin se faisait vacciner.

Etant de simples amateurs, n'ayant jamais utilisé ce genre de logiciel, mais animés par la volonté de créer en toute autonomie cette vidéo, Internet fut un appui majeur. De plus, la contribution d'un ami amateur, fut suffisante pour appréhender le logiciel et réussir la création de la vidéo.

L'idée du scenario de la vidéo pour attirer et retenir l'attention des patients, pour visionner le message [42], était de passer ce message d'enregistrement vidéo (27 secondes), au cours d'un film de 5 minutes 45 secondes, succédant à un diaporama où était inscrit « le message de votre médecin ». Ce film est constitué de la photo du médecin traitant en train de se faire vacciner sur laquelle était inscrit le message suivant : « je suis à jour, et vous ? ». Celui-ci s'alternait avec les mots clés objet du message, accompagnés d'une musique douce tirée d'Internet ne nécessitant pas d'autorisations préalables ni de droit d'auteur.

Le scenario de la vidéo ayant été conçu, les tests, les diapos, les photos ainsi que la musique à intégrer ayant été choisis, 2 heures de manipulation étaient suffisantes pour finaliser cette vidéo.

D. Coût du matériel de production

Une évaluation préalable du coût du matériel s'élevait à 2 300 euros. Toutefois, dans cette étude, grâce au matériel disponible au sein du cabinet, le coût de production a été maîtrisé et ramené à zéro.

E. Contraintes de la production

La production de support présentait différentes contraintes :
- financières :
Les frais variaient selon le choix du support : une simple vidéo sans animation et sans modification ou d'une vidéo animée avec modification. Ainsi réaliser une vidéo animée avec

modification demandait un coût de matériel élevé avec des connaissances et des compétences spécifiques :

- Techniques : NTIC, logiciels spécifiques, maîtrise des techniques d'animation des diapos, de la cadence, choix de la musique, conception, de montage.
- Respect des règles de sécurité et de confidentialité : droit d'auteur, respect des règles de collecte de données, CNIL.

- logistique
- type de support : temps et budget plus importants à consacrer à la création d'une vidéo plus complexe.

F. Choix du matériel de diffusion, emplacement et dimension de l'écran - coût et contraintes.

➢ Le matériel de diffusion choisi :

- clé USB pour sauvegarder la vidéo, évaluée à 10 euros environ ;
- écran TV avec un support mural, intégrant un lecteur USB et un logiciel media Player, programmable pour un affichage à répétition.

➢ Emplacement de l'écran :

Le choix de l'emplacement de l'écran s'est fait en respectant les règles de sécurité (distance) et de manière à ce qu'il puisse être visionné par le plus grand nombre de patients.
Etant donné les caractéristiques de la salle d'attente, détaillées plus haut, l'emplacement optimal était sur le mur face à l'entrée principale de la salle d'attente. Les critères qui ont guidé ce choix ont été : la position des chaises dans cette salle, le point de convergence du regard de tous les patients assis dans la salle d'attente (si celle - ci est pleine) et le respect des mesures de sécurité [43].

➢ Dimension de l'écran :

Le choix de la dimension de l'écran a été fait en fonction de la distance qui séparait le lieu d'installation de cet écran et les yeux des patients [44] (évalué à 2 - 3 m dans notre étude). A savoir pour une même résolution d'écran, plus la distance est élevée plus l'écran est grand et plus le coût est élevé. De même plus la résolution est élevée plus le coût augmente. Pour cette salle, un écran HDMI 80cm répondait à cette consigne. Le choix du support a été fait en fonction de l'emplacement choisi.

- Contraintes d'installation :

L'installation du matériel a nécessité des outils, dont un mètre, un perforateur mural et des tournevis. Or, ces outils étaient disponibles au cabinet, donc pas de dépense d'acquisition engagée.

Quant au temps de pose, une demi - heure fut suffisante pour la fixation.

En ce qui concernait le branchement au secteur électrique : pas de contrainte observée.

- En conclusion :

Le coût de production et de diffusion sans avoir recours à un professionnel variait de zéro à 2700 euros selon la disponibilité du matériel adéquat et le niveau de maîtrise des logiciels spécifiques. Celle - ci a duré au total 3h30.

Dans la présente étude la seule dépense engagée concernait le matériel de diffusion (300 euros).

PARTIE 2 :

Enquête portant sur l'impact de l'affichage de messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultation

I. MATÉRIEL ET MÉTHODES

La démarche méthodologique s'inscrivait dans la continuité des études antérieurement réalisées. Elle consistait à réaliser une enquête descriptive, permettant de recueillir les données et les informations indispensables à l'étude.

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude analytique interventionnelle mono centrique et prospective.

B. Lieu d'étude

Le recueil des données a été effectué au cabinet du médecin généraliste, déjà décrit auparavant.

C. Population ciblée et constitution de l'échantillon

La population était la patientèle adulte du médecin généraliste. L'échantillon était de 244 patients issus de cette population.

En effet, la diversité de la patientèle, issue de milieux géographiques et socio-économiques variés, a permis de constituer un échantillon représentatif, composé comme suit :

- Tous les patients adultes se présentant au sein du cabinet, durant la première semaine sans affichage formaient le groupe 1.
- Tous ceux se présentant durant la deuxième semaine avec affichage, formaient le groupe 2.

D. Questionnaire (Annexe 3 et 4)

1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire, composé de 2 volets, un destiné aux patients, l'autre au médecin, est anonyme, codé, lisible concis et réduit au minimum afin d'obtenir un questionnaire court (1 page A4). L'objectif étant d'avoir un recueil optimal et rapide d'informations. La durée moyenne du 1er volet est < 3 min, celle du 2ème, 1 minute. Le code figurant sur le volet 2 ainsi que sur l'information préalable, était le même, garantissant ainsi la traçabilité des documents.

2. Validation du questionnaire

Des tests ont été effectués pour les 2 volets. Le 1er testé auprès de 10 personnes adultes d'âge et de milieux sociodémographique et professionnels différents. Le 2ème testé auprès de 5 médecins généralistes, choisis au hasard. Leurs retours et observations ont permis de le réajuster. A noter que la validation finale a été réalisée par le directeur de thèse.

3. Structure du questionnaire

Le volet 1, du questionnaire comportait 3 parties, 12 questions, onze fermées et 1 ouverte.
Le participant devait selon les cas soit cocher une case, soit compléter librement. Par ailleurs, une modalité « autre », a été proposée, pour permettre une certaine ouverture et favoriser la liberté d'expression.
La première partie concernait l'organisation, et visait à estimer le temps d'attente du patient : questions 1 à 3 et la question 12 : date, l'heure d'arrivée au cabinet, l'heure de démarrage du questionnaire et l'heure de fin du questionnaire (entrée en salle d'attente).
La question 4, situait le patient par rapport au médecin du cabinet (médecin traitant oui ou non).
La deuxième partie avait pour objectif, de recueillir les données sociodémographiques de la population (profil) : sexe, âge, niveau d'étude (VI à I), statut (invalidité, AME, AT, CMU, ALD, MP) et profession conformément à la nomenclature des Professions et Catégories Socio professionnelles (PCS), établie par l'INSEE (cadre, artisan, commerçant, chef d'entreprise, professions intermédiaires, retraité, ouvrier, employé, autre).
La troisième partie, constituée de deux questions : la question 10 (ouverte) pour recueillir les motifs de consultation (les raisons pour lesquelles le patient consulte ce jour). La question 11 portait sur la participation antérieure à ce type d'enquête pour éviter les doublons.

Le volet 2, du questionnaire, destiné au médecin en consultation, comportait sept questions : six fermées et une ouverte. Comme le premier volet, le médecin avait la possibilité et selon les cas soit de cocher une case ou plusieurs (choix multiples), soit de commenter.
La question1, concernait l'heure d'entrée en consultation. Les réponses à la question 12 (Volet 1) et celle-ci, nous ont permis d'estimer le temps d'attente.
La question 2, question ouverte précisait les motifs de consultation dits spontanément par le patient. Cette question permettait de voir la concordance des motifs pré remplis par le patient avant son passage en salle d'attente.

La question 3 étudiait si le thème de vaccination (thème de la vidéo) a été cité spontanément par le patient en consultation).
La question 4, concernait l'analyse des prescriptions en lien avec la vaccination. Elle comportait 2 choix : Oui et NON.
Dans le cas où la réponse était oui : le médecin complétait pour qui et combien.
Dans le cas où la réponse était non, les raisons de non prescription vaccinale devaient être remplies. Le médecin devait cocher une ou plusieurs causes, parmi les suivantes :
-Thème non abordé par le patient
-Thème non abordé par le médecin
-Thème abordé par le patient mais il n'est pas convaincu par la vaccination
-Thème abordé par le patient et il est à jour de ses vaccinations
-Thème abordé par le médecin et le patient est à jour de ses vaccinations
-Thème abordé par le médecin mais le patient n'est pas convaincu par la vaccination.

Les questions 5 à 7, destinées au patient en fin de consultation afin de connaître leur opinion par rapport à l'affichage audiovisuel ainsi que sa potentielle influence sur leur choix :
-Etes-vous pour un affichage audiovisuel dans la salle d'attente ?
-Etes-vous pour un affichage des messages audiovisuels enregistrés par votre médecin traitant ?
-Est ce que l'affichage audiovisuel a influencé votre choix ? (Cette question ne concernait que le groupe 2 - patients de la semaine 2 avec affichage)

4. Diffusion du questionnaire et recueil des réponses

Le volet 1 du questionnaire, le document d'information et l'explicitation de l'étude (sans citer le thème d'affichage), ont été fournis aux patients dans le hall d'entrée du cabinet médical. A l'issue, les patients procédaient au remplissage du volet 1 du questionnaire et son dépôt dans l'urne prévue à cet effet, avant d'arriver en salle d'attente.
Le patient ignorait totalement la présence du volet 2, réservé au médecin dans la salle de consultation et renseigné par ce dernier juste après la consultation.
Le recueil des données a été réalisé tous les jours durant les deux semaines de l'étude, soit du 2 au 13 octobre 2017.
Les critères d'exclusion étaient :
- être patient mineur se présentant en consultation (il fallait être majeur),
- être patient ayant déjà répondu auparavant au questionnaire (pour éviter les doublons).

5. Ethique

L'information du patient était réalisée par voie d'affichage dans le hall d'accueil, un mois avant le démarrage de l'étude, dans le respect de la réglementation en vigueur (Annexe 2). L'accord écrit du patient une fois informé oralement et par écrit était recueilli avant le démarrage du questionnaire.

E. Analyse statistique des données

1. Période du traitement et codification des données recueillies :

L'analyse statistique des données a été faite sur la période de novembre 2017 à janvier 2018, de manière globale et par groupe : 1 (sans affichage) et 2 (avec affichage).

Au vu de la multiplicité des motifs et afin d'aboutir seulement à 10 grandes familles, il était nécessaire de procéder en plusieurs étapes :

- la première : codification, elle a été faite selon les classifications ICPC-2.
- la deuxième : tri et regroupement : les différents motifs codifiés ont été rassemblés en 10 groupes :

- Autres divers (motifs de faible effectif), regroupant : « général et non spécifié, sang, système hématologique, immunologique, œil, oreille, cardiovasculaire, peau, métabolique, nutrition et endocrinien, système urinaire, grossesse accouchement, système génital féminin et sein et social ».
- Respiratoire
- Ostéo-articulaire
- Suivi, regroupant les 2 motifs fréquemment cités : « renouvellement de traitement » et « résultats d'examens complémentaires ».
- Psychologie
- Neurologie
- Certificat
- Digestif
- Enfants divers : regroupant tous les motifs concernant les enfants, dont les parents ont consulté.
- Vaccination

D'autres codifications étaient définies pour le statut vaccinal :

- En cours : personne ayant reçu une prescription vaccinale pour elle-même et non pour descendant où autre personne.
- Non connu : pour les patients où le thème n'était pas abordé en consultation.

- A jour : thème abordé et le patient est à jour de ses vaccins.
- Non à jour : les autres cas.

2. Tests et logiciels utilisés pour le traitement des données :

L'analyse descriptive de l'étude a nécessité les paramètres habituels :

- Moyenne, écart-type, médiane et étendue pour les variables quantitatives (continues ou discrètes) ;
- Fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives (binaires, catégorielles ordonnées ou non).

Les tests statistiques inférentiels appliqués pour vérifier la comparabilité des populations entre les deux semaines étaient :

- Test T de Student (ou de Wilcoxon en cas de non-respect des conditions de validité du test T) pour les comparaisons de moyennes.
- Test du chi-2 (ou le test exact de Fisher en cas de non-respect des conditions de validité du test du chi-2), pour les comparaisons de proportions, avec un seuil de signification fixé à 5% divisé par le nombre de tests effectués (correction de Bonferroni, afin de pallier au phénomène de multiplicité des tests statistiques).
- Test du chi-2 apparié (où test de McNemar), a été effectué, dans le cas de la comparaison relative au motif vaccinal avant la consultation et après la consultation. C'est-à-dire pour une comparaison d'un même patient "avant-après" vis-à-vis du critère de jugement principal. Celui-ci a permis de dénombrer les paires concordantes et discordantes. Dans notre cas de figure, les paires concordantes concernaient un patient qui précisait venir pour un motif vaccinal avant la salle d'attente et qui, de manière adéquate, mentionnait spontanément ce motif en consultation ; ou bien qui ne venait pas pour un tel motif et qui donc, de manière adéquate, n'en parlait pas en consultation. Et les paires discordantes, pour un patient qui ne venait pas pour un motif vaccinal mais qui en a finalement parlé spontanément en consultation ; ou bien que le patient venait pour un tel motif mais que celui-ci n'était finalement pas abordé spontanément. Ce test se devait respecter la condition d'avoir suffisamment de paires discordantes pour être valide (au moins 10), sinon il n'était pas applicable.

Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel R Studio (version 3.2.5) et la collaboration d'un médecin du Service de Santé Publique du CHU d'Amiens.

Par ailleurs, l'analyse descriptive a été effectuée à l'aide du logiciel de traitement de données SPHINX iQ2, et la saisie avec le logiciel EXCEL.

II. RESULTATS

Le protocole ayant été décrit, l'analyse descriptive des différents critères retenus, ainsi que les principaux résultats, obtenus durant les deux semaines (sans affichage et avec affichage audiovisuel), est présentée ci-dessous. A noter que l'analyse comparative approfondie des résultats sera détaillée dans la partie « discussion ».

Liste des critères retenus :

1. Profil du médecin ayant participé à l'étude
2. Taux de participation
3. Profil des patients qui ont répondu au questionnaire : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, statut
4. Temps d'attente
5. Données cliniques : motifs mentionnés par les patients avant leur passage en salle d'attente
6. Données cliniques : motifs mentionnés par les patients en consultation
7. Effectifs des patients qui ont évoqué spontanément la vaccination en consultation et ceux qui ont eu une prescription vaccinale
8. Profils des patients qui n'ont pas évoqué spontanément le thème de vaccination en consultation semaine 2
9. Types de vaccins prescrits
10. Statut vaccinal des patients
11. Raisons d'une non prescription vaccinale, semaine 2
12. Profil des patients non convaincus par la vaccination
13. Avis des patients par rapport à l'affichage audiovisuel

Analyse descriptive des critères

Les différents items sont abordés dans l'ordre précité ci haut.

1. Le médecin généraliste ayant participé à l'étude

Agé de 69 ans, de sexe masculin, exerçant la médecine générale libérale depuis 40 ans sur la ville d'Amiens, et depuis 10 ans, au quartier Nord où a eu lieu l'étude. Comme évoqué auparavant, le lieu d'étude était un centre médical. L'importance de ces caractéristiques est abordée dans la partie « Discussion ».

2. Taux de participation

Le nombre total de patients passés au cabinet du médecin généraliste durant les deux semaines de l'étude était de 263, 132 la 1ère semaine et 131 la 2ème semaine.
Le nombre total de patients ayant participé était de 244, soit un taux de participation de 93%.

Répartition des 244 répondants entre les 2 semaines :

Semaine 1, sans affichage : 123 patients ont répondu au questionnaire avant leur passage en salle d'attente, 9 patients n'ont pas participé pour les raisons suivantes : 3 mineurs, 1 analphabète, 2 ont déjà rempli un questionnaire et 3 nouveaux patients (ayant déjà un autre médecin traitant).
Semaine 2, avec affichage : 121 patients ont répondu au questionnaire, 10 n'ont pas répondu, pour les raisons suivantes : 2 mineurs, 2 analphabètes, 4 ont déjà rempli un questionnaire, 2 nouveaux patients.

3. Profils sociodémographiques des patients (Tableau 2.1)

A préciser que le médecin ayant participé à l'étude était le médecin traitant pour les 244 patients concernés par cette étude.

- Age- sexe :

La moyenne d'âge de la population totale était 47,9 ans ± 15,3. Cette répartition a été homogène sur les deux semaines. Les femmes ont été majoritaires les deux semaines de l'étude : 64,2 % (Semaine 1) et 58,7% (Semaine 2).

- Statut :

La majorité des participants de la population se répartissaient entre 3 statuts **:** « Autres » (54.5%) ; ALD (28.7%) et CMU (11.5 %).

- Catégories socio-professionnelles :

Employé : 19.7% - Professions intermédiaires : 17.6 % - Sans activité : 18.4 % - Retraités : 19.7%**.**

- Niveau d'étude :

Les patients ayant participé à l'étude étaient majoritairement (60%) de niveau VI à IV, le reste (40%) de niveaux III à I.

Tableau 2.1 : Données démographiques et caractéristiques socio-professionnelles

variable	Population globale (n=244)	Semaine 1(sans affichage audiovisuel) (n=123)	Semaine 2 (avec affichage audiovisuel) (n=121)	*p* -value comparaison Semaine1 /Semaine2
Sexe				
Hommes	94 (38,5%)	44 (35,8%)	50 (41,3%)	*0,37*
Femmes	150 (61,5%)	79 (64,2%)	71 (58,7%)	
Age	47,9 ans [ET = 15,3]	48,2 ans [ET= 15,3]	47,6 ans [ET= 15,4]	*0,76*
Statut des patients				
Accident Travail	5(2%)	3(2.4%)	2(1.7%)	*0.31*
ALD	70 (28.7%)	37(30.1%)	33(27.3%)	
AME	1(0.4%)	_	1(0.8%)	
AUTRES	133(54.5%)	62(50.4%)	71(58.7%)	
CMU	28(11.5%)	19(15.4%)	9(7.4%)	
INVALIDITE	6(2.5%)	2(1.6%)	4(3.3%)	
MALADIES PROFESSIONNELLES	1(0.4%)	_	1(0.8%)	
Caractéristiques Socio-professionnelles				
Autres : en Formation	1(4%)	0(0%)	1(0.8%)	*0.26*
Autres : Etudiants	17 (7%)	6(4.9%)	11(9.1%)	
Autres : sans activité	45(18.4%)	26(21.1%)	19(15.7%)	
Employés	48(19.7%)	23(18.7%)	25(20.7%)	
Ouvriers	23(9.4%)	16(13%)	7(5.8%)	
Professions intermédiaires	43(17.6%)	18(14.6%)	25(20.7%)	
Retraités	48(19.6%)	25(20.3%)	23(19.0%)	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4(1.6%)	3(2.4%)	1(0.8%)	
Cadres / professions intellectuelles	15(6.1%)	6(4.9%)	9(7.4%)	
Niveau d'étude				
BAC	39 (16,0%)	28 (22,8%)	11 (9,1%)	*0,06*
BEP/CAP/CEP	81 (33,2%)	33 (26,8%)	48 (39,7%)	
Brevet/CFG	25 (10,2%)	11 (8,9%)	14 (11,6%)	
BTS	21 (8,6%)	13 (10,6%)	8 (6,6%)	
DEUG/DUT	1 (0,4%)	1 (0,8%)	0 (0%)	
DOCTORAT	6 (2,5%)	3 (2,4%)	3 (2,5%)	
Licence	46 (18,9%)	22 (17,9%)	24 (19,8%)	
Master/maitrise	25 (10,2%	12 (9,8%)	13 (10,7%)	

4. Temps d'attente

Le temps d'attente était le même pour les 2 semaines, soit 21.1 minutes ± 6.8 minutes.

5. **Données cliniques : motifs mentionnés par les patients avant leur passage en salle d'attente** (cf. tableau 2.2)

Comme le démontrait le tableau 2 ci-dessous, 64,5% des motifs évoqués par les patients se répartissaient dans 3 catégories : suivi (renouvellement et résultats) 91 (30%), respiratoire 57 (18,8%) et ostéo-articulaire 49 (16,1%). Quant à la vaccination, objet de cette étude, elle n'a été citée que 6 fois soit (2%). A noter également que les valeurs variaient faiblement entre les 2 semaines (cf. fig. 2.1).

6. **Données cliniques : motifs mentionnés par les patients en consultation** (cf. tableau 2.2)

Dans le tableau ci-dessous, le motif cité spontanément par les patients en consultation et qui enregistrait un score très élevé entre les 2 semaines c'était la vaccination 110 (28.3%). L'effectif des autres motifs : suivi 90 (23.1%), respiratoire 53 (13.6%) et ostéo-articulaire 49 (12.6%) restaient identiques (cf. fig.2.1).

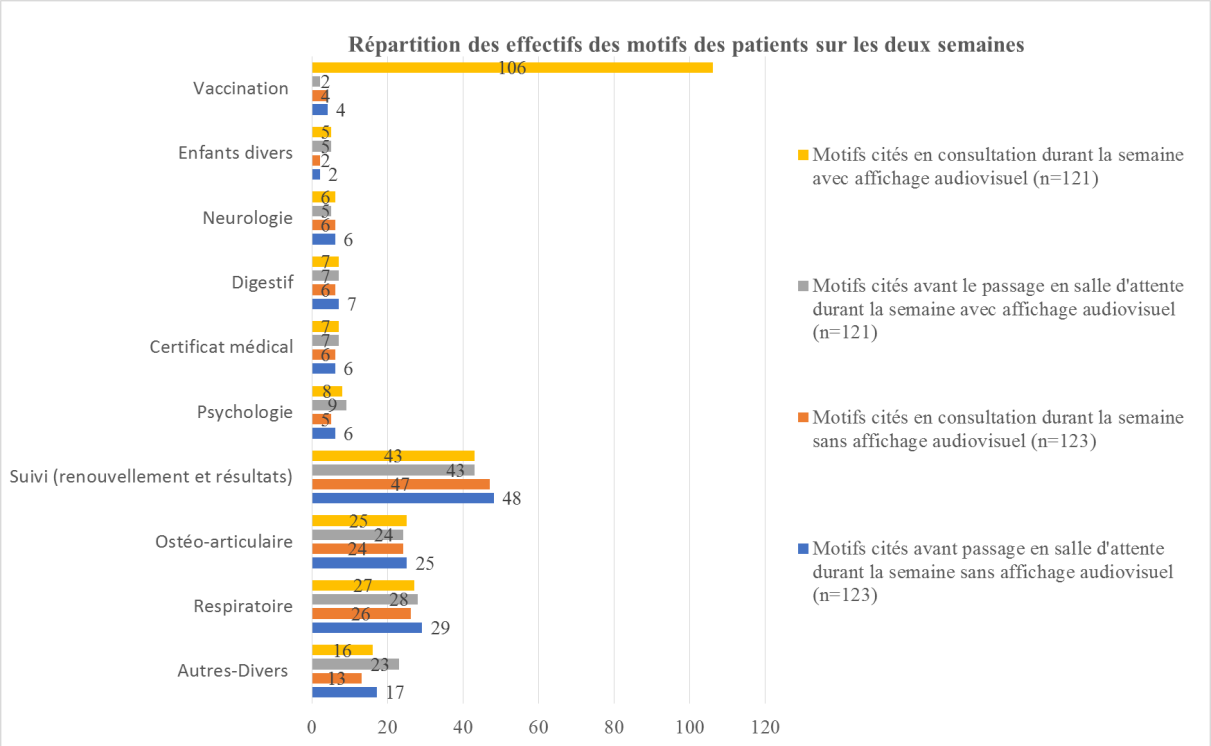
Tableau 2.2 : Impact de l'affichage audiovisuel sur les motifs cités par les patients avant - après, durant les deux semaines

Motifs cités par le patient	Population globale (n=244)		Semaine 1 (sans affichage audiovisuel) (n=123)		Semaine 2 (avec affichage audiovisuel) (n=121)		*p*-value comparaison Semaine1 /Semaine2	
Autres-Divers	40 (13.2%)	29 (7.5%)	17 (11.3%)	13 (9.3%)	23 (15%)	16 (6.4%)		
Respiratoire	57 (18.8%)	53 (13.6%)	29 (19.3%)	26 (18.7%)	28 (18.3%)	27 (10.8%)		
Ostéo-articulaire	49 (16.1%)	49 (12.6%)	25 (16.7%)	24 (17.3%)	24 (15.7%)	25 (10%)		
Suivi (renouvellement et résultats)	91 (30%)	90 (23.1%)	48 (32%)	47 (33.8%)	43 (28.1%)	43 (17.2%)		
Psychologie	15 (5%)	13 (3.3%)	6 (4%)	5 (3.6%)	9 (5.9%)	8 (3.2%)	*p=0,92*	*p=0,001*
Certificat médical	13 (4.3%)	13 (3.3%)	6 (4%)	6 (4.3%)	7 (4.6%)	7 (2.8%)		
Digestif	14 (4.6%)	13 (3.3%)	7 (4.7%)	6 (4.3%)	7 (4.6%)	7 (2.8%)		
Neurologie	11 (3.6%)	12 (3.1%)	6 (4%)	6 (4.3%)	5 (3.3%)	6 (2.4%)		
Enfants divers	7 (2.3%)	7 (1.8%)	2 (1.3%)	2 (1.4%)	5 (3.3%)	5 (2%)		
Vaccination	**6 (2%)**	**110 (28.3%)**	4 (2.7%)	4 (2.9%)	**2 (1.3%)**	**106 (42.4%)**		
Chi-2 apparié de Mac Nemar (motifs vaccination)			*p-value = 1*		*p-value* < 0,001			

Légende : En rouge : Motif avant passage en salle d'attente.

En Noir : Motif cité en consultation.

Fig. 2.1



7. Effectifs des patients qui ont évoqué spontanément la vaccination en consultation et ceux qui ont eu une prescription vaccinale.

Les résultats obtenus dans l'étude (cf tableau 2.3), montraient un très grand écart entre le pourcentage des patients ayant évoqué spontanément le thème de la vaccination la 1ère semaine (sans affichage audiovisuel) comparativement à la 2ème semaine (avec affichage audiovisuel) : 4 (3,3%) pour les 2 items (évocation vaccination et prescription) en semaine 1 contre 106 (87,6%) et 33 (27,3%) en semaine 2.

8. Profils des patients qui n'ont pas évoqué spontanément le thème de vaccination en consultation ; et effectifs de ceux qui ont eu une prescription vaccinale.

15 patients n'avaient pas évoqué le thème de vaccination en consultation la semaine 2.

Age : la moyenne d'âge est de 47.2 ans.

CSP : 60% ont un niveau d'étude VI -V

Statut : 9 ont un statut « Autre » et 4 « ALD »

Motifs de consultation : 30% ont consulté pour suivi, contre 17 % pour motif psychologique, 53% les autres motifs.

Parmi les 15 patients, 11 étaient à jour, 1 prescription de vaccin, 2 de statut inconnu, un non convaincu par la vaccination.

9. Types de vaccins prescrits

Les résultats affichés dans le tableau 2.3 ci-dessous, montraient que les prescriptions avaient augmenté de façon significative entre les 2 semaines :

- Semaine 1 (sans affichage) : 5 prescriptions de vaccin ont été faites :
    - 1 Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche pour enfant, 1 vaccin Tétanos et 3 vaccins de Grippe.
- Semaine 2 (avec affichage) : 40 prescriptions de vaccin ont été faites :
    - 7 vaccins pour enfant : 3 DTPC ; 3 Méningo C ; 1 Papillomavirus
    - 33 vaccins pour adulte : 17 Tétanos (tableau 2.4) ; 12 Grippes (tableau 2.4) ; 3 Pneumocoque ; 1 Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite – Coqueluche. Une part majoritaire pour le Tétanos et la Grippe.

10. Statut vaccinal des patients

Pour la semaine 1 (sans affichage audiovisuel), la majorité des patients avaient un statut vaccinal « Inconnu » 105 (85.4%), une minorité avait un statut « A jour » 12(9.8%) et un effectif identique et très faible pour ceux « Non à jour » ou « En cours » 3 (2.4%).

Pour la semaine 2 (semaine avec affichage audiovisuel), un changement important de score est noté, pour les patients qui avaient un statut vaccinal « A jour » 85 (70.2%), 29 (24%) pour ceux ayant un statut « En cours ». Ceux qui avaient le statut « Non à jour » 5 (4.1%) et ceux dont le statut était « Inconnu » 2 (1.7%) (Tableau 2.3).

11. Raisons d'une non prescription vaccinale

Dans cette partie, sont déterminées les différentes raisons pour lesquelles une prescription vaccinale n'a pas été faite suite au passage en salle d'attente, comparativement entre les deux semaines.

<u>Semaine 1 (sans affichage) :</u>

- Pour 87.5 % des patients le thème de la vaccination n'a pas été évoqué ni par eux, ni par leur médecin pendant la consultation. De ce fait leur statut est resté inconnu.
- Pour 7.5 % des patients, le thème de la vaccination a été évoqué uniquement par le médecin. Ils ont déclaré être à jour de leur vaccination.
- Pour 2.5 % des patients, c'est le médecin qui a abordé le thème de vaccination. Mais ils n'étaient pas convaincus.

Semaine 2 (avec affichage) :

- 80.4 % des patients ont parlé du thème de l'affichage pendant la consultation et étaient à jour de leur vaccination.
- Pour 12 % des patients, c'est le médecin qui a abordé le sujet, mais les patients étaient à jour.
- 4.3 % des patients ont évoqué le thème de la vaccination au moment de la consultation, mais n'étaient pas convaincus par ce sujet.

12. Profil des patients non convaincus par la vaccination.

Sur les 244 répondants, 8 seulement n'étaient pas convaincus par la vaccination. Leurs caractéristiques ont été les suivantes :

75 % de majorité féminine. 50% étaient âgés de 63 ans et plus. 62.5 % avaient un niveau V et 37.5 % un niveau II.

4 étaient des retraités, 3 avaient une profession intermédiaire et une seule personne n'avait aucune activité.

Concernant leur statut, ils sont répartis entre « ALD » (50 %) et « Autres » (50 %).

Sur le plan médical, l'ensemble de ces patients n'ont pas abordé le sujet de vaccination avant leur passage en consultation.

Cependant, 50 % parmi eux ont évoqué ce sujet pendant la consultation, tandis que pour l'autre moitié, c'était le médecin qui avait évoqué ce sujet. L'ensemble de cette population n'avait pas eu une prescription vaccinale, et n'était pas à jour de sa vaccination.

Tableau 2.3 : Impact de l'affichage audiovisuel sur le statut vaccinal

variable	Semaine 1 (sans affichage audiovisuel) (n=123)	Semaine 2 (avec affichage audiovisuel) (n=121	*p*-value comparaison Semaine 1 /Semaine 2
Le patient a évoqué spontanément la vaccination en consultation	4(3.3%)	106 (87.6%)	*< 0.001*
Effectifs des patients ayant reçu une prescription vaccinale	4(3.3%)	33 (27.3%)	*<0.001*
Type de vaccin prescrit			
Enfants			
DTP-Coqueluche	1(20%)	3(7.5%)	*<0.41*
Meningo C	0 (0%)	3(7.5%)	
Papillomavirus	0(0%)	1(2.5%)	
Adultes			
Tétanos	1(20%)	17(42.5%)	*0.41*
Grippe	3(60%)	12(30%)	
pneumocoque	0(0%)	3(7.5%)	
DTP-Coqueluche	0(0%)	1(2.5%)	
Statut vaccinal			
En cours	3(2.4%)	29(24%)	*<0.001*
Inconnu	105(85.4%)	2(1.7%)	
Non à jour	3(2.4%)	5(4.1%)	
A jour	12(9.8%)	85(70.2%)	
Raison de non prescription vaccinale			
Thème abordé par le médecin et patient non convaincu	3(2.5%)	1(1.1%)	*<0.001*
Thème abordé par le médecin et patient à jour	9(7.5%)	11(12%)	
Thème abordé par le patient et il est à jour	3(2.5%)	74(80.4%)	
Thème abordé par le patient sans en être convaincu	0(0%)	4(4.3%)	
Thème non abordé	**105(87.5%)**	**2(2.2%)**	

Tableau 2.4 : Répartition selon l'âge des 2 vaccins les plus prescrits (Tétanos, grippe) – Semaine 2 avec affichage audiovisuel

Vaccin prescrit	Effectif	Moyenne d'âge	< 25 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	65 ans et +
Tétanos	17	48,6 ans	1	4	9	3
Grippe	12	65 ans	0	1 (invalidité)	5 (2 ALD)	6 (5 ALD)

13. Avis des patients par rapport à l'affichage audiovisuel

Les résultats obtenus au cours de l'étude, sur l'avis des patients relatif à l'affichage audiovisuel en salle d'attente, montraient qu'une majorité absolue se disait très favorable à ce type d'affichage et plus particulièrement pour un message enregistré par leur médecin traitant.

Quant à la question sur l'influence / l'impact de cet affichage sur leur choix : 89.3% (108) ont répondu par un Oui.

III. DISCUSSION

Dans cette partie sont analysés et comparés les résultats obtenus dans l'étude entre les deux groupes de la population avec d'autres données de la littérature scientifique disponibles. Certains résultats seront explicités. Les forces et les limites de l'étude seront ensuite évoquées afin de conclure.

A. Interprétation des résultats concernant le médecin ayant participé à l'étude.

1. Représentativité du médecin de l'étude

25 médecins généralistes ont été contactés pour l'étude, 5 exerçant seuls et 20 en groupe. Au total, un seul médecin a participé (N=1). Les 24 autres médecins exclus : 15 ont refusé pour manque de temps, ou manque de personnel administratif, 5 ont refusé par rapport à l'architecture et l'équipement du cabinet jugés non conformes pour la diffusion de vidéos, 4 n'ont pas donné suite à la sollicitation.

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français sont similaires à ceux du médecin ayant participé à l'étude [45] (Tableau 2.5).

Tableau 2.5 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français

Données démographiques	Population MG Nationale
Ratio H / F	58 % / 43 %
Moyenne d'âge H **Moyenne d'âge F** **Moyenne d'âge globale**	57 ans 49 ans 51,4 ans
Tranche d'âge > 60 ans	26 %
Installation en milieu urbain	53 %
Médecins exerçant en centre médical	79 %

B. Interprétation des données concernant la population étudiée (les patients)

1. Validation interne

Les données démographiques et les caractéristiques socioprofessionnelles des 2 échantillons (semaine 1, semaine 2) ont été similaires puisqu'ils ont eu les mêmes résultats statistiques, avec une p-value > 0.05 (Tableau 2.1).

Par ailleurs, l'échantillon étudié représente 20% de la patientèle du cabinet sans aucun biais de sélection préalable au niveau de la patientèle adulte. Donc l'échantillon est représentatif de la population adulte du cabinet.

2. Validation externe

Les données démographiques (sexe et âge) de la population étudiée sont proches de celles de la population nationale des patients consultants [46] (Tableau 2.6).

Quant aux caractéristiques socioprofessionnelles de la population étudiée, nous avons relevé des similitudes au niveau des rangs et de légères variations avec celles des données nationales, plus particulièrement au niveau des professions. Cela peut être dû en partie à la taille de l'échantillon (244) largement en deçà de celle de l'étude ECOGEN (20781) [47]. Néanmoins, cet échantillon pourrait être représentatif et les résultats pourraient être étendus à la population nationale. Cela nécessiterait la réalisation d'autres études plus approfondies.

Tableau 2.6 :

Représentativité de l'échantillon de la population étudiée (Patients) - P value :

Données démographiques	Population étudiée (Semaine 1+Semaine 2)		Population Nationale
Ratio H/F	38,5 % / 61,5 % (*P* -value Semaine 1 / Semaine 2 : 0.37)		42% / 58%
Moyenne d'âge globale	47.9 ans (P-value Semaine 1 / Semaine 2 : 0.76)		46.6 ans
Retraités	19.7 %	P-value Semaine 1 / semaine 2 : 0,26	33,0%
Sans activité	18.4 %		29.8 %
Employés	19.7 %		19.3 %
Professions Intermédiaires	17,6%		6,0%
Ouvriers	9,4%		4,0%
Cadres & prof. intellectuelles	6,1%		5,0%
Commerçants / chefs entreprises	1,6%		2.7%
Niveau V-V bis-VI	44,0%	P-value Semaine 1 / semaine 2 : 0,06	50,0%
Niveau IV (BAC)	16,0%		15,0%
Niveau III-I	40,0%		45,0%
Statut			
ALD	29,0%	P-value Semaine 1 / semaine 2 : 0,31	22,0%
CMU	11,5%		4,8%
Autres	54,0%		70,0%

3. Les données cliniques des patients

a. Les motifs cités par les patients avant le passage dans la salle d'attente :

Tableau 2.7 : Motifs des patients de l'étude et de la population nationale

Motif de consultation	Population étudiée N=244		Population Nationale
Renouvellement du traitement	30,0%	P-value semaine 1 / semaine 2 : 0,92	31,0%
Résultats examens complémentaires			
Suivi d'un problème de santé			
Respiratoire	18,8%		13,5%
Osteo-articulaire	16.1 %		13,5%
Vaccination	2,0%		1.7 %

Les motifs cités par les patients avant leur passage en salle d'attente ont été les mêmes pour les 2 semaines, p-value = 0,92 (tableau 2.2)

A noter que le motif : renouvellement du traitement, résultats examens complémentaires, suivi d'un problème de santé, occupe le même rang (1er) tant sur le plan national (31%) que pour cet échantillon (30%). 2 autres motifs suivent et enregistrent des scores légèrement différents pour les 2 populations (tableau 2.7).

Le motif vaccination, thème de l'affichage, objet de la présente étude, enregistre un faible score, presque identique à celui de la population nationale. Cela conforte cette étude et facilite ainsi son extrapolation à la population générale.

Les données analysées ont été basées sur du déclaratif, ce qui peut constituer un biais d'analyse.

b. Les motifs cités spontanément par les patients en consultation : (cf tableau 2.2)

Les motifs cités par les patients en consultation ont présenté une différence significative entre les deux semaines (p-value < 0,001).

Le profil comparatif des histogrammes « motifs en consultation », a montré une différence très importante pour la vaccination, largement plus citée la semaine 2 avec affichage audiovisuel (S2 AAA) 106 fois soit 42,4% par rapport à la semaine 1 sans affichage (S1 SAA) 4 fois soit 2,9%. En revanche nous n'avons pas relevé aucune différence pour les autres motifs cités. L'allure, de leur histogramme présente la même répartition des effectifs (cf. Fig. 2.1).

c. Les motifs cités spontanément par les patients juste avant le passage en salle d'attente et juste après en consultation la même semaine : (cf tableau 2.2)

Pour réaliser l'analyse comparative des motifs cités par les patients juste avant le passage en salle d'attente et juste après en consultation, le test statistique spécifique McNemar a été utilisé. Son application pour la comparaison des motifs cités en semaine 1 n'est pas possible, car la somme des paires discordantes en motif globale est égale à quatre. Les motifs juste avant le passage en salle d'attente et en consultation sont invariables.

Si le seul événement étudié est exclusivement la vaccination, le test de McNemar n'est pas faisable. En effet, les résultats ont montré que seuls les patients ayant déclaré être venus initialement pour la vaccination, ont évoqué spontanément en consultation ce critère [4].

Cette analogie, peut être expliquée par l'absence d'impact lié au temps passé en salle d'attente, sur les motifs de consultation. De plus, la configuration habituelle de la salle d'attente, notamment sans documentation ni affichage particulier, ne pourrait être considérée comme facteur extérieur induisant un changement de comportement de la population étudiée.

Pour la Semaine 2 avec affichage audiovisuel (S2 AAA) : le motif de consultation pour la vaccination avant et après enregistre une différence très importante. La *p*-value < 0,001 résultant du test de McNemar est très significative. Le thème vaccination était cité spontanément 106 fois en consultation, contre 2 fois avant le passage en salle d'attente. Son poids a évolué de 1,3 % avant à 42,4 %, modifiant fortement le classement et l'ordre des motifs.
A noter qu'en termes d'effectif, les autres motifs sont restés inchangés. De ce fait l'application du test de McNemar n'était pas réalisable sans la discordance due à la vaccination.

En conclusion : le motif étudié « Vaccination » était le seul à connaître un changement significatif, observé en consultation entre la semaine 1 sans affichage et la semaine 2 avec affichage audiovisuel. Son score (106 fois) le place en tête du classement. Celui - ci ne peut être dû au simple hasard ; il a été prouvé par les résultats statistiques de cette étude.
En effet, la seule modification apportée à la salle d'attente était l'affichage audiovisuel, d'un message enregistré par le médecin traitant. L'objet de ce message audiovisuel était la vaccination.

Le lien cause à effet, entre la présence de ce mode d'affichage et les résultats statistiques obtenus, est confirmé. Et par conséquence, l'impact est significatif et incontestable sur les motifs de consultation.
Ceci est cohérent avec les préconisations des précédentes études réalisées et qui mentionnaient la nécessité d'avoir recours à d'autres moyens de communication plus innovants en salle d'attente. L'affichage classique s'est avéré limité et voire faible [5, 7, 14, 48].

Elle constitue un 1er élément de réponse à ces préconisations.

Par ailleurs, elle revêt un caractère innovant quant à la conjugaison à la fois de l'élaboration d'une vidéo, où le principal acteur et auteur c'est le médecin traitant. [5, 7, 14]
Même si la vidéo ou l'implication du médecin traitant ont été mentionnés dans certaines études, il n'a jamais été question d'allier les 2 ensemble. [7, 18, 22, 24, 26, 27, 49, 50, 51]

d. La prescription vaccinale : (cf tableau 2.3)

Après avoir prouvé l'impact fort de l'affichage audiovisuel sur les motifs de consultation, les résultats de la prescription vaccinale viennent le consolider. La prescription vaccinale a connu les mêmes modifications que le précédent motif la vaccination.

33 personnes (27,3 %) ont eu une prescription vaccinale en semaine 2 sans qu'elles soient venues initialement pour, contre 4 (3,3 %) la semaine 1. Cela montre bien la différence significative, avec une p - value inférieure à 0,001.

En ce qui concerne les 4 patients ayant eu une prescription vaccinale la semaine 1 : un seul est venu initialement pour vaccination, les 3 autres ont bénéficié de prescription dont une pour mineur accompagné.

Pour les 33 patients ayant eu une prescription vaccinale la semaine 2, personne n'était venue initialement pour la vaccination. Un seul patient n'avait pas évoqué la vaccination en consultation. 4 prescriptions pour enfants accompagnants ont été relevées.
Par ailleurs, la différence entre l'effectif des personnes ayant reçu une prescription vaccinale « 33 » et les vaccins prescrits « 40 » est due d'une part au fait qu'une même personne ait eu plusieurs vaccins. A titre d'exemple : les personnes âgées cumulant tétanos et grippe ; les

patients ayant des pathologies pulmonaires cumulant grippe et pneumocoque ; et d'autre part à la comptabilisation des prescriptions pour enfants (normalement exclus de l'étude), dont les parents ont été sensibilisés, par l'affichage audiovisuel.

L'information donnée via l'affichage audiovisuel, a permis d'évoquer facilement le thème « vaccination » lors de la consultation. Cet affichage serait à l'origine de l'actualisation du statut vaccinal et des prescriptions.

e. Type de prescription vaccinale : (cf tableau 2.3)

En semaine 2, le vaccin le plus prescrit était le tétanos (17 fois). Cela se justifie par le calendrier vaccinal (25, 45, 65 ans), et du fait que la moyenne d'âge de la population se situe à 48 ans.

Celui de la grippe (12 fois). Cela se justifie par présence de pathologies chroniques notamment ALD, chez les patients de 65 ans et plus et la période hivernale de réalisation de l'étude.

Quant à la semaine 1, parmi les 5 vaccins prescrits : 3 vaccins pour la grippe et 1 pour le tétanos.

Il est à remarquer qu'entre les 2 semaines, le vaccin de grippe était 4 fois plus prescrit la semaine 2. Alors que le tétanos 17 fois plus.

En comparant ces résultats statistiques, relatifs à la prescription de vaccin (tétanos), avec ceux évoqués dans l'étude Belge « 91 prescriptions sur 6 mois, pour 11 466 patients » [24], une nouvelle fois, est confirmé l'impact fort de cet affichage audiovisuel sur les motifs de prescription.

f. Statut vaccinal : (cf tableau 2.3)

Il est remarqué une différence significative (p-value < 0,001) du statut vaccinal entre les 2 semaines de l'étude.

En effet, la semaine 2, le statut vaccinal de 119 patients soit 98,3 % a été identifié. Cela est dû à l'évocation du motif vaccination majoritairement par le patient et d'une manière spontanée, lors de la consultation. Alors que le statut vaccinal a pu être identifié seulement pour 18 patients soit 14,6%, la semaine 1.

A noter que 29 patients soit 24 % (semaine 2) vont avoir une mise à jour de leur statut vaccinal, versus 3 patients soit 2,4 % la semaine 1 sans affichage.

L'affichage a permis une sensibilisation sur la vaccination, vecteur de prévention, facilitant ainsi la discussion lors de la consultation et l'adhésion du patient à la démarche de prévention (identification ou meilleure connaissance du statut vaccinal, vaccination), mettant le médecin au cœur du processus d'information et d'éducation à la santé publique.[1]

g. Les raisons de non prescription vaccinale : (cf tableau 2.3)

La différence des raisons de non prescription vaccinale entre les deux semaines est significative avec un *p*-value < 0,001. Cela peut être expliqué par le niveau d'information acquis par les patients lors de la semaine 2 avec affichage.

En effet, pour 105 patients soit 87,5%, le thème de la vaccination n'a pas été abordé en semaine 1, contre 2 soit 2,2 % la deuxième semaine. La non évocation du thème de vaccination constitue la principale raison de méconnaissance par le médecin du statut vaccinal et de la non prescription pour la semaine 1.

Dans la semaine 2, 85 patients soit 92,4 % ont pu identifier leur statut vaccinal, à jour, grâce à l'évocation du thème « vaccination ». Donc l'état du statut vaccinal « à jour », porté à la connaissance du médecin, est la raison principale de non prescription. D'autres raisons secondaires sont liées à la résistance des patients, 5 au total soit 5,4%. Le thème n'était pas abordé avec 2 patients.

Quant à l'évocation du thème vaccination par le médecin, 12 fois par semaine laissant la part à une large méconnaissance du statut vaccinal pour la première semaine. Tandis que la deuxième semaine vient compléter les raisons manquantes, ce qui a permis de conclure que la non prescription est connue et peut être expliquée par le médecin.

L'affichage pendant la semaine 2 a permis une meilleure connaissance et maîtrise de la non prescription par le médecin, l'aidant ainsi à :

- Bien accomplir son rôle au niveau de l'information du patient et la prévention avec une meilleure offre de soins [1]
- Prendre la personne dans sa globalité, optimiser son temps et d'éviter d'aller seulement à l'essentiel [52].

h. Les profils des patients non convaincus par la vaccination : (cf tableau 2.3)

Le faible effectif des patients n'a pas permis de tirer des données concluantes. Néanmoins au vu des nouvelles recommandations en matière de santé, rendant 11 vaccins obligatoires, il serait intéressant d'analyser les profils des patients, qui demeurent encore réticents et d'en identifier les leviers d'action pour une meilleure adhésion.

i. Les profils des patients qui n'ont pas abordé le thème de la vaccination la semaine d'affichage :

Les résultats statistiques concernant ces patients ne fournissent aucun enseignement particulier. Si ce n'est que plus des deux tiers étaient à jour, ce qui pourrait expliquer le fait d'une évocation du thème par ces patients.

4. Avis des patients par rapport à l'affichage audiovisuel

Cette nouvelle stratégie de communication en salle d'attente, matérialisée par un affichage audiovisuel enregistré par le médecin traitant, a été saluée à l'unanimité par les patients. Les résultats confirment que les patients sont des chercheurs d'information en salle d'attente [4, 13, 17, 52], d'autant plus quand celles-ci impliquent directement leur médecin traitant [18].
Par ailleurs, ces résultats viennent approfondir ceux fournis par l'étude Belge [24] et Londonienne [25], par la prise en compte de l'avis du patient.

Les résultats obtenus la semaine 2 confirment bien l'efficience de ce mode de communication. 89,3 % des patients ont vu leur choix influencé par celui-ci. Donc, cela montre la puissance de cette étude sur l'impact de l'affichage audiovisuel, validée par les résultats statistiques.

5. Temps d'attente

Le temps passé en salle d'attente a été indifférent entre les deux semaines (*p*-value 0,33 écart-type 6.8 mn) soit 21.1 minutes, très proche de la moyenne générale de temps d'attente 20,2mn [11, 12, 13]. Ce temps était supérieur à la durée de la vidéo diffusée, ce qui laisse supposer qu'au moins 95% de la population a assisté au moins 2 fois, au passage de la vidéo.
Ce temps ne peut expliquer à lui seul le changement de comportement sans l'intervention d'événement spécifique. Sur un plan général, un changement important ne pourrait avoir lieu sans l'interaction avec un événement extérieur, dans un laps de temps très court ;
C'est ce que confirment les résultats durant la semaine 1, et la semaine 2. Donc, nous pouvons affirmer que ce mode d'affichage a eu un impact fort sur la population étudiée.

C. Les apports et les limites du travail

1. Représentativité de l'échantillon

- **Celle du médecin généraliste**

Les caractéristiques démographiques du médecin généraliste sont proches de celles de données nationales des médecins (tableau 2.5).
Toutefois, l'âge du médecin (69 ans), situé dans la tranche d'âge + 60 ans, soit 25,8 %, pourrait constituer un obstacle à l'extrapolation des résultats de cette étude à la population consultante générale, dont l'âge moyen d'inscription à l'Ordre, est de 34 ans.

- **Taux de participation de la population de patients**

L'étude enregistre un taux élevé de 92 % réparti de manière identique sur les deux semaines. Ceci peut être expliqué d'une part, par notre présence effective, l'emplacement stratégique dans le hall d'accueil, ainsi que le respect du rythme de travail (mêmes jours habituels de travail) et la fidélisation de la patientèle. D'autre part, l'ancienneté du médecin, son charisme et la confiance des patients, sont des facteurs de fidélisation.
L'absence d'épidémie particulière lors des 2 semaines de l'étude. Cette dernière a eu également un effet important sur l'homogénéité du flux de la patientèle habituelle du cabinet.
A noter, la situation géographique du cabinet, au cœur d'un quartier populaire, brassage de cultures, aurait contribué à la diversification de la patientèle.

Fort de ces constats corroborés par les résultats de cette étude, la patientèle du médecin est supposée à la fois représentative et variée.

2. Biais de sélection

Le médecin ayant participé à l'étude, étant à l'affût des nouvelles technologies et attaché à la prévention et l'information de ses patients quelles que soient les contraintes financières, matérielles ou organisationnelles. Par ailleurs, le fort attachement de la patientèle à leur médecin pourrait laisser penser qu'ils auraient été davantage réceptifs par le message. Cela peut donc présenter un biais de sélection.
Toutefois, ce travail premier en son genre a donné des résultats statistiques intéressants et a validé l'étude. Il pourrait servir comme argument incitant les médecins à s'investir dans ce domaine.

- **Lieu d'étude**

L'effet changement dans notre salle d'attente :

La salle d'attente classique sans affichage a été transformée du jour au lendemain en un lieu animé par la diffusion d'un message audiovisuel. Celui-ci montrait le médecin traitant, adressant aux patients un message percutant, pour les sensibiliser à la vaccination. L'effet novateur, l'unicité du thème pourraient être considérés comme un biais de sélection. Donc pour pouvoir généraliser les résultats il faudrait reproduire ce même moyen d'affichage avec d'autres thèmes porteurs.

- **La période de réalisation de l'étude :**

Durant cette période hivernale avec ses épidémies, associée au thème vaccination (sujet d'actualité et de débat), aurait pu constituer un biais si les seules prescriptions faites concernaient la grippe (tableau 2.4).

3. Utilisation et contenu du questionnaire

Compte-tenu de l'objectif de travail, une enquête analytique, interventionnelle, prospective observationnelle, pratique sur une base réelle a été décidée.

- **Les avantages** :

- Fiabilité, indépendance et sincérité des réponses des patients et du médecin.
- Identification des données sociodémographiques de la patientèle, des motifs de consultation, du temps d'attente et le médecin traitant du patient.
- Evaluation des effets réels spontanés de l'affichage audiovisuel sur la modification du motif de consultation.
- Détermination de la fréquence avec laquelle le thème de vaccination a été abordé par le patient et / ou par le médecin.
- Précision de la prescription vaccinale, du statut vaccinal et des raisons de non prescription chez les patients.
- Recensement de l'avis des patients envers l'affichage audiovisuel ainsi que son impact.

Le questionnaire concis a pu induire un manque de précisions concernant certaines questions :

- La part des patients ciblée par la CPAM pour recevoir le vaccin de grippe et d'étudier les raisons de non prise en compte de celle - ci.

- La graduation de la préférence du patient pour un affichage audiovisuel classique ou un affichage audiovisuel impliquant le médecin traitant.

Une enquête de satisfaction proposée à l'issue de consultation en semaine 2, aurait permis d'enrichir et de préciser ces données.

Illustration *: nombreux patients ont déclaré au médecin « si c'était quelqu'un d'autre, nous n'aurions pas été interpellés par la vidéo, ça nous touche de voire notre médecin entrain de nous livrer son message ».*

En outre, il aurait été intéressant de sonder les patients de la semaine 1, en fin de consultation, sur leur statut vaccinal, pour le connaître.

Par ailleurs, le fait d'avoir exclu les mineurs du questionnaire, aurait pu constituer un biais de mesure, si leur effectif était significatif. A noter que l'inclusion de cette population présente des contraintes qui rendent son étude complexe.

Enfin, ce questionnaire ne fournissait pas de précisions quant à l'effet induit par une éventuelle interaction entre les personnes venues accompagnées.

4. Conclusion

Cette étude est une première dans son genre en France.

Elle a répondu :

- Aux attentes des patients en matière d'information [1, 17, 52].
- Au besoin de moyen de communication innovant, ludique, interactif, en zone d'attente [4, 5, 7, 14].
- A une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité, et une optimisation du temps de consultation [52].
- Aux attentes en termes de prévention et d'information du patient, permettant au médecin d'accomplir pleinement son rôle d'acteur en santé publique [1, 3, 36].
- A l'adaptation et l'évolution du moyen d'information à la population et aux progrès technologiques.

Elle a complété, mis en évidence et confirmé :

- L'affichage audiovisuel avec un meilleur impact [24].

- La nécessité de concevoir une nouvelle stratégie de communication, en salle d'attente [5, 7, 14].
- L'efficacité de l'affichage audiovisuel [25].
- L'efficacité de l'évocation du message de la salle d'attente en consultation [5, 7, 8, 49].
- L'efficacité du message impliquant le médecin traitant [18, 49].
- Le bénéfice de la zone d'attente pour la communication de message [4, 5, 7, 8, 13, 14, 17, 24, 26, 51].

Elle a prouvé :

L'efficacité de l'affichage audiovisuel cité dans les différentes études Américaine, Canadienne, Londonienne, Belge et Françaises notamment sur les points suivants : élévation du niveau de connaissances sur un sujet complexe, meilleur suivi et respect des soins, obtention d'un résultat significatif chez les patients [19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 50, 53, 54].

Elle a réduit :

L'obstacle financier et technique cité dans l'étude Belge [24] et l'étude Française [5] sur la mise en place de ce moyen de communication. Elle a prouvé qu'avec l'informatisation et l'avancée technologique, ce moyen est tout à fait accessible.

CONCLUSION

Malgré les limites citées dans l'étude, elle reste une première dans son genre en France. Innovante et accessible, elle a donné des résultats satisfaisants. Elle a permis de mettre en évidence l'efficacité d'un affichage audiovisuel en salle d'attente, sur la vaccination, au cabinet d'un médecin généraliste.
Elle offre des pistes d'investigation qui seraient intéressantes à explorer afin d'affiner ces premiers résultats.

Plusieurs actions, peuvent être proposées par les services de santé publique, conscients de la nécessité d'avoir une stratégie et des moyens de communication en matière de prévention, efficaces et adaptés au contexte actuel. En termes de moyens, certes ils sont multiples et offrent un panel d'actions assez large. Toutefois, leur adaptation aux attentes multiples et divers, reste perfectible. Il convient donc d'appuyer les professionnels de santé dans leur choix et de les conseiller afin d'adopter les plus efficaces et accessibles, susceptibles d'apporter une réponse aux diverses attentes.

Ce mode d'affichage pourrait être l'une des réponses à ces problématiques.
Des études élargies sur d'autres thèmes, avec plusieurs médecins et patients de profils différents, seraient intéressantes pour faire de cette modalité d'affichage audiovisuel, impliquant le médecin traitant, une stratégie de communication appropriée.

BIBLIOGRAPHIE

[1] 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. Disponible sur https//www.legifrance.gouv.fr/affich Text.do?

[2] Dervaux A. Impact d'Internet sur la relation médecin-malade. Euro Psychiatry journal 2014 ; 29(8) : 638-9.

[3] Yarnall K, Pollak K, Østbye T, Krause K, Michener J. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention?. Am J Public Health 2003 ; 93(4) : 635-41.

[4] Attye M, Carton C. État des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation : Thèse : médecine générale : Amiens : 2016.

[5] Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room: vector for health education? The general practitioner's point of view. BMC Res Notes 2012 ; 5 : 511. Disponible sur https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-511.

[6] Pruvot J, Calafiore M, Dambricourt P-A, Messaadi N. Influence du médecin généraliste dans la promotion du primo-don du sang selon les patients. Revue d'épidémiologie Santé Publique 2015 ; 63(5) : 326-31.

[7] Rolland M-A, Gignon M. Etude comparative de trois stratégies d'éducation en matière de vaccination en salle d'attente de médecin générale. Thèse : médecine générale : Amiens : 2013.

[8] Audran F. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale. Thèse : médecine générale : Angers : 2016.

[9] William B, Weeks M, Amy E, Wallace M. Time and Money : A Retrospective Evaluation of the Inputs, Outputs, Efficiency, and Incomes of Physicians. Arch Intern Med. 2003 ; 163 : 944-948.

[10] Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités. La durée des séances des médecins généralistes. Drees Etudes et Résultats Avril 2006 ; N°481 [consulté le 11 décembre 2017]. Disponible sur http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf.

[11] David C, Dugdale M, Epstein R, Steven Z, Pantilat M, Time and the Patient - Physician Relationship. JGIM 1999 ; Volume 14 : s34-s40.

[12] El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale : Thèse : médecine générale : Amiens : 2016.

[13] Reti S. Patient waiting times. N Z Med J. 1994 ; 107(974) :104-6.

[14] Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation. thèse : médecine générale : Saint-Etienne 2013.

[15] Ashe D, Patrick P, Stempel M, Shi Q, Brand D. Educational Posters to Reduce Antibiotic Use. J Pediatr Health Care 2006 ; 20(3) : 192-7

[16] Labrecque M, Rhéault C, Bergeron M, Bergeron S, Paquet F. La vaccination antitétanique. Evaluation d'un programme de promotion dans une unité de médecine familiale. Can Fam Physician 1995 ; 41 : 70-5.

[17] Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 1994 ; 44(389) : 583-5.

[18] Virginia C. Li, Thomas J. Coates, Laurel A. Spielberg, Craig K. Ewart, Sharon Dorfman, William J. Huster. Smoking cessation with young women in public family planning clinics: The impact of physician messages and waiting room media. Preventive Medicine 1984 ; Volume13 Issue 5 : 477-489.

[19] Lin P, Lin L, Lin J. Comparing the effectiveness of different educational programs for patients with total knee arthroplasty. Orthop Nurs 1997 ; 16(5) : 43-9.

[20] Wheeler J, Fair M, Simpson P, Rowlands L, Aitken M, Jacobs R. Impact of a Waiting Room Videotape Message on Parent Attitudes Toward Pediatric Antibiotic Use. Pediatrics 2001 ; 108(3) : 591-6.

[21] Jean Wiese H, Boethel C, Phillips B, Wilson JF, Peters J, Viggiano T. CPAP compliance : video education may help! Sleep Med 2005 ; 6(2) : 171-4.

[22] Ruthman J, Ferrans C. Efficacy of a video for teaching patients about prostate cancer screening and treatment. Am J Health Promot 2004 ; 18(4) : 292-5.

[23] Snyder-Ramos S, Seintsch H, Böttiger B, Motsch J, Martin E, Bauer M. Patient satisfaction and information gain after the preanesthetic visit : a comparison of face-to-face interview, brochure, and video. Anesth Analg 2005 ;100(6) : 1753-8.

[24] Eubelen C, Brendel F, Belche J, Freyens A, Vanbelle S, Giet D. Effect of an audiovisual message for tetanus booster vaccination broadcast in the waiting room. BMC Family Practice 2011 ; 12-104.
Disponible sur https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-104.

[25] Jawad M, Ingram S, Choudhury I, Airebamen A, Christodoulou K, Wilson Sharma. A. Television-based health promotion in general practice waiting rooms in London : a cross-sectional study evaluating patients' knowledge and intentions to access dental services. BMC Oral Health 2016 ; 17 : 24 .

[26] Papa L, Seaberg D, Rees E, Ferguson K, Stair R, Goldfeder B, et al. Does a waiting room video about what to expect during an emergency department visit improve patient satisfaction? CJEM 2008 ; 10(4) : 347-54.

[27] Kleemeier C, Hazzard A. Videotaped parent education in pediatric waiting rooms. Patient Educ Couns 1984 ; 6(3) : 122-4.

[28] Partin M, Nelson D, Radosevich D, Nugent S, Flood A, Dillon N, et al. Randomized trial examining the effect of two prostate cancer screening educational interventions on patient knowledge, preferences, and behaviors. J Gen Intern Med 2004 ; 19(8) : 835-42.

[29] Ameli.fr pour les médecins. Affichage des tarifs : vos obligations légales. 28 mars 2017. [consulté le 18 décembre 2017] . Disponible sur https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-affichage/tarifs-affichage.

[30] Julien. L'affichage obligatoire en salle d'attente. Blog Made For Med 2016 [consulté le 18 décembre 2017]. Disponible sur https://blog.madeformed.com/laffichage-obligatoire-en-salle-dattente/.

[31] Perronne C, Pariès J, Rome F, et al. Les vaccinations. Actualité et dossier en santé publique 2010 ; N°71-56 [consulté le 18 décembre 2017]. Disponible sur http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=111.

[32] Santé publique France, Institut de Veille Sanitaire. Couverture vaccinale. Dossier thématique [consulté le 18 décembre 2017]. mis à jour le 05/07/2017. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale.

[33] Nicand E. Couverture vaccinale en France en 2014 : un bilan .contrasté. Mes Vaccins.net [consulté le 18 décembre 2017]. Mis à jour le 10 sept. 2015. Disponible sur https://www.mesvaccins.net/web/news/6140-couverture-vaccinale-en-france-en-2014-un-bilan-contraste**.**

[34] INPES. La vaccination [consulté le 18 décembre 2017]. Publié le 05-01-2018. Disponible sur http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/index.asp.

[35] Bourdillon F, Gautier S, Lozat R, et al. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique. BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire Hors-série 19 oct. 2017 ; 1-40.
Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2017/BEH-hors-serie-Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique**.**

[36] Fromentin V. La vaccination en France, enjeu de santé publique. La Lettre de Galilée Hors-série n°1 : la vaccination et ses résistances 1 oct. 2017, [consulté le 18 décembre

2017]. Disponible sur http://www.lalettredegalilee.fr/dossier-special/la-vaccination-en-france-enjeu-de-sante-publique/.

[37] Santé publique France, INPES. Semaine de la vaccination, du 23 au 29 avril 2017 : 12e édition de la Semaine européenne de la vaccination [consulté le 18 décembre 2017]. Disponible sur http://inpes.santepubliquefrance.fr/semaine-vaccination/index.asp.

[38] Santé publique France. Vaccination : retour sur la concertation citoyenne. [Consulté le 18 décembre 2017]. Publié le 03-10-2017.
Disponible sur https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Vaccination-retour-sur-la-concertation-citoyenne.

[39] Santé publique France. Vaccination des jeunes enfants : des données pour mieux comprendre l'action publique. [Consulté le 18 décembre 2017]. Publié le 19-10-2017. Disponible sur https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Vaccination-des-jeunes-enfants-des-donnees-pour-mieux-comprendre-l-action-publique.

[40] Satara -Bartko C. Pourquoi la couverture vaccinale est-elle insuffisante en France? Parents Article [consulté le 18 décembre 2017]. Mis à jour le 17 janv. 2017.
Disponible sur http://www.parents.fr/bebe/sante/pourquoi-la-couverture-vaccinale-est-elle-insuffisante-en-france-79616.

[41] Ministère des Solidarités et de la Santé. Prévention en santé - Vaccination. [consulté le 18 décembre 2017]. Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/.

[42] Gausby A., Nadella S. Capacité d'attention, approche client. Microsoft Canada Printemps 2015 ; 52. [consulté le 1 décembre 2016]. Disponible sur https://www.infopresse.com/Uploads/files/Microsoft_%C3%89tude%20d%C3%A9ficit%20de%20l%27attention.PDF.

[43] Meyerink D. Les enfants dans la salle d'attente du médecin généraliste. Thèse : médecine générale : Toulouse : 2011.

[44] TCL -The Creative Life. Quelle taille d'écran TV est faite pour vous ? Publié le 11/05/2017 ; [consulté le 23 avril 2017]. Disponible sur http://www.tcl.eu/fr/tendances-

et-conseils/incontournables-pour-bien-choisir/selectionner-ecran-ideal/quelle-taille-ecran-tv-est-faite-pour-vous.

[45] Breton Le, Lerouvillois G. La démographie médicale en région Picardie Situation en 2013 ; 60 page ; [consulté le 14 janvier 2018]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf.

[46] Brunet C. Motifs de consultation, en médecine générale, des bénéficiaires de la CMU-C : analyse à partir de l'étude ECOGEN 17 déc. 2013 ; 50. [consultée 23 décembre 2017]. Disponible sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01103933/document.

[47] Favier C. Quels patients pour quels médecins ? Etude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée. Thèse : médecine générale : Lille : 2014.

[48] Sivasooriyalingam S, Lobin M. Évaluation de l'impact sur les patients d'une affiche de prévention pour le vaccin contre le papillomavirus (vaccin anti-hpv) : étude quantitative réalisée auprès des patients dans la salle d'attente des médecins généralistes de Picardie, par un auto-questionnaire. Thèse : médecine générale : Amiens : 2017.

[49] Vallée É, Vastel É, Piquet M-A, Savey V. Efficacité d'un conseil minimal abordant l'activité physique et délivré par les médecins généralistes lors d'une consultation pour renouvellement d'ordonnance. Nutr Clin Métabolisme 2017 ; 31(3) : 194-206.

[50] Oermann M, Webb S, Ashare J. Outcomes of Videotape Instruction in Clinic Waiting Area. Orthop Nurs 2003 ; 22(2) : 102.

[51] Sherwin H, McKeown M, Evans M, Bhattacharyya O. L'« attente » dans la salle d'attente. Can Fam Physician 2013 ; 59(5) : e222-4.

[52] Coiffier A. Présentations et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés entre de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative. Thèse : médecine générale : Nancy : 2010.

[53] Krouse H. Video modelling to educate patients. J Adv Nurs 2001 ; 33(6) : 748-57.

[54] Shiroyama C, Begg A, Griffiths J, McKie L. Getting the message across: the development and evaluation of a health education video in general practice. Health Bull (Edinb) 1997 ; 55(1) : 58-61.

ANNEXES

Annexe 1 : Plan du cabinet médical



Annexe 2 : Formulaires d'information et de consentement éclairé du patient.

Fiche N° :

LETTRE D'INFORMATION

DESTINEE AUX PATIENTS

POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE MEDICALE

Titre de la recherche : L'affichage audiovisuel dans la salle d'attente : l'impact de l'affichage dans la salle d'attente des messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultations.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Vous pourrez prendre le temps pour :

- lire et comprendre ces informations,
- demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'auriez pas compris.
- réfléchir à votre éventuelle participation

BUT DE L'ETUDE :

Etudier l'impact d'un nouveau moyen de communication, qui s'appuie sur l'affichage audiovisuel des messages enregistrés par le médecin traitant dans sa salle d'attente, sur les motifs de consultation.

BENEFICE(S) ATTENDU(S) :

Mettre en évidence l'efficacité d'un nouveau moyen de communication pédagogique éducatif et préventif sur les motifs de consultation.

DUREE DE L'ETUDE et Lieu :

La durée totale de l'étude est de 2 semaines.

La durée / participant : le temps de présence au sein du cabinet médical.

Lieu de réalisation : 7 rue Georges Guynemer 80080 Amiens.

RISQUES POTENTIELS :

Absence d'effets indésirables ou de risques potentiels.

FRAIS MEDICAUX :

Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude. Votre collaboration à ce protocole de recherche médicale est totalement gratuite.

Fiche N° :

EQUIPE RESPONSABLE

Cette étude est réalisée avec la supervision du Dr Camille Salamé - Directeur de thèse

Et Elie Assaf - médecin remplaçant, initiateur et promoteur.

LEGISLATION – CONFIDENTIALITE - Traitement informatisé des données - DSN:

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé auront accès à ces données. A l'exception de ces personnes - qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical - votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment, du droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès des responsables de l'étude et, en ce qui concerne les informations de nature médicale, ce droit est exercé par l'intermédiaire du Docteur Salamé Camille conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.
Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.
Au cas où vous auriez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pouvez contacter l'équipe responsable de l'étude, le Dr Camille Salamé et Elie Assaf, (tél : 03 22 44 14 80)
Vous avez toute liberté de participer ou non à cette étude. Sachez que quelque soit votre choix, cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Vous pouvez également décider d'arrêter votre participation en cours d'étude, sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude de recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Fiche N° :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE MEDICALE

Titre de la recherche : l'affichage audiovisuel dans la salle d'attente : « l'impact de l'affichage dans la salle d'attente des messages audiovisuelles enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultation ».

Je soussigné(e), Mr, Mme, ……, accepte :

- de participer à l'étude médicale : **l'affichage audiovisuel dans la salle d'attente : « l'impact de l'affichage dans la salle d'attente des messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultation ».**

- Que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

- Que les données nominatives me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès du Docteur Camille Salamé.

J'atteste :

- Avoir lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise,

- Avoir pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et avoir bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

- Avoir été informé par l'équipe responsable des objectifs, modalités et règles de confidentialité

- Etre libre et volontaire de participer à toute l'étude ou bien d'arrêter en cours. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

- Conserver tous mes droits garantis par la loi. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités.

Par ma signature, je confirme mon accord de participer librement et volontairement à cette étude de recherche clinique, d'accepter les éventuelles modifications de méthodes qui pourraient s'avérer nécessaires au cours de celle-ci.

Fait à ……, Le ……

Nom et signature du médecin

Signature du Patient
(Précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Annexe 3 : Questionnaire (volet 1) destiné aux patients

Questionnaire destiné au patient

Fiche N° : .....

(À remplir et à déposer dans la boîte destinée avant votre entrée dans la salle d'attente)

I. *Organisation :*

1. Date de la consultation (JJ/MM/AAAA) : ...../...../ 2017
2. Heure d'arrivée au cabinet : .....h .....min
3. Heure de démarrage du questionnaire : .....h .....min
4. Le médecin de ce cabinet est votre médecin traitant : Oui ☐ Non ☐

II. *Profil du patient :*

5. **Sexe :** Masculin ☐ Féminin ☐

6. **Age :** ..... ans

7. **Niveau d'étude :**
   - Brevet/CFG (Certification de Formation Générale) ☐
   - BEP/CAP/Certificat d'Etudes Primaires ☐
   - BAC ☐
   - BTS ☐
   - Diplôme universitaires nationaux : DEUG/DUT ☐ License ☐ Maîtrise/Master ☐ Doctorat ☐

8. **Statut :**
   - a. Invalidité ☐ b. CMU[1] ☐
   - c. Aide Médicale de l'Etat (AME) ☐ d. Affection Longue Durée (ALD) ☐
   - e. Accident du Travail (AT) ☐ f. Maladie Professionnelle (MP) ☐
   - g. Autres ☐ préciser : .....

9. **Profession :**
   - a. Cadre supérieur, professions intellectuelles[2] ☐ e. Retraité (e) ☐
   - b. Artisan, commerçant, chef d'entreprise ☐ f. Ouvrier[3] ☐
   - c. Professions intermédiaires [4] ☐ d. Employé (e) [5] ☐
   - g. Autre (Etudiant, sans activité) ☐ préciser : .....

III. *Motif(s) de consultation :*

10. **Pour quelle(s) raison(s) viendriez-vous aujourd'hui chez votre médecin ?**

.....

.....

.....

11. **Avez-vous déjà rempli ce questionnaire ?** Oui ☐ Non ☐

12. **Heure du fin du questionnaire (Entrée en salle d'attente) :** .....h .....min

---

[1] Couverture maladie universelle
[2] Inclut les professions libérales, de l'information, des arts et du spectacle, les professeurs et les ingénieurs
[3] Inclut les ouvriers agricoles et les chauffeurs.
[4] Inclut les professeurs des écoles et les instituteurs, le clergé, les techniciens, les contremaitres et agents de maitrise.
[5] Inclut les agents de service et de surveillance et les personnels des services directs aux particuliers.

Annexe 4 : Questionnaire (volet 2) destiné au médecin

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Fiche N° : ..... **(Volet 2)**

1. **Heure d'entrée en salle de consultation :** .....h ....min

2. **Motif(s) de consultation mentionné(s) spontanément par le patient au moment de la consultation :**

   - .....
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....
   - .....

3. **Le patient a parlé spontanément de la vaccination** : Oui ☐ Non ☐
4. **Prescription en rapport avec le thème d'affichage (la vaccination) :**

   Oui ☐

   Précisez la ou les prescriptions(s).....

   - Pour le patient ☐ - pour son ou ses descendant(s) mineur (s) ☐

   - Nb de Prescriptions pour descendant(s) mineur(s) : .....

   Non ☐

   Précisez le motif de non prescription (cocher la ou les case (s) correspondantes) :

   - Thème non abordé par le patient ☐
   - Thème non abordé par le médecin ☐
   - Thème abordé par le patient mais il n'est pas convaincu par la vaccination ☐
   - Thème abordé par le patient et il est à jour de ses vaccinations ☐
   - Thème abordé par le médecin et le patient est à jour de ses vaccinations ☐
   - Thème abordé par le médecin mais le patient n'est pas convaincu par la vaccination ☐

(*Questions destinées au patient en fin de consultation*)

5. Est-ce que vous êtes pour un affichage audio-visuel dans la salle d'attente?
   Oui ☐ **Non** ☐
6. Est-ce que vous êtes pour un affichage de messages audio-visuels enregistrés par votre MT ?
   Oui ☐ **Non** ☐
7. Est-ce que l'affichage audio-visuel a influencé votre choix?
   Oui ☐ **Non** ☐