



HAL
open science

Évaluation de l'anxiété induite par les affiches de prévention exposées en salle d'attente au sein d'un cabinet de médecine générale situé à Argentan : étude quantitative descriptive observationnelle via un auto-questionnaire

Najwa Jelidi

► **To cite this version:**

Najwa Jelidi. Évaluation de l'anxiété induite par les affiches de prévention exposées en salle d'attente au sein d'un cabinet de médecine générale situé à Argentan : étude quantitative descriptive observationnelle via un auto-questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02488888

HAL Id: dumas-02488888

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02488888>

Submitted on 24 Feb 2020

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2019

par

JELIDI Najwa

Née le 20 août 1990 à Saint-Saulve (59)

**Evaluation de l'anxiété induite par les affiches de prévention exposées en
salle d'attente au sein d'un cabinet de médecine générale situé à
Argentan. Etude quantitative descriptive observationnelle via un auto-
questionnaire.**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Docteur DE JAEGHER-NOEL Sophie

Monsieur le Docteur COUETTE Pierre-André

Monsieur le Docteur TAISNE Jean-Loup « Directeur de thèse »

Année Universitaire 2018/2019

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO ManhThông	Hépatologie-gastro-entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie

M.	DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. et médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-rhino-laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie

M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DEBRUYNE Danièle	Éméritat jusqu'au 31/08/2019 Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie	Éméritat jusqu'au 31/08/2020 Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie cervico-faciale
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie	Éméritat jusqu'au 31/10/2020 Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et histologie

M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR,
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mon jury de Thèse,

Madame Sophie DE JAEGHER-NOEL,
Vous avez accepté sans hésiter de juger mon travail.
Veuillez accepter toute ma gratitude.

Monsieur Pierre-André COUETTE,
Vous avez accepté d'être également jury de cette thèse,
Veuillez accepter, Monsieur, tous mes sincères remerciements.

A mon Directeur de Thèse,

Monsieur Jean-Loup TAISNE,
Vous avez accepté de diriger cette thèse, je vous remercie pour le temps consacré à mon travail et vos précieux conseils.
Recevez le témoignage de ma reconnaissance et mon profond respect.

A mes Maîtres de stage,

Aux Docteurs Jean-Christophe CONTOUR et Laurent MOISANT,
Vous m'avez ouvert les portes de votre cabinet et celles de la médecine de famille.
Apprendre puis travailler à vos côtés fût un plaisir.

Aux Praticiens Hospitaliers,

Merci pour votre accompagnement et votre pédagogie.

A tous ceux qui ont participé,

A Brigitte, Sophie et Aurélie,
Secrétaires du cabinet médical rue du Point du Jour à Argentan,
Ce fut un plaisir de travailler avec vous, merci de votre gentillesse.

Aux patients qui ont participé à cette enquête,
Merci du temps que vous avez consacré à ce travail.

A mes amis,

Aux internes du Centre Hospitalier de Granville,
Nous avons découvert ensemble la vie d'interne et vécu ensemble loin de nos familles.
Merci pour tous ces beaux moments.

A Marie,
Tu as été ma première connaissance en Normandie et mon amie depuis.
Merci pour ton écoute et tes conseils tout au long de notre internat.

A Laure-Eugénie,
Tu es devenue une amie précieuse.
Merci à ta famille pour leur gentillesse et leur générosité.

A Rofaïda,
A tes côtés les années de faculté sont passées si vite.
Je suis impatiente de travailler à tes côtés.

A mon époux,

Malek,
Merci de ton soutien, ta patience et les kilomètres parcourus ces dernières années.

A ma famille,

A mes grands-parents,
Pour les valeurs qu'ils m'ont transmises à travers mes parents.

A mes parents,
Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir dirigée vers cette voie.
Merci de votre soutien durant toutes ces années.
Merci pour cette ambiance familiale si réconfortante.
Je vous dois cette réussite.

A ma sœur Amina,
Je te remercie pour l'aide et les conseils que tu m'as apportés pour réaliser ce travail mais aussi tout au long de ces années d'études.

A ma sœur Saïda et mon frère Tarek,
Merci de vos visites en Normandie qui ont été d'un grand réconfort.

ABREVIATIONS

CNM : Conseil National des Médecins

CSP : Code de Santé Publique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

HAS : Haute Autorité de Santé

HSPT : Hôpital Patients Santé et Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

INDEX Tableaux

Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe	7
Tableau 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	8
Tableau 3 : Répartition des patients selon leur catégorie socio-professionnelle.....	9
Tableau 4 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant.....	10
Tableau 5 : Temps moyen passé en salle d'attente	11
Tableau 6 : Lecture des affiches de prévention exposées en salle d'attente.....	12
Tableau 7 : Répartition des patients demandeurs de prévention par l'affiche	13
Tableau 8 : Répartition des avis concernant la fréquence de renouvellement des affiches...14	
Tableau 9 : Répartition de la fréquence idéale de renouvellement des affiches	15
Tableau 10 : Répartition des supports de prévention préférés par les patients.....	16
Tableau 11 : Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention.....	17
Tableau 12 : Anxiété et compréhension des messages diffusés par l'affichage	18
Tableau 13 : Anxiété et discussion des informations de santé avec l'entourage	19
Tableau 14 : Anxiété et demande d'informations complémentaires auprès d'un médecin.....	19
Tableau 15 : Anxiété et recherche d'informations complémentaires via d'autres sources que l'entourage ou auprès d'un médecin	19
Tableau 16 : Anxiété et suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches	20
Tableau 17 : Répartition des patients considérant les affiches comme source d'anxiété selon le sexe.....	20
Tableau 18 : Répartition de l'âge de la population considérant les affiches comme source d'anxiété.....	21
Tableau 19 : Répartition des catégories socio-professionnelles de la population considérant les affiches comme source d'anxiété	22
Tableau 20 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant chez les sujets considérant les affiches comme source d'anxiété	23
Tableau 21 : Tableau croisé entre l'anxiété générée par les affiches et le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées.....	25
Tableau 22 : Test du khi 2 appliqué au tableau croisé entre l'anxiété générée par les affiches et le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées	26

INDEX Figures

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe	8
Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge	9
Figure 3 : Répartition des patients selon leur catégorie socio-professionnelle.....	10
Figure 4 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant	11
Figure 5 : Temps moyen passé en salle d'attente	12
Figure 6 : Lecture des affiches de prévention exposées en salle d'attente.....	13
Figure 7 : Répartition des patients demandeurs de prévention par l'affiche	14
Figure 8 : Répartition des avis concernant la fréquence de renouvellement des affiches.....	15
Figure 9 : Répartition de la fréquence idéale de renouvellement des affiches	16
Figure 10 : Répartition des supports de prévention préférés par les patients.....	17
Figure 11 : Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention	18
Figure 12 : Répartition des patients considérant les affiches comme source d'anxiété selon le sexe	21
Figure 13 : Répartition de l'âge de la population considérant les affiches comme source d'anxiété.....	22
Figure 14 : Répartition des catégories socio-professionnelles de la population considérant les affiches comme source d'anxiété	23
Figure 15 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant chez les sujets considérant les affiches comme source d'anxiété	24

SOMMAIRE

1	Introduction.....	1
1.1	Choix du sujet.....	1
1.2	Objectif de l'étude.....	1
1.3	Prévention de la santé en médecine générale	2
1.3.1	Rôle du médecin généraliste	2
1.3.2	La prévention en médecine générale.....	2
1.3.2.1	Définitions.....	2
1.3.2.2	Pourquoi cette tâche incombe-t-elle au médecin généraliste?	3
1.3.3	La prévention par l'affiche	4
2	Matériels et méthodes	5
2.1	Choix de la méthode	5
2.2	Recueil des données.....	5
2.3	Population étudiée.....	5
2.4	Critères de jugement	5
2.5	Analyse statistique des données.....	6
3	Résultats	7
3.1	Participation.....	7
3.2	Caractéristiques de la population étudiée.....	7
3.2.1	Sexe.....	7
3.2.2	Age	8
3.2.3	Catégories socio-professionnelles	9
3.2.4	Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant.....	10
3.2.5	Temps moyen passé en salle d'attente.....	11
3.2.6	Lecture des affiches exposées en salle d'attente	12
3.3	Préférences des patients vis-à-vis de l'affichage et de la diffusion des messages de prévention	13
3.3.1	Patients demandeurs de prévention par l'affiche	13
3.3.2	Avis sur la fréquence de renouvellement de l'affichage	14
3.3.3	Fréquence idéale de renouvellement des affiches.....	15
3.3.4	Supports de prévention préférés.....	16
3.4	Anxiété et messages de prévention diffusés via l'affichage en salle d'attente	17
3.4.1	Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention	17
3.4.1.1	Anxiété et compréhension des messages	18
3.4.1.2	Anxiété et discussion des messages avec l'entourage.....	19
3.4.1.3	Anxiété et demande d'informations complémentaires auprès d'un médecin .	19
3.4.1.4	Anxiété et recherche d'informations complémentaires via d'autres sources .	19
3.4.1.5	Anxiété et suivi des recommandations de santé.....	20

3.4.2	Caractéristiques de la population se déclarant anxieuse suite à la lecture des messages de prévention diffusés par l’affichage.....	20
3.4.2.1	Sexe	20
3.4.2.2	Age	21
3.4.2.3	Catégories socio-professionnelles.....	22
3.4.2.4	Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant	23
3.4.3	Lien entre anxiété générée par l’affichage et suivi des recommandations de santé ainsi diffusées.....	25
4	Discussion.....	26
4.1	Résultats principaux	26
4.2	Force de l’étude.....	26
4.3	Matériels et méthodes	27
4.3.1	Participation	27
4.3.2	Biais identifiés	27
4.3.2.1	Biais de sélection.....	27
4.3.2.2	Biais d’information	27
4.3.2.3	Biais de confusion	28
4.4	Résultats	28
4.4.1	Caractéristiques de l’échantillon	28
4.4.2	Anxiété et affiches de prévention de santé	28
4.4.3	Renouvellement des affiches : paramètre à étudier?.....	29
5	Conclusion.....	30
6	Bibliographie.....	31
7	Annexes	34
7.1	Référentiel métier et compétences du médecin généraliste (« <i>Marguerite des compétences</i> »)	34
7.2	Auto-questionnaire « Les affiches de prévention en salle d’attente de cabinet de médecine générale sont-elles responsables d’anxiété, ce qui limiterait le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées? »	35

1 Introduction

La salle d'attente des cabinets de médecine générale est un lieu de passage obligatoire pour un patient avant la rencontre avec le médecin. Nombreuses sont celles qui possèdent des affiches et posters pour diffuser des messages de prévention de santé publique.

On peut s'interroger sur ces posters : sont-ils régulièrement renouvelés? Depuis combien de temps ces affiches sont-elles présentes? Sont-elles lues par la majorité des patients? Les messages sont-ils compris? Les patients souhaitent-ils un complément d'information? Organiseraient-ils de manière différente les affiches et la diffusion des informations? Ont-elles un réel impact?

1.1 Choix du sujet

Si les médecins généralistes sont plutôt favorables à la prévention par l'affiche (1) (2), et les patients soucieux de leur état de santé demandeurs d'informations (3) (4), on pourrait s'attendre à ce que les affiches de prévention influencent le motif de consultation. Cependant, d'après plusieurs études, l'impact est en réalité limité quelque soit le sujet abordé par l'affiche, qu'il s'agisse de prévention vaccinale ou d'une pathologie en particulier.

En effet :

- il n'a pas été observé de modification de la fréquence des consultations ayant pour objectif la prise en charge d'un excès pondéral, avant et après l'affichage d'un poster dédié, bien que celui-ci ait été remarqué par 60% des patients (5) ;
- l'affichage d'un poster de prévention pour le vaccin contre le *papilloma virus humain*, pouvant être responsable de néoplasie du col utérin, n'a pas incité les patients à demander des informations complémentaires : environ 60% déclaraient être déjà informés par un professionnel de santé ou par leur famille, ou ne pas se sentir concernés ni intéressés par ce vaccin (6) ;
- l'association d'une affiche à une brochure de prévention concernant la promotion de la vaccination anti-grippale, n'a pas augmenté le nombre de vaccins délivrés par la pharmacie par rapport à une salle d'attente sans affiche ni brochure (7).

Quelles sont les raisons de ces résultats? Pourquoi, alors que les professionnels de santé et les patients s'intéressent à ce type de prévention, les motifs de consultation n'en sont-ils pas influencés? Est-ce lié au fait que ces affiches de prévention et les messages transmis soient générateurs d'anxiété, ce qui pourrait limiter l'application des recommandations de prévention de santé?

Nos recherches au sein de la littérature scientifique n'ont pas permis de trouver d'études répondant à cette dernière question, pourtant la réponse permettrait d'adapter, si besoin, l'aspect des affiches et les messages diffusés pour diminuer cet effet négatif et ainsi augmenter leurs impacts.

1.2 Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'intérêt de réviser les messages de diffusion et l'organisation des affiches de prévention, s'ils sont générateurs d'anxiété, afin d'améliorer la prévention de la santé en médecine générale ambulatoire.

Nous cherchons donc à déterminer à travers cette étude si les affiches de prévention en salle d'attente de médecine générale sont responsables d'anxiété, ce qui limiterait le suivi

des recommandations de santé ainsi diffusées et donc l'impact souhaité des messages de prévention.

1.3 Prévention de la santé en médecine générale

1.3.1 Rôle du médecin généraliste

D'après la définition européenne de la médecine générale établie en 2002, l'activité professionnelle du médecin généraliste comprend « *la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative* » (8).

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (loi HSPT) précise, en 2009, à travers l'article L. 4130-1, qu'une des missions du médecin généraliste est de « *contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé* » et propose même que « *les assurés ou ayants droit âgés de seize à vingt-cinq ans [puissent] bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais* » (9), notion que l'on retrouve, via l'article L. 4130-1 du Code de la Santé Publique, qui confirme que celui-ci doit « *contribuer aux actions de prévention et de dépistage* » (10), notion qui est également inscrite dans la Convention Nationale des Médecins Généralistes et Spécialistes (11). Ce rôle lui est attribué car il fait partie, comme l'atteste l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale (12) et l'article L1411-11 du Code de Santé Publique (13), de l'offre de soins de premier recours.

Si la prévention relève des devoirs du médecin généraliste, beaucoup évoquent cependant un manque de temps pour la réaliser en consultation. En effet, 95% d'entre eux sont d'accord sur le fait que la prévention fait partie de leur rôle et de leurs compétences ; 95,3% déclarent informer et conseiller de manière systématique ou régulière les patients atteints de maladie chronique ; mais plus de neuf médecin sur dix, soit 91,4%, souhaiteraient disposer de plus de temps pour se consacrer à la promotion de la santé du patient et 85% d'entre eux déclarent que les campagnes grand public facilitent ces missions (14).

1.3.2 La prévention en médecine générale

1.3.2.1 Définitions

La prévention en médecine consiste à « *éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* », concept décrit par la Haute Autorité de Santé (HAS) (15) que l'on retrouve également par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit la prévention comme l'ensemble « *des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences* » (16).

Trois types de prévention y sont décrits:

- la prévention primaire, dont l'objectif est de diminuer l'incidence d'une pathologie ;
- la prévention secondaire, qui consiste, une fois la maladie apparue, à freiner voire stopper sa progression ;
- la prévention tertiaire, visant à limiter, au stade évolué de l'affection, leurs conséquences et complications ainsi que les rechutes possibles.

Depuis plusieurs années est apparu un dernier type de prévention : la prévention quaternaire, qui consiste à éviter la surmédicalisation et les actes invasifs (17) (18) (19). L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) détermine quant à lui trois champs de prévention : la prévention médicalisée, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique (20) (21).

1.3.2.2 Pourquoi cette tâche incombe-t-elle au médecin généraliste?

Exercer la médecine générale est une discipline complexe qui a fait l'objet d'une déclaration consensuelle par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale – médecine de famille), en 2002, où sont définis les pratiques de la médecine générale, le rôle du médecin généraliste ainsi que six compétences fondamentales à l'exercice de cette spécialité (8). Ces notions font parties intégrantes de la formation du DES de médecine générale (Diplôme d'Études Spécialisées en médecine générale) (22) (23).

Comme vu précédemment, le médecin généraliste est le médecin de « premier recours ». Il est ainsi le premier interlocuteur du patient et celui qui coordonne les soins et le suivi à travers la création d'une relation médecin-patient.

Le médecin traitant, considéré comme un médecin de « confiance » par le patient et, la plupart du temps, désigné comme « médecin de famille », est celui qui, à travers la répétition des consultations et des visites à domicile, est le plus à même de connaître le milieu psycho-socio-environnemental et les habitudes de vie du patient, ce qui lui permet donc d'aborder les sujets de prévention nécessaires et adaptés et de réaliser, de manière plus efficace, cette mission de santé publique.

L'ensemble des aptitudes que le médecin généraliste doit maîtriser, afin d'exercer au mieux sa pratique, sont rassemblées dans six compétences génériques pouvant être schématisées sous forme de « *Marguerite des compétences* » (23) (Annexe 1):

- compétence « Premiers recours, urgence » : capacité à prendre en charge les problèmes de santé de premiers recours, d'assurer la continuité des soins et le suivi, peu importe le contexte et le terrain, afin d'assurer une prise en charge optimale ;
- compétence « Approche globale, complexité » : capacité à réaliser une analyse décisionnelle des situations, selon les données actuelles de la science, quelque soit le type de recours aux soins et le stade de la pathologie ;
- compétence « Continuité, suivi, coordination des soins » : capacité à établir la coordination des soins, le suivi et l'accompagnement du patient ;
- compétence « Approche centrée patient, relation, communication » : capacité à construire une relation médecin-patient en prenant en compte le contexte personnel du patient et de son entourage, en respectant son autonomie, à travers une communication adaptée ;
- compétence « Education en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » : capacité à éduquer le patient, afin de promouvoir sa santé, à travers des stratégies appropriées de prévention, de dépistage et de soins ;
- compétence « Professionnalisme » : capacité à adopter une attitude critique envers ses connaissances, à actualiser et développer ses compétences, ainsi qu'à respecter les règles d'éthique et déontologiques.

Ces compétences s'appliquent dans trois champs d'action : « *la démarche clinique, la communication avec les patients et la gestion de l'outil professionnel* » ; ainsi que dans trois

dimensions différentes : « *la dimension scientifique (approche critique de ses connaissances et son maintien par une formation continue), la dimension comportementale (basée sur la capacité professionnelle du médecin, ses valeurs et son éthique) [et] la dimension contextuelle (basée sur le contexte de la personne, la famille, la communauté, la culture) » (8) (23).*

Le médecin est donc amené à connaître le mode de vie du patient, son entourage ainsi que le contexte psycho-socio-environnemental et culturel. Il est, par ailleurs, présent à toutes les étapes du parcours de soins (prévention, dépistage, traitement, suivi et accompagnement), c'est pourquoi cette mission de prévention lui est attribuée en premier lieu.

1.3.3 La prévention par l'affiche

L'affichage est un outil d'éducation et de prévention reconnu par l'HAS (24) et choisi en grande partie par les médecins libéraux car il est considéré comme un vecteur d'information simple, peu coûteux, ne nécessitant pas d'entretien de matériel et pour laquelle il y a peu de détérioration (25).

Quant à la salle d'attente, elle est désignée comme endroit privilégié de prévention car il s'agit d'un lieu où transitent de nombreux patients par jour, de tous âges et de toutes catégories socio-professionnelles et où, peu importe la durée d'attente, les affiches sont remarquées et lues par la plupart des patients, ce qui peut faciliter l'abord du sujet de prévention avec le médecin (25) (26) (27).

Le type d'affiche présent en salle d'attente peut varier selon le profil du médecin (âge, sexe, type d'exercice...) (1), cependant, la salle d'attente étant un lieu considéré comme « privé recevant du public », certaines obligations concernant l'affichage sont à respecter.

En effet, selon les arrêtés en vigueur et le Conseil National des Médecins (CNM) doivent être affichés par les praticiens :

- *les tarifs des principaux actes qu'ils effectuent (arrêté du 11 juillet 1996) ;*
- *leur situation au regard de la convention (arrêté du 11 juillet 1996) ;*
- *l'avertissement des patients lors de l'utilisation de fichiers informatiques (loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978) ;*
- *l'éventuelle utilisation de données nominatives les concernant dans le cadre d'études épidémiologiques (loi n° 94-548 du 1er juillet 1994) ;*
- *le numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence (arrêté du 25 juillet 1996) ;*
- *le rappel du 15 pour les urgences vitales (arrêté du 25 juillet 1996) ;*
- *l'appartenance éventuelle à une association de gestion agréée et de ses conséquences (décret du 27 juillet 1979). (28)*

Par ailleurs, d'après le Code de Santé Publique (CSP) et le Code de Déontologie des Médecins : « *le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire » (29) et est donc autorisé, afin de diffuser des messages de prévention dans l'intérêt des patients, à afficher des informations transmises par les caisses d'assurance maladie ou d'autres organismes officiels d'éducation sanitaire et sociale.*

Cependant, le CSP et le CNM certifient que ne peuvent être affichés en salle d'attente « *tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale » (30) et le médecin « doit se garder de tout affichage à caractère outrancier et s'attacher à respecter la liberté de conscience de ses patients » (28), ainsi un médecin ne peut diffuser, par exemple, des documents remis par des organismes à visée lucrative ou par des organismes commerciaux,*

comme il ne peut transmettre ses idées personnelles, ses convictions religieuses ou politiques.

2 Matériels et méthodes

2.1 Choix de la méthode

Pour répondre à la question « *les affiches de prévention en salle d'attente de médecine générale, sont-elles responsables d'anxiété, ce qui limiterait le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées et donc l'impact souhaité des messages de prévention?* » nous avons choisi de réaliser une étude quantitative descriptive observationnelle via un auto-questionnaire anonyme.

Ces auto-questionnaires étaient proposés par les secrétaires aux patients lors de leur arrivée au sein du cabinet médical. Les patients étaient informés de l'intérêt du questionnaire pour la réalisation d'une thèse de médecine générale dont l'objectif était d'évaluer les affiches de prévention en salle d'attente.

Cette méthode a été choisie pour des raisons d'accessibilité aux données patients. Par ailleurs, cette enquête, réalisée dans un cadre d'attente « inévitable », se prêtait aux conditions de réponse du questionnaire.

L'accord préalable par le comité d'éthique n'était pas nécessaire puisque notre étude a été réalisée par l'administration d'un auto-questionnaire, à des personnes volontaires et informés, répondant de manière anonyme et sans impact possible sur leur santé.

2.2 Recueil des données

L'auto-questionnaire délivré comprenait une introduction qui renseignait le patient sur l'objectif de cette enquête et son caractère anonyme, puis trois parties : la première permettait de recueillir les données socio-démographiques des patients, la deuxième la fréquence de consultation du médecin traitant et le temps moyen passé en consultation, et la troisième interrogeait sur les moyens de communication mis en place pour la prévention de la santé en médecine générale ambulatoire (annexe 2).

2.3 Population étudiée

La population étudiée concernait les patients âgés d'au moins 15 ans, consultant en médecine générale dans un cabinet de groupe composé de quatre médecins généralistes, quelque soit le motif de consultation, qu'il s'agissait de consultation libre ou programmée (« sur rendez-vous ») et acceptant de répondre à notre auto-questionnaire.

L'étude s'est déroulée dans la ville d'Argentan, commune urbaine sur un tiers de son territoire, située dans le département de l'Orne, en Basse-Normandie, et s'est étendue sur une durée d'environ huit semaines, plus précisément du 2 juillet 2018 au 23 août 2018.

2.4 Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le nombre de patients considérant les affiches en salle d'attente comme source d'anxiété.

Nous avons profité de ce questionnaire pour également interroger les patients sur la diffusion des messages de prévention par l'affiche : lisent-ils ces affiches? Pensent-ils avoir compris les informations ainsi diffusées? Quelle est, selon eux, la fréquence idéale de renouvellement des affiches? Sont-ils demandeurs de ce type de prévention? Quels sont les supports préférés?

Puis nous nous sommes interrogés sur les recommandations de prévention de santé : sont-elles appliquées? En discutent-ils avec leur entourage? Demandent-ils ou cherchent-ils un complément d'information (auprès de leur médecin ou via d'autres sources)?

2.5 Analyse statistique des données

Nous avons utilisé le logiciel d'analyse SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Il s'agit d'un logiciel, créé en 1968, permettant de réaliser des analyses statistiques, notamment en science de la santé, à travers différents moyens de recueil de données dont celles acquises via un questionnaire.

Après avoir analysé les réponses du questionnaire, nous avons employé la méthode statistique du test de Khi 2, au seuil de 5%, pour déterminer la relation entre l'anxiété et le suivi ou non des recommandations de santé diffusées par les affiches en salle d'attente des cabinets de médecine générale.

Par ailleurs, par soucis d'analyse statistique, une conversion des données quantitatives en données qualitatives ordinales et nominales a été nécessaire et la réponse « le plus possible » a été considérée comme « oui » en ce qui concerne l'item « *suivez-vous les recommandations de santé ainsi diffusées?* ».

3 Résultats

3.1 Participation

Durant la période de l'étude, 126 questionnaires ont été recueillis :

- 3 n'ont pas été pris en compte dans notre analyse car il s'agissait de « non-sens » avec plusieurs cases cochées alors qu'un seul choix était possible (nous avons supposé que ces personnes n'ont pas été attentives au questionnaire et nous avons donc choisi de ne pas inclure ces résultats) ;
- 39 questionnaires étaient incomplets mais les réponses disponibles au sein de ces questionnaires ont toutefois été prises en compte afin de ne pas diminuer le nombre de données à inclure.

L'analyse statistique a donc été réalisée sur un total 123 questionnaires. Nous avons analysé dans un premier temps la population étudiée, puis leur préférence concernant la diffusion des messages de prévention, avant d'analyser d'une part le lien entre anxiété et affichage de ces messages et d'autre part l'anxiété générée par ces affiches et le suivi ou non des recommandations de santé ainsi diffusées. Nous avons par la suite étudié les caractéristiques de la population considérant ces messages comme anxiogènes.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

3.2.1 Sexe

La population étudiée comportait 68 femmes et 52 hommes, soit 56,7% de femmes et 43,3% d'hommes (tableau 1, figure 1).

Répartition des patients selon le sexe				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Masculin	52	42,3	43,3
	Féminin	68	55,3	56,7
	Total	120	97,6	100,0
Manquant		3	2,4	
Total		123	100,0	

Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe

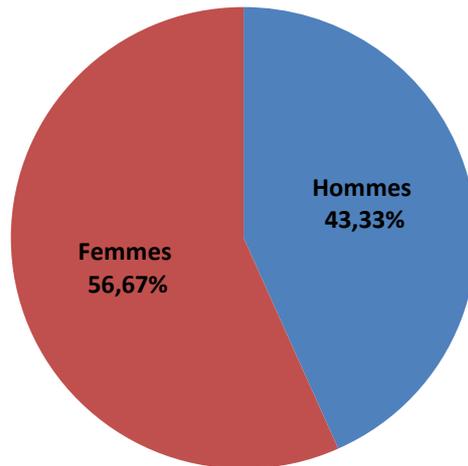


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

3.2.2 Age

Les 46-75 ans représentaient plus de la moitié de la patientèle interrogée ; les plus de 76 ans étaient quant à eux les moins présents dans cette étude.

Les données des différentes tranches d'âge sont décrites dans le tableau ci-dessous (tableau 2, figure 2) :

Répartition des patients selon la tranche d'âge				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	15-25 ans	10	8,1	8,3
	26-35 ans	29	23,6	24,0
	36-45 ans	11	8,9	9,1
	46-55 ans	21	17,1	17,3
	56-65 ans	24	19,5	19,8
	66-75 ans	19	15,4	15,7
	Plus de 76 ans	7	5,7	5,8
	Total	121	98,4	100,0
Manquant		2	1,6	
Total		123	100,0	

Tableau 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

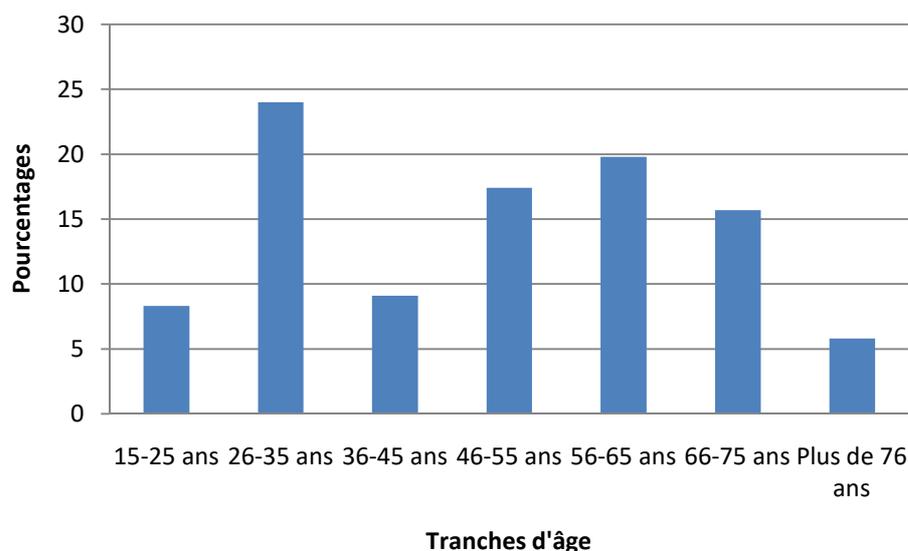


Figure 2 : Répartition des patients selon la tranche d'âge

3.2.3 Catégories socio-professionnelles

La majorité des patients ayant accepté de répondre à notre questionnaire étaient des employés (32,8 %) et des retraités (29,4%). Le groupe socio-professionnel le moins représenté était celui des agriculteurs exploitants (1,7%).

Voici la répartition globale des catégories socio-professionnelles dans notre étude (tableau 3, figure 3) :

Catégories socioprofessionnelles				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Agriculteurs exploitants	2	1,6	1,7
	Artisans/commerçants/ chefs d'entreprise	6	4,9	5,0
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	9	7,3	7,6
	Professions intermédiaires	7	5,7	5,9
	Employés	39	31,7	32,8
	Ouvriers	12	9,8	10,1
	Retraités	35	28,5	29,4
	Autres personnes sans activité professionnelle	9	7,3	7,6
	Total	119	96,7	100,0
Manquant		4	3,3	
Total		123	100,0	

Tableau 3 : Répartition des patients selon leur catégorie socio-professionnelle

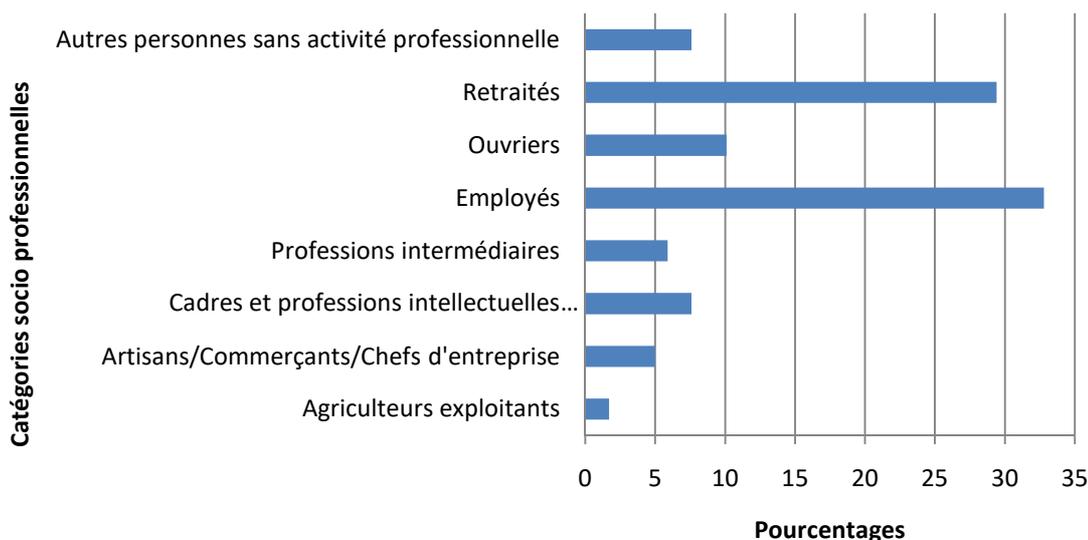


Figure 3 : Répartition des patients selon leur catégorie socio-professionnelle

3.2.4 Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant

Les patients étaient plus de la moitié à déclarer consulter une à six fois par an leur médecin traitant : 45,1% ont une fréquence de consultation annuelle d'une à trois fois par an ; 34,4 % de quatre à six fois par an ; tandis que 4,1% déclaraient consulter moins d'une fois par an et 16,4% plus de six fois par an (tableau 4, figure 4).

Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Moins d'une fois par an	5	4,1	4,1
	1 à 3 fois par an	55	44,7	45,1
	4 à 6 fois par an	42	34,1	34,4
	Plus de 6 fois par an	20	16,3	16,4
	Total	122	99,2	100,0
Manquant		1	0,8	
Total		123	100,0	

Tableau 4 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant

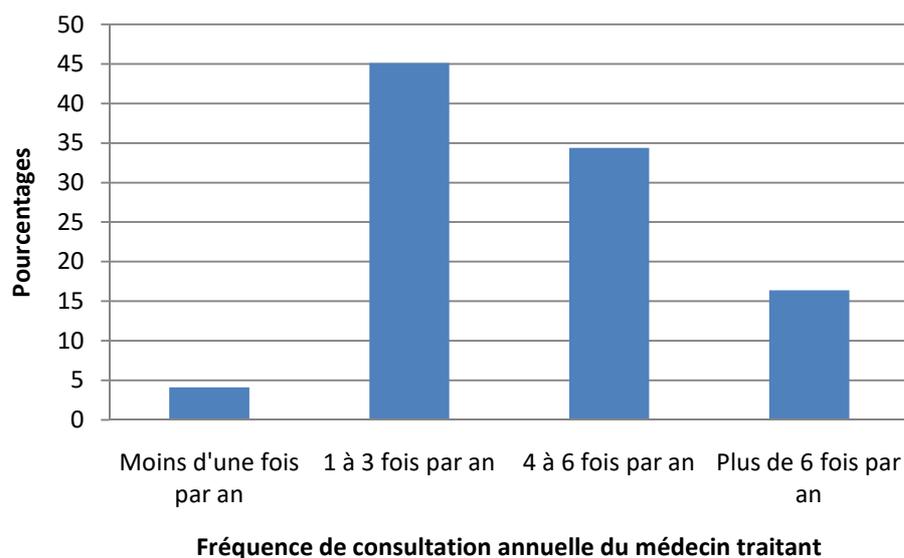


Figure 4 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant

3.2.5 Temps moyen passé en salle d'attente

Le temps d'attente moyen estimé était majoritairement de seize à trente minutes : en effet, ils étaient 57% à déclarer ce temps moyen d'attente ; 19,8% attendaient en moyenne moins de quinze minutes ; 17,4% entre trente-et-une et quarante-cinq minutes et 5,8% plus de quarante-six minutes (tableau 5, figure 5).

Temps moyen passé en salle d'attente				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Moins de 15 minutes	24	19,5	19,8
	Entre 16 et 30 minutes	69	56,1	57,0
	Entre 31 et 45 minutes	21	17,1	17,4
	Plus de 46 minutes	7	5,7	5,8
	Total	121	98,4	100,0
Manquant		2	1,6	
Total		123	100,0	

Tableau 5 : Temps moyen passé en salle d'attente

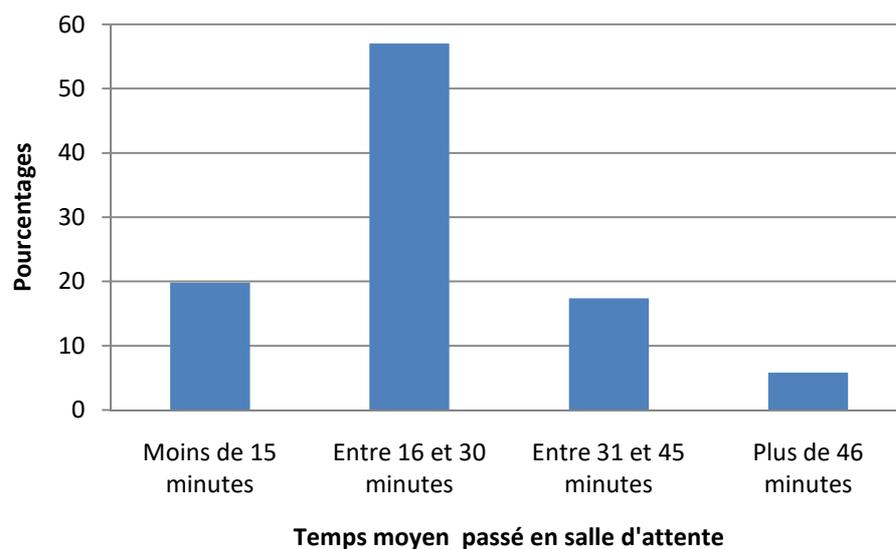


Figure 5 : Temps moyen passé en salle d'attente

3.2.6 Lecture des affiches exposées en salle d'attente

89,2% des patients affirmaient lire les affiches de prévention exposées en salle d'attente (tableau 6, figure 6).

Lecture des affiches de prévention exposées en salle d'attente				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Non	13	10,6	10,8
	Oui	107	87,0	89,2
	Total	120	97,6	100,0
Manquant		3	2,4	
Total		123	100,0	

Tableau 6 : Lecture des affiches de prévention exposées en salle d'attente

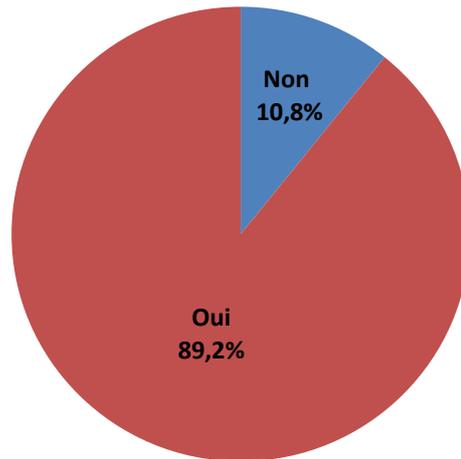


Figure 6 : Lecture des affiches de prévention exposées en salle d'attente

3.3 Préférences des patients vis-à-vis de l'affichage et de la diffusion des messages de prévention

3.3.1 Patients demandeurs de prévention par l'affiche

La population étudiée était demandeuse à 62,2% de prévention par l'affiche alors que 37,8% des patients se disaient contre (tableau 7, figure 7).

Patients demandeurs de prévention par l'affiche				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Non	42	34,1	37,8
	Oui	69	56,1	62,2
	Total	111	90,2	100,0
Manquant		12	9,8	
Total		123	100,0	

Tableau 7 : Répartition des patients demandeurs de prévention par l'affiche

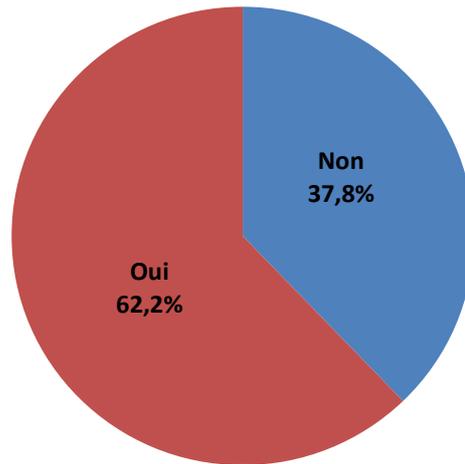


Figure 7 : Répartition des patients demandeurs de prévention par l'affiche

3.3.2 Avis sur la fréquence de renouvellement de l'affichage

Pour plus de la moitié des patients interrogés (67 des personnes interrogées soit 61,5%), l'affichage en salle d'attente n'était pas assez fréquemment renouvelé (tableau 8 et Figure 8).

Les affiches de prévention sont-elles assez régulièrement renouvelées?				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Non	67	54,5	61,5
	Oui	42	34,2	38,5
	Total	109	88,7	100,0
Manquant		14	11,3	
Total		123	100,0	

Tableau 8 : Répartition des avis concernant la fréquence de renouvellement des affiches

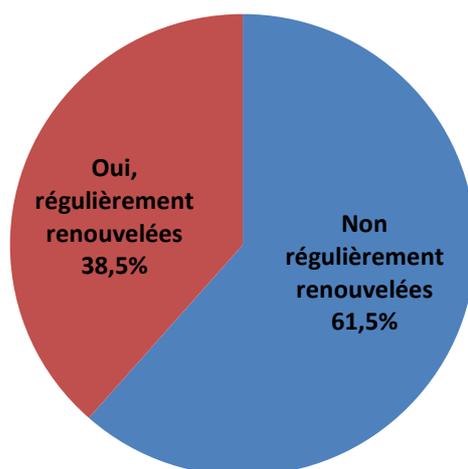


Figure 8 : Répartition des avis concernant la fréquence de renouvellement des affiches

3.3.3 Fréquence idéale de renouvellement des affiches

La fréquence idéale de renouvellement serait tous les trois mois pour la majorité des patients : 49 des personnes interrogées soit 43,4% (tableau 9 et figure 9).

Fréquence idéale de renouvellement des affiches				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Plus d'une fois par mois	7	5,7	6,2
	Au moins une fois par mois	20	16,3	17,7
	Tous les trois mois	49	39,8	43,4
	Tous les six mois	33	26,8	29,2
	Une fois par an	4	3,3	3,5
	Total	113	91,9	100,0
Manquant		10	8,1	
Total		123	100,0	

Tableau 9 : Répartition de la fréquence idéale de renouvellement des affiches

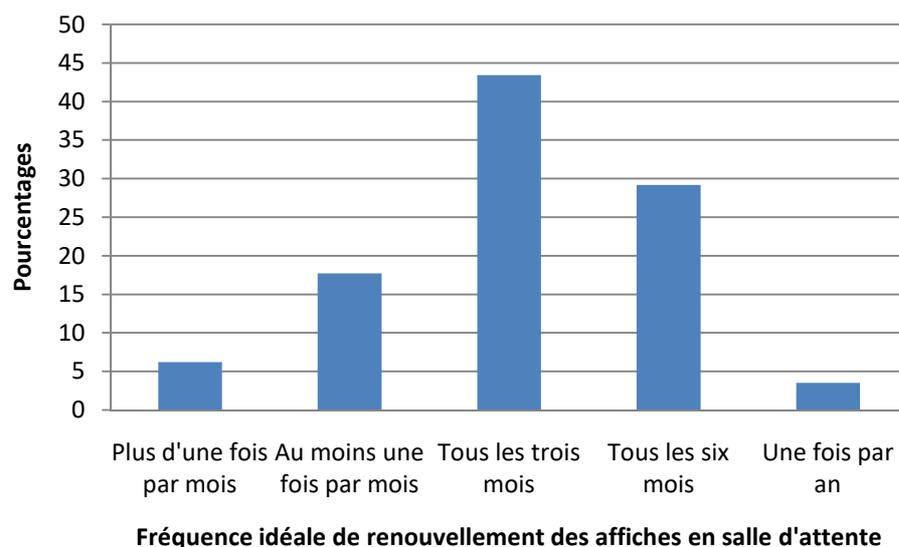


Figure 9 : Répartition de la fréquence idéale de renouvellement des affiches

3.3.4 Supports de prévention préférés

Concernant les supports de prévention préférés : l'affichage arrivait en première position (42,3%), suivi des brochures (18,4%) et des spots télévisés (16,4%), puis des séances d'éducation thérapeutique (10,9%).

Les messages diffusés via la presse ou les spots radios étaient en dernières places avec respectivement 7% et 5% (tableau 10, figure 10).

Supports de prévention préférés par les patients				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	L'affichage	85	42,3	42,3
	Les spots télévisés	33	16,4	16,4
	Les spots radios	10	5,0	5,0
	Les brochures	37	18,4	18,4
	La presse	14	7,0	7,0
	Les séances d'éducation thérapeutique avec un professionnel de santé	22	10,9	10,9
	Total	201	100,0	100,0

Tableau 10 : Répartition des supports de prévention préférés par les patients

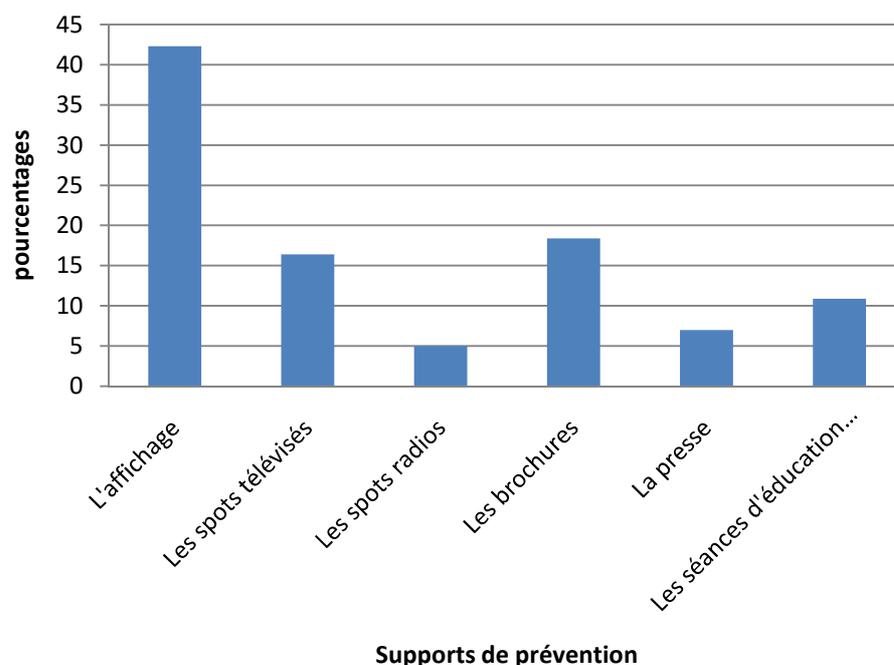


Figure 10 : Répartition des supports de prévention préférés par les patients

3.4 Anxiété et messages de prévention diffusés via l'affichage en salle d'attente

3.4.1 Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention

82,1% des patients interrogés, soit environ 8 personnes sur 10, affirmaient ne pas ressentir d'anxiété suite à la lecture des affiches. Une minorité, 17,9% soit moins de 2 personnes sur 10, affirmaient le contraire (tableau 11, figure 11).

Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Non	101	82,1	82,1
	Oui	22	17,9	17,9
	Total	123	100	100,0
Manquant		0	0	
Total		123	100,0	

Tableau 11 : Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention

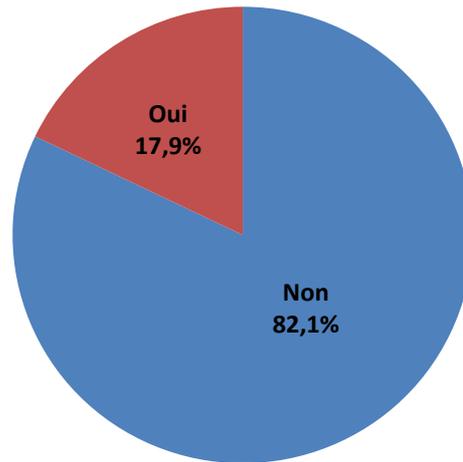


Figure 11 : Anxiété induite par l'affichage des messages de prévention

Parmi la population, où l'affichage de messages de prévention de santé générait de l'anxiété, soit les 22 patients sur les 123 interrogés:

- 4 personnes, c'est-à-dire environ 1 personne sur 5, déclaraient ne pas comprendre le message diffusé (tableau 12) ;
- environ 1 personne sur 3, soit 7 patients, ne discutait pas des informations de santé avec l'entourage (tableau 13) ; également 1 personne sur 3, soit 7 patients, ne demandait pas de compléments d'information auprès d'un médecin (tableau 14) et 9 patients ne recherchaient pas de compléments d'information via d'autres sources (tableau 15) ;
- 1 personne sur 4 admettait être anxieuse et ne pas suivre les recommandations de santé diffusées par l'affichage (tableau 16).

3.4.1.1 Anxiété et compréhension des messages

		Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		
		Non	Oui	Total
Compréhension des messages diffusés par les affiches	Non	5	4	9
	Oui	94	18	112
	Total	99	22	121

Tableau 12 : Anxiété et compréhension des messages diffusés par l'affichage

3.4.1.2 Anxiété et discussion des messages avec l'entourage

		Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		
		Non	Oui	Total
Discussion des informations de santé avec l'entourage	Non	35	7	42
	Oui	64	15	79
	Total	99	22	121

Tableau 13 : Anxiété et discussion des informations de santé avec l'entourage

3.4.1.3 Anxiété et demande d'informations complémentaires auprès d'un médecin

		Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		
		Non	Oui	Total
Demande d'informations complémentaires auprès d'un médecin	Non	29	7	36
	Oui	70	14	84
	Total	99	21	120

Tableau 14 : Anxiété et demande d'informations complémentaires auprès d'un médecin

3.4.1.4 Anxiété et recherche d'informations complémentaires via d'autres sources

		Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		
		Non	Oui	Total
Recherche d'informations complémentaires via d'autres sources que l'entourage ou auprès d'un médecin	Non	48	9	57
	Oui	50	12	62
	Total	98	21	119

Tableau 15 : Anxiété et recherche d'informations complémentaires via d'autres sources que l'entourage ou auprès d'un médecin

3.4.1.5 Anxiété et suivi des recommandations de santé

		Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		
		Non	Oui	Total
Suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches	Non	16	5	21
	Oui	83	15	98
	Total	99	20	119

Tableau 16 : Anxiété et suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches

3.4.2 Caractéristiques de la population se déclarant anxieuse suite à la lecture des messages de prévention diffusés par l'affichage

3.4.2.1 Sexe

La population anxieuse étudiée comprenait 13 femmes et 8 hommes soit environ 61,9% de femmes et 38,1% d'hommes (tableau 17, figure 12).

Répartition des patients considérant les affiches comme source d'anxiété selon le sexe				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Masculin	8	36,4	38,1
	Féminin	13	59,1	61,9
	Total	21	95,5	100,0
Manquant		1	4,5	
Total		22	100,0	

Tableau 17 : Répartition des patients considérant les affiches comme source d'anxiété selon le sexe

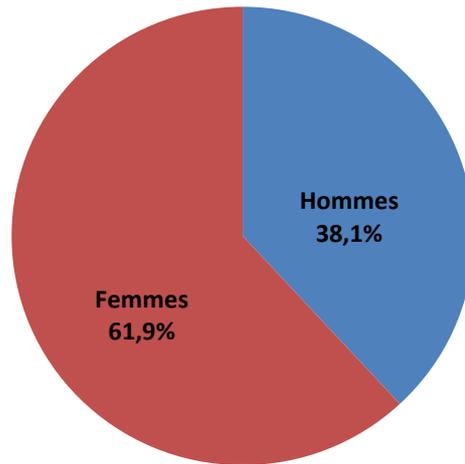


Figure 12 : Répartition des patients considérant les affiches comme source d'anxiété selon le sexe

3.4.2.2 Age

Les tranches d'âge les plus représentées dans cette population étaient à 31,8% celles des 26-35 ans et à 27,3% celles des 66-75 ans (tableau 18, figure 13).

Représentation de l'âge chez les sujets se déclarant anxieux				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	15-25 ans	1	4,5	4,5
	26-35 ans	7	31,8	31,8
	36-45 ans	4	18,2	18,2
	46-55 ans	3	13,7	13,7
	56-65 ans	0	0,0	0,0
	66-75 ans	6	27,3	27,3
	Plus de 76 ans	1	4,5	4,5
	Total	22	100,0	100,0

Tableau 18 : Répartition de l'âge de la population considérant les affiches comme source d'anxiété

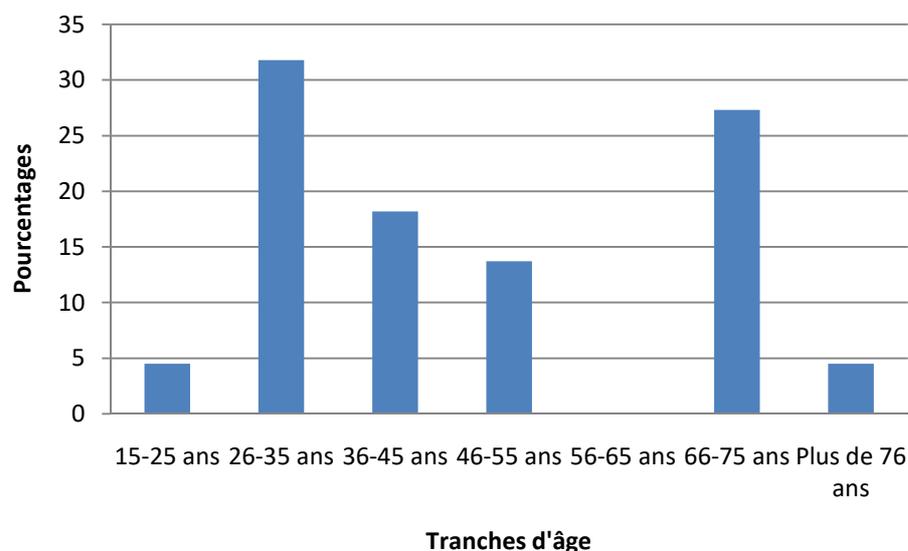


Figure 13 : Répartition de l'âge de la population considérant les affiches comme source d'anxiété

3.4.2.3 Catégories socio-professionnelles

Les catégories socio-professionnelles les plus représentées étaient celles des employés (28,6%) ainsi que celles des retraités (28,6%) (tableau 19, figure 14).

Répartition des catégories socioprofessionnelles chez les sujets se déclarant anxieux				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Artisans/ commerçants/ chefs d'entreprise	2	9,1	9,5
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	2	9,1	9,5
	Employés	6	27,3	28,6
	Ouvriers	3	13,6	14,3
	Retraités	6	27,3	28,6
	Autres personnes sans activité professionnelle	2	9,1	9,5
	Total	21	95,5	100,0
Manquant		1	4,5	
Total		22	100,0	

Tableau 19 : Répartition des catégories socio-professionnelles de la population considérant les affiches comme source d'anxiété

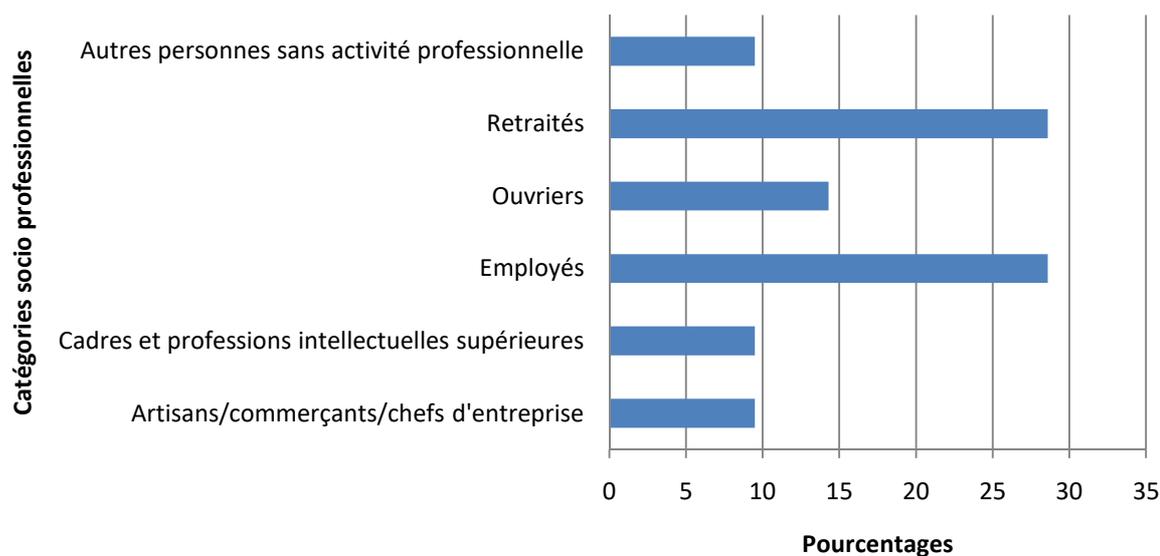


Figure 14 : Répartition des catégories socio-professionnelles de la population considérant les affiches comme source d'anxiété

3.4.2.4 Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant

Chez les sujets interrogés, déclarant les affiches de prévention comme source d'anxiété, 54,5% consultaient en moyenne une à trois fois par an ; 27,3% quatre à six fois par an ; 9,1% moins d'une fois par an et également 9,1% plus de six fois par an (tableau 20, figure 15).

Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant chez les sujets se déclarant anxieux				
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Moins d'une fois par an	2	9,1	9,1
	1 à 3 fois par an	12	54,5	54,5
	4 à 6 fois par an	6	27,3	27,3
	Plus de 6 fois par an	2	9,1	9,1
	Total	22	100,0	100,0

Tableau 20 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant chez les sujets considérant les affiches comme source d'anxiété

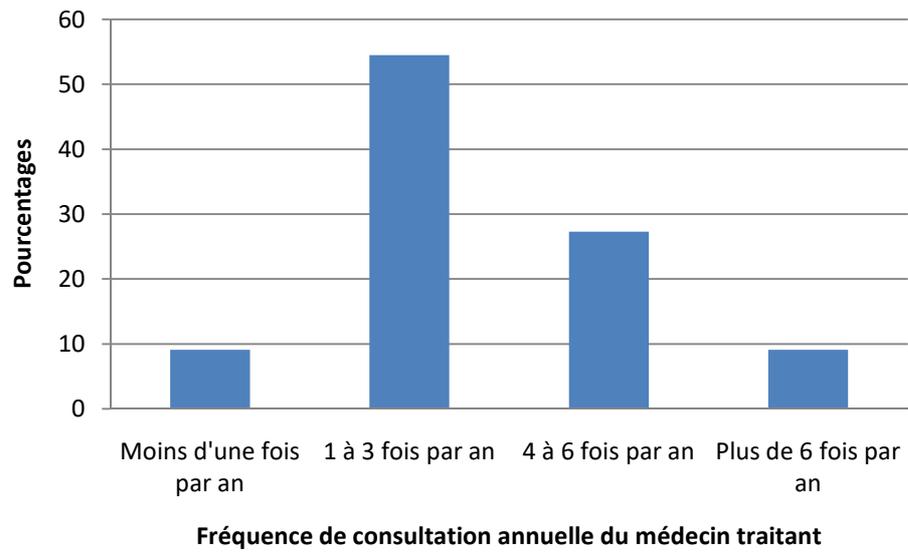


Figure 15 : Fréquence de consultation annuelle du médecin traitant chez les sujets considérant les affiches comme source d'anxiété

3.4.3 Lien entre anxiété générée par l’affichage et suivi des recommandations de santé ainsi diffusées

Il n’y a pas de relation significative mise en évidence entre l’anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d’attente et le fait de suivre ou non les recommandations de santé ainsi diffusées (tableau 21, tableau 22).

Tableau croisé Suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches * Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente					
			Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		Total
			Non	Oui	
Suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches	Non	Effectif	16	5	21
		% dans Suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches	76,2%	23,8%	100,0%
		% dans Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente	16,2%	25,0%	17,6%
		% du total	13,4%	4,2%	17,6%
	Oui	Effectif	83	15	98
		% dans Suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches	84,7%	15,3%	100,0%
		% dans Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente	83,8%	75,0%	82,4%
		% du total	69,7%	12,6%	82,4%
	Total	Effectif	99	20	119
		% dans Suivi des recommandations de santé diffusées par les affiches	83,2%	16,8%	100,0%
% dans Anxiété générée par les messages diffusés par les affiches en salle d'attente		100,0%	100,0%	100,0%	
% du total		83,2%	16,8%	100,0%	

Tableau 21 : Tableau croisé entre l’anxiété générée par les affiches et le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées

Tests du khi-carré					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)
khi-carré de Pearson	,894 ^a	1	,344		
Correction pour continuité ^b	,390	1	,533		
Rapport de vraisemblance	,831	1	,362		
Test exact de Fisher				,345	,257
Association linéaire par linéaire	,887	1	,346		
N d'observations valides	119				
a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,53.					
b. Calculée uniquement pour une table 2x2					

Tableau 22 : Test du khi 2 appliqué au tableau croisé entre l'anxiété générée par les affiches et le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées

4 Discussion

4.1 Résultats principaux

Dans notre population étudiée, 82,1% des patients affirmaient ne pas ressentir d'anxiété suite à la lecture des affiches comprenant des messages de prévention de santé de médecine générale, et il n'a pas été établi de lien significatif entre cette anxiété et le suivi ou non des recommandations de santé ainsi diffusées.

4.2 Force de l'étude

Il s'agit d'une étude nouvelle : en effet, il n'existe pas à ce jour à notre connaissance d'étude visant à déterminer les causes de l'impact limité de la plupart des affiches de prévention de santé.

Ceci permettrait pourtant d'ajuster les messages et l'organisation des supports de prévention afin de sensibiliser un plus grand nombre de patients et de favoriser le suivi des recommandations de santé pour ainsi accomplir de manière plus satisfaisante l'une des missions de santé publique : la prévention de la santé.

4.3 Matériels et méthodes

4.3.1 Participation

Le nombre de participants a été moins important que celui espéré. Ceci était certainement lié au fait qu'il s'agisse d'une étude mono centrique, réalisée sur une période courte et sur la base du volontariat des patients.

La participation aurait pu être plus élevée car les questionnaires étaient proposés systématiquement lors de l'entrée du patient au sein du cabinet et ils avaient été étudiés pour être réalisables en moins de cinq minutes, courts, avec des questions fermées à réponses simples.

Un calcul du nombre de sujet nécessaire aurait été apprécié dans ce contexte afin d'augmenter la puissance des résultats ainsi qu'une étude multicentrique afin d'augmenter le nombre de participants.

4.3.2 Biais identifiés

4.3.2.1 Biais de sélection

L'échantillon obtenu n'est pas représentatif de la population générale puisqu'il a été constitué, de manière volontaire et pour des raisons de praticité, au sein d'un cabinet situé dans la commune d'Argentan, lieu principalement rural.

La population féminine est la plus représentée ainsi que la tranche d'âge 46-75 ans et la catégorie socio-professionnelle des employés et des retraités.

De plus, n'ont pas été inclus dans l'étude les personnes illettrées ou ne comprenant pas la langue française et les personnes âgés de moins de 15 ans par souci de compréhension des messages de prévention, des questions du formulaire distribué et du ressenti de l'anxiété.

Les patients ayant répondu aux questionnaires étaient des personnes volontaires et pouvaient donc être plus sensibles au sujet abordé par l'étude et ainsi fausser le résultat de la population se déclarant anxieuse.

Nous ne pouvons donc pas extrapoler les résultats à la population générale : pour ce faire, on pourrait constituer un échantillon par méthode aléatoire et également réaliser le questionnaire en entretien individualisé afin de s'assurer de la compréhension du questionnaire.

4.3.2.2 Biais d'information

Il existe également un biais de classement dans la mesure du critère de jugement principal, étant donné que l'évaluation de l'anxiété est subjective dans notre étude, ce qui risque de créer ou de renforcer, à tort, une association entre anxiété et le suivi ou non des recommandations de santé.

A cela s'ajoute un biais de mémorisation des données : le questionnaire comprenant plusieurs items à la suite, le patient a pu chercher à homogénéiser ses résultats. Le questionnaire était composé de questions à réponses fermées ce qui pouvait également

inciter le patient à cocher l'une des réponses même si celle-ci ne correspondait pas à ses convictions.

4.3.2.3 Biais de confusion

Les thèmes des affiches et les messages véhiculés n'ont pas été pris en compte dans l'analyse alors qu'ils peuvent constituer un facteur déclenchant d'anxiété.

4.4 Résultats

4.4.1 Caractéristiques de l'échantillon

La population étudiée était donc constituée majoritairement de femmes (57%), ce qui correspond aux données de la littérature puisque les femmes déclarent plus que les hommes avoir recours aux pratiques de prévention (dépistages, suivi des règles hygiéno-diététiques...), ce qui a pu augmenter leur attrait pour le questionnaire, et ont tendance à plus consulter en médecine générale que la population masculine (31).

La tranche d'âge des 46-75 ans représentait plus de la moitié des personnes interrogées ainsi que la catégorie socio-professionnelle des employés et des retraités. Ces résultats sont concordants avec la représentation de la population de plus de 15 ans située au sein de la commune d'Argentan (32), en ce qui concerne la répartition de l'âge et du sexe. Quant aux groupes socio-professionnels les plus représentés dans cette commune, nous retrouvons une prédominance de la population retraitée mais aussi de la population des personnes sans activité professionnelle.

Notre échantillon diffère cependant de la population générale française de plus de 15 ans (France métropolitaine) (33) où la tranche d'âge des 15-44 ans est prédominante. Cette différence de tranche d'âge peut s'expliquer par le fait que l'âge moyen de la population se déclarant en bonne santé et ne possédant pas de maladie chronique ni de limitation, et donc n'ayant pas recours à un médecin, est d'environ quarante ans (31).

La répartition des femmes est sensiblement la même et les classes socio-professionnelles les plus représentées sont également celles des employés et des retraités mais en répartition différente.

4.4.2 Anxiété et affiches de prévention de santé

La population se déclarant anxieuse était composée majoritairement de femmes, âgées de 26-35 ans et 66-75 ans, employées ou retraitées, consultant une à trois fois par an leur médecin traitant. Cependant il faut prendre en compte le fait que la population de femmes ainsi que les employés et retraités étaient sur-représentés dans notre échantillon, ce qui peut amener à ces résultats.

Par ailleurs, cette population « anxieuse » suivait pour la plupart les recommandations de santé diffusées par l'affichage et affirmait comprendre les messages et rechercher des compléments d'information via d'autres moyens.

Actuellement, nous ne pouvons pas confronter nos résultats à d'autres études, puisque ce paramètre d'anxiété générée par l'affichage et l'impact dans le suivi des recommandations n'a pas été le sujet d'autres études. De nouvelles études permettraient d'affirmer ou d'infirmier nos résultats.

4.4.3 Renouvellement des affiches : paramètre à étudier?

La grande majorité de la population étudiée affirme lire les affiches de prévention située en salle d'attente, ce qui concorde avec les données de la littérature scientifique (5, 24, 25), et être demandeuse de prévention par l'affiche. Par ailleurs, l'affichage est leur moyen de support préféré de prévention.

Si dans notre étude, l'anxiété ne se révèle pas être un des facteurs expliquant l'impact limité des messages de prévention via l'affichage, l'absence de renouvellement régulier des affiches pourrait en être une des raisons et constitue donc une piste à étudier. En effet, une majorité affirme que ces dernières ne sont pas assez renouvelées, la fréquence idéale de renouvellement des affiches étant trimestrielle selon les patients interrogés. Un renouvellement régulier permettrait d'actualiser les informations diffusées et pourrait augmenter l'intérêt des patients pour ces affiches ainsi que leur impact.

La salle d'attente constitue un lieu de prévention qu'il faut continuer à exploiter étant donné qu'il s'agit d'un lieu de passage obligatoire avant la rencontre avec le professionnel de santé et que, d'après notre étude, les patients s'y rendent une à six fois par an avec un temps d'attente moyen estimé de seize à trente minutes.

Ces données peuvent être utilisées et renforcées par d'autres études afin d'établir la fréquence de renouvellement des affiches la plus judicieuse et d'évaluer si ceci impacte sur le suivi des recommandations de santé diffusées via ces affiches.

De plus, d'autres facteurs que l'anxiété ou la fréquence de renouvellement des affiches peuvent être responsables de l'effet limité des messages de prévention et peuvent être l'objet d'autres études comme la mauvaise compréhension des messages, le fait de ne pas se sentir concerné par l'information transmise ou les thèmes abordés.

5 Conclusion

La prévention de la santé est une des missions du médecin généraliste. Par manque de temps, il est devenu classique pour un médecin de diffuser les informations qu'il juge importantes en salle d'attente via différents supports tels que l'affichage.

Malheureusement, même si les patients sont demandeurs de ce type d'information, leur efficacité est en dessous de nos attentes.

Plusieurs paramètres peuvent être responsables de ce manque d'impact, nous avons, à travers notre étude, voulu déterminer si l'anxiété en était une des causes. Nous avons ainsi mis en évidence que les informations de santé véhiculées par les affiches de prévention en salle d'attente des cabinets de médecine générale ne sont pas génératrices d'anxiété et qu'il n'y a pas de lien entre cette dernière et le suivi ou non des recommandations de santé.

Cependant, l'effet de ces affiches restant limité malgré l'attention que leur portent les patients en salle d'attente, il serait judicieux de réaliser d'autres études afin d'affirmer nos résultats et d'évaluer d'autres facteurs pouvant induire ce manque d'efficacité afin de réaliser au mieux cette prévention de la santé par l'affichage en médecine générale ambulatoire.

6 Bibliographie

1. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale : enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois [Thèse d'exercice]. Nice: Université Sophia Antipolis Faculté de Médecine; 2017.
2. 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. sept 2012;5:511.
3. Wolff LS, Massett HA, Weber D, Mockenhaupt RE, Hassmiller S, Maibach EW. Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. Health Promot Int. sept 2010;25(3):265-76.
4. Van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. Br J Gen Pract. août 1992;42(361):313-6.
5. Stephens GS, Blanken SE, Greiner KA, Chumley HS. Visual Prompt Poster for Promoting Patient-Physician Conversations on Weight Loss. Ann Fam Med. jan 2008;6 Suppl 1:S33-6.
6. Sivasooriyalingam S. 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 d'exercice]. Amiens: Université de Picardie Jules Verne Faculté de Médecine; 2016.
7. Willefert A. La promotion de la vaccination antigrippale dans les salles d'attente de médecine générale par l'affiche et la brochure : essai clinique randomisé [Thèse d'exercice]. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2016.
8. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). (page consultée le 14/07/2018). Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille, [en ligne]. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
9. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009, p 12181. (page consultée le 14/07/2018). [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. Article L4130-1 du Code de la Santé Publique. (page consultée le 14/07/2018). Code de la Santé Publique, [en ligne].

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>

11. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel du 11 février 2005. (page consultée le 14/07/2018). SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-2: Annonce N°202, [en ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020202.htm>

12. Article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale. (page consultée le 14/07/2018). Code de la Sécurité Sociale, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000031928694>

13. Article L1411-11 du Code de la Santé Publique. (page consultée le 14/07/2018). Code de la Santé Publique, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686929&dateTexte=&categorieLien=cid>

14. Gautier A, Fournier G, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Revue adsp [en ligne]. Décembre 2011, N°77, [consulté le 14/07/2018]. Disponibilité sur Internet: < <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=117/>>

15. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 26/07/2018). Prévention, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention

16. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 26/07/2018). Glossaire de la promotion de la santé, [en ligne]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf;jsessionid=6189FA81B44F9C0421DA5748F5D1C898?sequence=1

17. Druais P-L, François M. Regard sur la prévention en médecine générale. Médecine. oct 2016;12 Suppl 1:S23-4.

18. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. fév 2015;4(2):61-4.

19. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Prévention quaternaire: agir est-il toujours justifié en médecine de famille?. Rev Med Suisse. 2014;10(430):1052-6.

20. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel n°0190 du 17 août 2004, p 14598. (page consultée le 26/07/2018). [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>

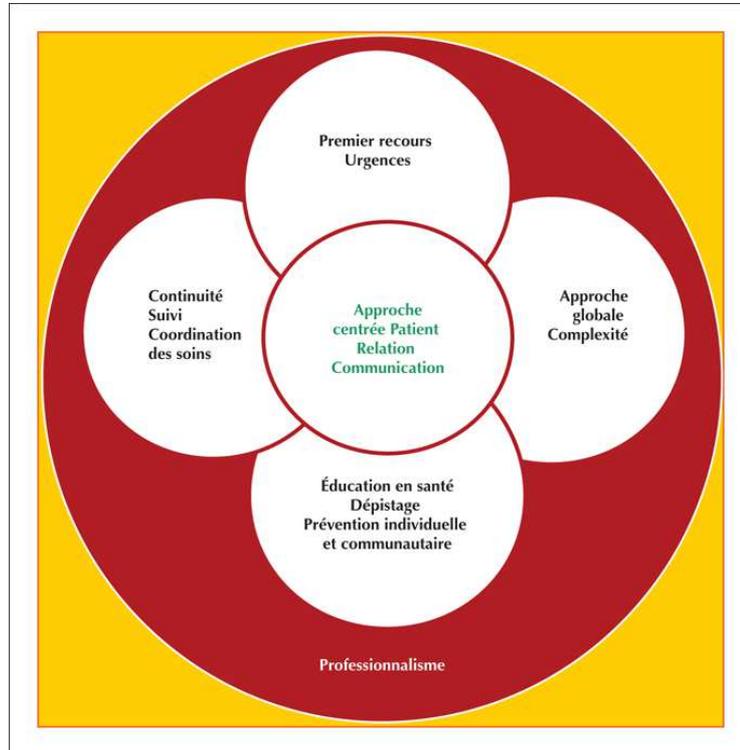
21. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé; 2011. (page consultée le 26/07/2018). [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

22. Attali C, Bail P, Magnier A-M, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006;76:31-2.

23. Collège National des Généralistes Enseignants. (page consultée le 17/01/2019). Présentation du D.E.S, [en ligne]. https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
24. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 26/07/2018). Education thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser?, [en ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
25. Coiffier A. Représentations et enjeux de la salle d'attente: points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. Nancy: Université Henri Poincaré Faculté de Médecine; 2010.
26. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale: efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. Etude observationnelle [Thèse d'exercice]. Lyon: Université Claude Bernard Faculté de Médecine; 2015.
27. Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice. Br J Gen Pract. déc 1994;44(389):583-5.
28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 26/07/2018). Informations dans la salle d'attente du médecin, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infosalledattente.pdf>
29. Article R4127-12 du Code de la Santé Publique. (page consultée le 26/07/2018). Code de la Santé Publique, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912873&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20120508>
30. Article R4127-19 du Code de la Santé Publique. (page consultée le 26/07/2018). Code de la Santé Publique, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912881>
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (page consultée le 26/11/2018). Santé et recours aux soins des femmes et des hommes, [en ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>
32. Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 12/11/2018). Dossier complet – Commune d'Argentan (61006), [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-61006>
33. Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 12/11/2018). Dossier complet – France métropolitaine, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=METRO-1>

7 Annexes

7.1 Référentiel métier et compétences du médecin généraliste (« *Marguerite des compétences* »)



7.2 Auto-questionnaire « Les affiches de prévention en salle d'attente de cabinet de médecine générale sont-elles responsables d'anxiété, ce qui limiterait le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées? »

Les affiches de prévention en salle d'attente de cabinet de médecine générale sont-elles responsables d'anxiété, ce qui limiterait le suivi des recommandations de santé ainsi diffusées?

Etudiante en 9^{ème} année de médecine à l'université de Caen, je réalise, pour accéder au titre de Docteur en médecine générale, une thèse visant à déterminer si les affiches de prévention situées dans les salles d'attente de cabinet de médecine générale sont responsables d'anxiété, ce qui en limiterait l'impact et l'abord du sujet en consultation par le patient.

Pour m'aider à réaliser cette thèse, je sollicite votre aide en vous demandant, si vous le souhaitez, de répondre à cet auto-questionnaire. Les réponses sont, bien entendu, anonymes.

Merci du temps que vous consacrerez à ce questionnaire, JELIDI N.

- 1) Sexe: Masculin Féminin
 - 2) Age: 15-25 26-35 36-45 46-55 56-65 66-75 plus de 76 ans
 - 3) Groupe socioprofessionnel:
 agriculteurs exploitants employés
 artisans/commerçants/chefs d'entreprise ouvriers
 cadres et professions intellectuelles supérieures retraités
 professions intermédiaires autres personnes sans activité professionnelle
 - 4) Fréquence de consultation du médecin traitant par an:
 moins d'une fois par an 1 à 3 fois/an 4 à 6 fois/an plus de 6 fois/an
 - 5) Temps moyen passé en salle d'attente à chaque consultation:
 moins de 15 min entre 16 et 30 min entre 31 et 45 min plus de 46 min
- Qu'est ce qu'un message de prévention de santé? Il s'agit d'un message informant sur les mesures à prendre pour éviter qu'une situation de santé ne se dégrade, ou qu'un accident, une épidémie ou une maladie ne survienne.
- 6) Lisez-vous les affiches de prévention exposées en salle d'attente? oui non
 - 7) Pensez-vous avoir compris les messages diffusés par les affiches? oui non
 - 8) Pensez-vous que l'affichage en salle d'attente est régulièrement renouvelé? oui non
 - 9) Quelle est, selon vous, la fréquence idéale de renouvellement des affiches de prévention?
 plus d'une fois/mois au moins une fois/mois tous les 3 mois
 tous les 6 mois une fois/an
 - 10) Etes-vous demandeur de ce type de prévention? oui non
 - 11) Quels supports de prévention préférez-vous?
 l'affichage les brochures
 les spots télévisés les messages diffusés via la presse
 les spots radios les séances d'éducation thérapeutique avec un professionnel de santé
 - 12) Suivez-vous les recommandations de santé ainsi diffusées?
 oui non le plus possible
 - 13) Discutez-vous de ces informations avec votre entourage (famille, amis, collègues...)? oui non
 - 14) Demandez-vous un complément d'information auprès du médecin lorsque vous le jugez nécessaire (si vous vous sentez concerné, si le message diffusé est incompris...)? oui non
 - 15) Cherchez-vous un complément d'information d'une autre façon (via internet, via les magazines de santé...)? oui non
 - 16) Considérez-vous les messages diffusés par les affiches en salle d'attente comme source d'anxiété, de stress ou d'inquiétude? oui non

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE 2019

JELIDI Najwa

Evaluation de l'anxiété induite par les affiches de prévention exposées en salle d'attente au sein d'un cabinet de médecine générale situé à Argentan. Etude quantitative descriptive observationnelle via un auto-questionnaire.

Objectif : La prévention de la santé fait partie d'une des missions du médecin généraliste, beaucoup la réalise à travers l'affichage de messages de prévention en salle d'attente. Cependant, leurs impacts restent limités. Nous avons voulu déterminer à travers notre étude si ce moyen de prévention pouvait être générateur d'anxiété et expliquer, en partie, ce manque d'impact.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive observationnelle via un auto-questionnaire anonyme au sein d'un cabinet médical situé dans la commune d'Argentan, en Basse-Normandie. Cet auto-questionnaire a été distribué aux patients volontaires de plus de 15 ans et a été proposé du 2 juillet 2018 au 23 août 2018. Le questionnaire interrogeait le patient sur l'anxiété générée par les affiches de prévention en salle d'attente, leurs avis concernant les supports de prévention, le suivi des recommandations de santé diffusées par ce moyen, ainsi que la recherche de complément d'information via d'autres sources et la discussion de ces messages avec l'entourage.

Résultats : Sur les 123 patients dont le questionnaire a été analysé, 101 personnes, soit 81,2%, affirmaient ne pas ressentir d'anxiété suite à la lecture des affiches en salle d'attente, et donc 22 patients, soit 17,9%, affirmaient le contraire. De plus, il n'a pas été établi de lien significatif entre l'anxiété générée par les affiches et le fait de suivre ou non les recommandations de santé.

Conclusion : Les affiches de prévention de santé situées dans les cabinets de médecine générale ne sont pas génératrices d'anxiété et il n'y a pas de lien établi entre cette anxiété et le suivi ou non des recommandations de santé.

MOTS-CLÉS : prévention de la santé; médecine générale; affiches; affichage en salle d'attente; anxiété.

Evaluation of the anxiety induced by health promotion posters exposed in the waiting room in a general practice in Argentan. Quantitative descriptive observational study via a self-administered questionnaire.

Background : Health promotion is one of the missions of the general practitioner, many realize it through the display of prevention posters in the waiting room. However, their impact remains limited. We wanted to determine through our study if this mean of prevention could generate anxiety and explain, in part, this lack of impact.

Methods : We conducted a descriptive quantitative observational study via an anonymous self-administered questionnaire in a medical office located in the town of Argentan, in Basse-Normandie. This self-administered questionnaire was distributed to volunteer patients over the age of 15 and was proposed from July 2, 2018 to August 23, 2018. The questionnaire asked the patient about the anxiety generated by the prevention posters in the waiting room, their opinions concerning the prevention media, the follow-up of the health recommendations displayed by this means, as well as the search for additional information via other sources and the discussion of these messages with the entourage.

Results : Of the 123 patients whose questionnaire was analyzed, 101 people, namely 81,2%, said they did not feel anxious after reading the posters in the waiting room, and therefore 22 patients, namely 17,9% said the opposite. In addition, there was no significant relationship between anxiety generated by posters and whether to follow health recommendations or not.

Conclusions : Health prevention posters located in general practice do not generate anxiety and there is no established link between this anxiety and the follow-up or not of health recommendations.

KEY WORDS : Health promotion; General practice; Posters; Waiting room display; Anxiety.