

Affiches standardisées ou personnalisées en salle d'attente des cabinets médicaux : essai contrôlé randomisé par clusters

Marie Foix, Quentin Herniot

▶ **To cite this version:**

Marie Foix, Quentin Herniot. Affiches standardisées ou personnalisées en salle d'attente des cabinets médicaux : essai contrôlé randomisé par clusters. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02972345

HAL Id: dumas-02972345

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02972345

Submitted on 20 Oct 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 BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020 Thèse n° 75 A et 75 B

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Marie FOIX
Née le 22/05/1990 à Orthez
Et
Par Quentin HERNIOT
Né le 13/03/1989 à Orléans

Le 09/06/2020

AFFICHES STANDARDISÉES OU PERSONNALISÉES EN SALLE D'ATTENTE DES CABINETS MÉDICAUX : ESSAI CONTRÔLÉ RANDOMISÉ PAR CLUSTERS

Sous la direction de : Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH Examinateur

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL Examinateur

Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT Rapporteur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur François ALLA

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de présider notre thèse. Veuillez trouver le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous sommes infiniment reconnaissants. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de participer au jury de notre thèse. C'est pour nous un grand honneur. Veuillez recevoir tous nos remerciements pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Vous nous faites l'honneur d'avoir dirigé notre thèse. Plus qu'un accompagnement, vous avez toujours été très disponible et réactif pour nous aider tout au long du projet. Vous nous avez permis de nous perfectionner dans notre réflexion. Veuillez accepter notre plus profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Nicolas ROUSSELOT

Vous nous faites l'honneur d'être rapporteur de ce travail. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous y portez. Veuillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

À tous ceux qui ont œuvré pour cette thèse,

Monsieur le Professeur Roger SALAMON

Vous avez accepté de nous aiguiller pour le départ de notre travail. Vous êtes le garant des bonnes bases de l'étude. Pour cela, nous vous sommes infiniment reconnaissants. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

Monsieur Louis BILLIET

Tu as accepté de nous accompagner pour le versant santé publique et statistique de notre travail sans compter ton temps. Pour cela, nous te remercions. Nous sommes très reconnaissants de l'intérêt que tu as porté à notre travail.

À tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à l'étude

L'anonymat de l'étude ne nous permet pas de citer vos noms mais nous vous remercions chaleureusement pour votre accueil au sein de vos cabinets. Merci également à tous vos patients qui ont donné un peu de leur temps. Veuillez trouver l'expression de toute notre reconnaissance et de notre respect.

À toute l'équipe de la COREADD,

Un grand merci pour votre aide au début de cette étude. Un remerciement tout particulier à Mesdames Céline BIOT et Audrey GONNEAU pour la confection des affiches. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE QUENTIN HERNIOT

À Marie, nous ne nous étions jamais rencontrés avant d'écrire cette thèse ensemble. Merci pour la rigueur que tu m'as apportée dans notre travail.

Aux médecins qui m'ont formé, en particulier Marc Faget, Patrick Gellie, Yves Montariol ; ainsi qu'à tous les professionnels croisés durant mes stages. Merci pour ces enseignements qui me serviront toute ma vie.

À Audrey,
Pour m'avoir donné tout ton amour ces dernières années. Ta joie de vivre si communicative éclaire mon quotidien et me donne l'énergie d'avancer. Tu es mon présent et nous forgerons notre avenir ensemble.

À ma famille,
La meilleure de toutes, pour votre présence, votre soutien même à distance.
À mes parents, à qui je ne dis pas assez que je dois absolument tout, vous qui avez toujours été là pour me soutenir dans mes choix, vous qui êtes encore plus fiers de ma réussite que je ne le suis, grâce à vous je n'oublierai jamais à quoi ont servi tous ces sacrifices. Rien n'aurait été possible sans vous, je ne saurai jamais assez bien vous l'expliquer.
À mon frère James, ma sœur Jet, Anne-claire et Benjamin, mes modèles de perfection, mes repères, vous êtes les piliers grâce auxquels j'ai pu me construire. Je souhaite vous dire à quel point votre présence a été importante toutes ces années et le restera toujours.
À Julien, pour ta place si spéciale, plus qu'un cousin, plus qu'un ami, ces dernières années nous auront permis de nous rapprocher comme jamais.

À mes amis,
Ceux de la faculté de Tours : Alexis, Arthur, Benoît, Brice, Charles, Hadrien, Rémi, Vincent vous qui avez excellemment réussi à mettre de la joie et de l'énergie dans ces années de formation, jusqu'à oublier pourquoi on dit que les études de médecine sont difficiles. Je regrette qu'on ait été éparpillés dans toute la France, même si le temps nous montre que les liens les plus forts résistent à la distance.
À Amandine, Chloé, Éloïse, Flavie, Maïana, Océane, parce que les filles aussi, vous avez énormément compté pour adoucir ces années de dur labeur.
À Clément et Ronan, vous êtes le meilleur souvenir que je garderai de l'internat, vous arrivez à être des aussi bons guides pour le travail qu'au moment de l'apéritif. J'espère que vous le resterez toute notre vie.
À mes amis d'enfance : Alex, Brice, Gas, Kekette, Michel, Titi, Toro, Vico. Les années passent, les meilleurs amis restent. Vous êtes la stabilité qui me permet de ne pas oublier qui je suis.
À Julien M, pour les souvenirs du lycée et ma vie cachée d'apothicaire. Tu auras marqué de nombreuses années de ma scolarité, je m'en souviens comme si c'était hier.
À Nicolas et Erwan, parce que les années d'absence ne se font pas ressentir quand on se revoit. Vous étiez les premiers et serez les derniers.

À tous ceux qui ont croisé ma route, merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

REMERCIEMENT PERSONNELS DE MARIE FOIX

À Quentin, merci d'avoir accepté de mener ce travail avec moi. Merci pour ton sérieux et ta patience dans cette collaboration.

À tous mes anciens professeurs, maîtres de stage en ambulatoire et à l'hôpital,
À toutes les équipes médicales, para-médicales du CHU de Bordeaux et des CH d'Aquitaine que j'ai pu rencontrer au cours de mon externat et de mon internat,
Merci de m'avoir fait partager vos connaissances, votre passion pour le soin auprès des malades. Je garde un très bon souvenir de mon passage dans chacun de mes stages hospitaliers et ambulatoires depuis le tout début de mon cursus qui ont été à chaque fois une expérience très enrichissante intellectuellement et humainement.

À tous mes anciens co-externes et co-internes,
J'ai partagé avec vous de très bons souvenirs de travail et d'amitié durant toutes ces années.

À mes proches,

À ma famille,
À mes parents, à ma mère, en pensant bien à mon père. Merci pour votre bienveillance, vos encouragements durant toutes ces années ainsi que pour l'éducation et les valeurs que vous avez su m'inculquer.
À mes sœurs, avec qui j'ai passé une enfance heureuse. Malgré des études prenantes et l'éloignement géographique, nous restons très proches, merci pour votre soutien.
À toute la famille FOIX et apparentés, merci pour les bons repas Landais en famille aux grands moments de l'année. J'espère que le climat infectiologique actuel nous permettra d'en organiser d'autres rapidement.
À tout l'autre côté de ma famille, merci pour votre soutien durant ces longues années d'études.

À mes amis,
À Camille, Gaëlle et Bénédicte pour leur amitié depuis le tout début des bancs de la fac.
À François, Jade et Hanna, le groupe des sous-colleurs, merci pour votre amitié. Je n'oublie pas tous ces bons moments de travail et de rigolade entre Bordeaux et Arcachon.
À Marie-Pierre, Marion et Mathilde, de cette galère Bergeracoise, une belle amitié est née.
Au groupe des Prunes : Arnela, Aude, Aurélie, Bénédicte, Charlène, Claire, Noémie, Sarah, de très longues années d'amitiés nous unissent et vous avez toujours été pour moi d'un grand soutien. Un remerciement particulier à Aude pour sa relecture et à Claire pour les traductions.

À Sébastien,
Nous partageons la même passion pour la médecine et pour tant d'autres choses, merci pour ton soutien, ta patience et ton amour au quotidien.

À tous ceux qui se sentiront concernés par ce message, qui m'ont soutenue et accompagnée durant toutes ces longues années, je vous remercie.

Avant-propos

Ce travail a été réalisé par deux thésards, Marie FOIX et Quentin HERNIOT.

Intéressés par l'addictologie et par les problèmes de santé publique fréquemment retrouvés en médecine générale, les thésards se sont rapprochés du Professeur CASTERA, qui leur a proposé ce projet de travail commun. Devant un nombre important de patients à recruter pour optimiser la significativité des résultats, cette étude justifiait un travail par deux thésards.

Cette recherche a été menée communément par les deux thésards. Ils se sont investis, ensemble, pour solliciter des médecins par mail (Marie FOIX) ou par téléphone (Quentin HERNIOT) et leur proposer de participer à l'étude. Puis, ils ont visité les médecins à leurs cabinets pour réaliser une photographie. Les photos ont été transférées à l'équipe marketing de la COREADD qui a réalisé les affiches. Enfin, ils ont réalisé l'étude sur le terrain, en exposant les affiches dans les salles d'attente et en soumettant personnellement aux patients le questionnaire pour l'étude.

Une revue de la littérature a été réalisée par les deux thésards.
Quentin HERNIOT, pour ce qui concerne les aspects de santé publique à l'arrêt du tabac, les définitions et enjeux de l'addiction, le rôle du médecin traitant dans l'aide à l'arrêt du tabac, l'attitude du patient et sa motivation au changement, la règlementation de l'affichage en salle d'attente et les données actuelles de la science sur l'efficacité des affiches sur les patients.
Marie FOIX, au tout début de l'étude, a fait les premières recherches dans la littérature sur l'efficacité des affiches médicales sur les patients. Cela a débouché sur une consultation à l'ISPED afin de solliciter l'avis de médecins en santé publique pour le calcul du nombre de sujets nécessaire à inclure et le type d'analyse statistique à utiliser.
La réalisation des questionnaires nécessaires à l'étude a été faite par Quentin HERNIOT après revue de la littérature sur les critères importants à rechercher, en lien avec l'équipe de la COREADD.
Les analyses statistiques ont été réalisées par Marie FOIX conseillée par Louis BILLIET, interne en Santé Publique au CHU de Bordeaux.

Concernant la rédaction :
La partie 1 a été écrite par Quentin HERNIOT. La partie 2 a été rédigée par Marie FOIX pour les chapitres Introduction, Matériels et Méthodes et Résultats.
La partie Discussion a été rédigée par les deux thésards ensemble. Toutes les parties ont été relues et corrigées par chacun des thésards.

Devant les résultats encourageants de cette étude et l'utilité très concrète de ces derniers, un abstract a été soumis au comité scientifique du congrès du Collège National des Généralistes Enseignants. De plus, un article scientifique est en cours de rédaction en vue d'une soumission pour la revue EXERCER.

TABLE DES MATIERES

1 PREMIERE PARTIE : JUSTIFICATION ET CONTEXTE 11

1.1 Contexte : l'arrêt du tabac un enjeu majeur en santé publique 11
1.1.1 La consommation de tabac : premier facteur de mortalité modifiable 11
1.1.1.1 Épidémiologie 11
1.1.1.2 Conséquences de la consommation de tabac 11
1.1.2 L'addiction au tabac : définitions et enjeux 12
1.1.3 Actions de santé publique mises en place au niveau national 12

1.2 L'accompagnement de l'arrêt du tabac en médecine générale 13
1.2.1 Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié en proximité 13
1.2.2 Le fumeur et sa motivation 13
1.2.3 L'absence de demande d'aide du patient : le principal obstacle à l'implication du médecin généraliste 14

1.3 L'affichage en salle d'attente : un vecteur d'information à ne pas négliger 15
1.3.1 Réglementation de l'affichage en salle d'attente 15
1.3.2 État des connaissances sur l'efficacité des affiches 16
1.3.2.1 Affichage standard 16
1.3.2.2 Affichage numérique 17
1.3.2.3 Affichage personnalisé 17

1.4 Justification de l'étude et projet LAST 18

1.5 Bibliographie 19

2 DEUXIEME PARTIE : ARTICLE 24

2.1 Introduction 24

2.2 Matériel et méthode 27
2.2.1 Affiches étudiées 27
2.2.2 Population étudiée 27
2.2.2.1 Médecins 27
2.2.2.2 Patients 28
2.2.3 Questionnaires 28
2.2.4 La salle d'attente 29
2.2.5 Intervention 29
2.2.6 Analyse des données 30
2.2.6.1 Critère de jugement principal 30
2.2.6.2 Critères de jugements secondaires 31
2.2.6.3 Analyses statistiques et définition du nombre de sujets nécessaires 32
2.2.7 Aspects éthiques et règlementaires 32

2.3 Résultats 33
2.3.1 Description de la population participante : Patients, médecins et cabinets médicaux 33
2.3.2 Critère de jugement principal : différence de pourcentages de mémorisation du message avec l'affiche personnalisée versus l'affiche standard 34
2.3.3 Critères de jugements secondaires 35
2.3.3.1 Description des résultats : critère de jugement principal en sous-groupes 35
2.3.3.2 Analyse de la mémorisation comparée selon les cabinets 39
2.3.3.3 Influence de l'affiche sur leur comportement selon l'avis des patients 40
2.3.3.4 Enquête auprès des médecins : impact clinique de l'affiche 40

2.4 Discussion 41
2.4.1 Un taux de mémorisation du message doublé dans la population de l'étude avec l'affiche personnalisée 41
2.4.2 Les résultats en sous-groupes 41
2.4.3 Des variations importantes du taux de mémorisation du message selon le cabinet 41
2.4.3.1 Le nombre de professionnels sur la photographie 42
2.4.3.2 Le nombre d'affiches déjà présentes en salle d'attente 42
2.4.3.3 Le temps d'attente 43
2.4.3.4 La taille de la salle d'attente 43
2.4.4 L'affichage personnalisé semble apprécié des patients interrogés 43
2.4.5 Des résultats concordants avec la littérature sur les affiches standards 44
2.4.6 Forces et faiblesses de l'étude 45
2.4.6.1 Les forces 45
2.4.6.2 Les faiblesses 46
2.4.7 Implication des résultats pour la pratique et la recherche future 47

2.5 Conclusion 48

2.6 Bibliographie 49

3 ANNEXES 52

3.1 Annexe A : Affiche standardisée 52

3.2 Annexe B : Affiche personnalisée 53

3.3 Annexe C : Informations médecins : demande de participation à l'étude 54

3.4 Annexe D : Questionnaire patient 55

3.5 Annexe E : Questionnaire médecin 56

3.6 Annexe F : Fiche consultation médecin 57

3.7 Annexe G : Informations aux médecins sur le déroulement de l'étude et autorisation du droit à l'image 58

3.8 Annexe H : Informations légales aux patients participants 59

3.9 Annexe I : Tableau I : Caractéristiques des patients participants (n=268) 60

3.10 Annexe J : Tableau II : Description des caractéristiques de la population de l'étude par cabinets : patients, médecins et conditions d'attente 61

3.11 Annexe K : Tableau III : Effectifs et pourcentages de la mémorisation du message en fonction de l'exposition aux différents types d'affiches : effectif de patients vus en consultation uniquement par les médecins présents sur l'affiche : description des résultats sur la population globale et cabinet par cabinet 62

4 SERMENT D'HIPPOCRATE 63

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Diagramme de flux *33*

Figure 2: Mémorisation du message en fonction du cabinet de consultation étudié pour chacun des groupes d'exposition *35*

Figure 3: Mémorisation du message en fonction de la tranche de temps d'attente pour chacun des groupes d'exposition *36*

Figure 4: Mémorisation du message en fonction du statut tabagique pour chacun des groupes d'exposition *37*

Figure 5 : Mémorisation du message en fonction des tranches d'âge pour chacun des groupes d'exposition *38*

LISTE DES ABREVIATIONS

AP : Affiche(s) Personnalisée(s)

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Affiche(s) Standardisée(s)

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

C : Cabinet suivi du numéro d'anonymat

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies dixième révision

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREADD : COordination Régionale ADDictions

CPP : Comité de Protection des Personnes

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders cinquième édition

DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

J1 : Jour un

J2 : Jour deux

LAST : Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

M+ : Mémorisation

M- : Pas de mémorisation

Min : Minute(s)

MR-004 : Quatrième Méthodologie de Référence

N : Effectifs totaux

n : Effectifs en sous-groupe

p : valeur p (p-value)

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PS : Professionnel de santé

SSMIP : Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention

1 Première partie : Justification et contexte

1.1 Contexte : l'arrêt du tabac un enjeu majeur en santé publique

1.1.1 La consommation de tabac : premier facteur de mortalité modifiable

1.1.1.1 Épidémiologie

Le tabac est l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement. Il tue plus de 8 millions de personnes chaque année dans le monde. Nous sommes tous potentiellement concernés par ce risque : les fumeurs actifs, les anciens fumeurs, mais aussi les non-fumeurs par le biais du tabagisme passif [1]. La prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4% d'après le Baromètre Santé Publique France en 2018, chez les 18-75 ans. Le taux montait à 32,0% en ajoutant les fumeurs occasionnels [2]. Après plusieurs années de stabilité, la prévalence du tabagisme en France a diminué en 2016 et 2017 : 1,6 million de fumeurs en moins. Ces très bons résultats ne doivent pas masquer le fait que la France garde un taux de prévalence du tabagisme quotidien très élevé en comparaison avec d'autres pays du même niveau économique [2].

1.1.1.2 Conséquences de la consommation de tabac

Le tabagisme et le tabagisme passif augmentent le risque de nombreuses maladies. Il tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie [3].

Le tabac est responsable de 25 % de l'ensemble des cancers et de 90 % des cancers broncho-pulmonaires en France. C'est le principal facteur de risque de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) : environ 85 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs, et une fois la BPCO diagnostiquée, le risque de présenter un cancer broncho-pulmonaire est multiplié par 2. Le tabagisme représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable. Il est également le facteur de risque de très nombreuses autres pathologies [3].

Arrêter de fumer améliore la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac. Il n'est jamais trop tard pour cela : il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge. Arrêter de fumer à 30, 40, 50 ou 60 ans améliore l'espérance de vie respectivement de 10, 7, 4 et 3 ans [4].

1.1.2 L'addiction au tabac : définitions et enjeux

Il est très important d'essayer de comprendre les enjeux de l'addiction en général et au tabac en particulier, pour mieux comprendre les représentations et le vécu que peuvent en avoir les fumeurs.

En addictologie, l'usage correspond à la « consommation » de sources ou d'objets de gratification. Il peut s'agir de substances comme le tabac ou de comportements comme le jeu. Ces objets sont sources de plaisir et d'effets renforçants, ce qui expose à un trouble de l'usage ou d'addiction [5].

L'addiction est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [6] et correspond au syndrome de dépendance dans la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) [7]. Elle se définit donc comme la perte du contrôle de l'usage des sources de gratification, ici le tabac, ce qui est bien différent de l'usage [8]. Le symptôme caractéristique en est le craving et un signe la reprise de la consommation (ou rechute) [8].

Le craving se définit dans le contexte de l'addiction, comme une envie intense, irrépressible d'effectuer le comportement gratifiant, alors que la personne ne veut pas. Le craving est extrêmement fluctuant et subjectif et ne correspond pas au syndrome de sevrage. De nombreux facteurs environnementaux l'influencent [8, 9]. Son intensité prédit l'usage, donc la reconsommation, dans les 4 heures [9,10]. Le craving est ainsi la cible fondamentale du traitement, ainsi que la prévention de la rechute.

1.1.3 Actions de santé publique mises en place au niveau national

Le tabagisme étant le premier facteur de mortalité évitable [3], des campagnes de prévention efficaces s'imposent. Les programmes d'aide à l'arrêt du tabac ont beaucoup évolué depuis soixante-dix ans. Dans un premier temps ils visaient essentiellement les fumeurs qui souhaitaient déjà arrêter, en informant simplement des effets néfastes de la cigarette. Puis l'évolution a permis d'impliquer plus activement les fumeurs, d'élargir la population cible et de former les professionnels de santé [11]. Ces dernières années, le tabagisme a fait l'objet de nombreuses campagnes de santé publique pour diminuer sa consommation. On peut citer parmi les mesures les plus récentes : la mise en place au premier janvier 2017 du paquet neutre ; l'élargissement du remboursement des substituts nicotiniques et l'ouverture de leur prescription aux infirmières, masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes ; des temps de communication récurrents et coordonnés ; l'opération #MoisSansTabac, la « dé-normalisation » du tabac [2].

1.2 L’accompagnement de l’arrêt du tabac en médecine générale

1.2.1 Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié en proximité

Ce contexte national favorable incite une majeure partie des fumeurs à arrêter seuls. Les patients qui ne parviennent pas à arrêter seuls ont besoin d'être accompagnés par des professionnels de santé. Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés car ils sont souvent le premier contact avec un patient en demande de soins. Ils sont en proximité humaine, territoriale et temporelle, contrairement aux soins secondaires spécialisés. Des outils apportant conseils et informations pourraient améliorer la probabilité d'arrêt [11].

1.2.2 Le fumeur et sa motivation

Tous les patients se présentant en consultation ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes face au tabac. Il existe un modèle évaluant la motivation du patient et le stade où il se situe dans son processus de changement. Il s'agit du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente [12].

Les fumeurs passeraient en général par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer : pré-intention ; intention ; décision ; action ; maintien.

S'il existe un « noyau dur » de fumeurs qui ne sont pas du tout dans une démarche d'arrêt du tabac (pré-intention ou pré-contemplation : « je n'envisage pas d'arrêter »), il y a tout de même la plus grande partie de cette population qui prévoit un arrêt du tabac mais sans que cela n'aboutisse sur des actions concrètes.

L'arrêt du tabac est remis à une date ultérieure, prévu dans un futur hypothétique (intention ou contemplation : « je vais arrêter »). On parle d'ambivalence, le patient est conscient des risques et des bénéfices à l'arrêt du tabac, mais il faut un déclic pour que ces derniers passent à l'étape de décision (ou préparation) et élaborent une stratégie d'arrêt.

En stade d'action le patient arrête de fumer, il est activement engagé dans le changement.

Pour finir le stade de maintien marque une réussite face à la dépendance, mais le fumeur doit demeurer vigilant pour éviter une rechute. La rechute fait revenir le patient au stade d’intention.

Sans rechute c'est le stade de liberté (ou d’accomplissement) qui marque la sortie définitive du cycle.

1.2.3 L'absence de demande d'aide du patient : le principal obstacle à l'implication du médecin généraliste

Le conseil minimal à l'arrêt, ainsi que de nombreuses approches comme l'entretien motivationnel ou les interventions brèves, incitent les professionnels à aider le fumeur à avancer dans son processus de changement.

Or, plusieurs études récentes confirment que le principal obstacle à l'investissement des médecins généralistes auprès des fumeurs est l'absence de demande des patients [13, 14]. Le manque de temps et le manque de formation viennent ensuite.

Les fumeurs s'adressent peu aux médecins généralistes car ils ont le sentiment d'être jugés sur leurs consommations. En parler serait se mettre ainsi en difficulté. Leurs représentations leur font considérer l'arrêt du tabac comme une question de volonté. Ils ne sont pas malades.

Par ailleurs ils pensent que leur médecin ne s'intéresse pas à cette question, qu'il ne saurait pas quoi faire. De plus, il leur apparaît très occupé et ne disposant pas du temps nécessaire.

Les plus motivés vont donc aller consulter des tabacologues ou addictologues ou des professionnels identifiés par le « bouche-à-oreille ». Mais la plupart n'ont pas une motivation suffisamment constante pour faire l'effort d'attendre un rendez-vous très éloigné, avec un professionnel souvent distant géographiquement et consultant dans une structure hospitalière ou dans un centre spécialisé dans les addictions [15-17].

Bien sûr, parfois les choses se passent mieux : le médecin généraliste est proactif, effectue le conseil minimal, montre à son patient que c'est un problème important, qu'il ne le juge pas et qu'il est disponible pour en parler et l'aider. Le patient de son côté peut en parler à son médecin et lui demander de l'aide.

Mais, comment faire pour favoriser cet idéal, malheureusement pas assez systématique ?

1.3 L’affichage en salle d’attente : un vecteur d’information à ne pas négliger

On sait qu'une affiche dans la salle d'attente permet de créer un lien avec le professionnel de santé et d'ouvrir le dialogue sur un sujet donné [18].

Les médecins généralistes interrogés sur leur salle d'attente pensent qu'elle doit être un lieu agréable, mais aussi que c'est un vecteur pour promouvoir des actions de santé : dépistage, prévention [19] ...

1.3.1 Réglementation de l’affichage en salle d’attente

Lieu privé recevant du public, la salle d’attente du médecin n’a pas de statut juridique particulier. Le médecin se doit de respecter les règles déontologiques, légales et réglementaires générales, et celles des différents textes élaborés au fur et à mesure.

Les praticiens sont tenus d’afficher certaines informations dans leur salle d’attente : tarif des consultations, situation au regard de la convention, avertissement d'utilisation de fichiers informatiques, numéros d'urgence, appartenance à une association de gestion agréée, utilisation de données nominatives en cas d'étude épidémiologique.

Il n’existe aucune recommandation sur l’affichage des problèmes de santé publique en salle d’attente à l’heure actuelle. Les articles 2 et 12 du code de déontologie, placent le médecin au service de l'individu, mais aussi de la santé publique. Il peut donc participer à des campagnes d’intérêt général élaborées par tout organisme reconnu d’utilité publique.

Au contraire, l'article 19 du code de la déontologie et l'article R.5046-1 du Code de la santé publique interdisent la pratique commerciale de la médecine et *« tout aménagement donnant aux locaux une apparence commerciale »*. Sont également interdits la propagande politique, religieuse voire sectaire, et pour finir la promotion de techniques ou procédés médicaux divers allants à l’encontre des données généralement admises de la science (articles 13, 14, 20 et 39 du code de déontologie) [20].

En pratique, c'est souvent au médecin d'agir avec discernement et bon sens concernant les documents qu'il expose pour éviter la publicité et l'affichage de propos outranciers ou non validés scientifiquement, dans des documents dont l'ambition première n'est pas toujours explicite.

1.3.2 État des connaissances sur l'efficacité des affiches

Les affiches font partie des moyens de communication les plus souvent utilisés en salle d'attente de médecine générale. En moyenne, on retrouve 6 affiches dans une salle d'attente. Elles concernent principalement le fonctionnement du cabinet. Les thèmes médicaux les plus souvent abordés sont la vaccination, l'alcool et le tabac. Certains facteurs influencent l'affichage : l'exercice en cabinet de groupe, le statut de maître de stage, le nombre d'actes quotidiens, le temps de présence au cabinet [21].

1.3.2.1 Affichage standard

Les résultats concernant l'efficacité des affiches classiques sont contradictoires. Plus précisément, toutes les affiches n'ont pas le même impact. Les études montrent que les patients se souviennent des messages de façon variable, sans que l'on puisse expliquer lesquels et pourquoi [22].

Les thèmes retenus sont même parfois contradictoires selon les études [23, 24]. De la même manière certains thèmes d'affiches, plus que d'autres, semblent augmenter le nombre de motifs de consultation en rapport [23, 25].

Parmi les pistes retenues pouvant expliquer qu'une affiche serait mieux retenue qu'une autre, on retrouve le nombre d'affiches : le message est mieux retenu dans une salle d'attente ayant une seule affiche que si leur nombre est élevé [26]. D'autre part, les patients directement concernés par un problème de santé semblent plus impactés par les affiches [27]. Si le temps d'attente augmente, le message est mieux retenu [25]. L'âge du patient pourrait aussi jouer un rôle : les plus de 50 ans retiennent mieux le message [25].

Au total, l'impact d'une affiche standard est très variable. Les chiffres (visualisation de l'affiche, mémorisation du message, ou augmentation des motifs de consultation en rapport avec l'affiche) vont de 14 à plus de 80% selon les thèmes des affiches et les conditions de l'étude [22, 24-26, 28].

D'un point de vue qualitatif, les affiches génèrent des sentiments ambigus [24, 29] : les patients déclarent ressentir de l'anxiété, de la tristesse, ou de l'agacement ; mais en même temps de la curiosité et de la réassurance.

Certains patients reconnaissent un besoin d'être informés et voient dans l'affichage une nécessité, tandis que d'autres ne semblent pas toujours demandeurs d'information à visée préventive.

Une étude à grande échelle sur la vaccination anti-grippale a montré que l'affichage en salle d'attente n'augmentait pas le nombre de vaccins délivrés [30, 31]. D'autres études ne retrouvent pas d'effet statistiquement significatif des affiches : sur la prescription d'antibiotiques [32], sur la vaccination Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) au Québec [33].

Il n'est pas forcément utile de jouer sur la peur du patient. Un affichage alarmiste n'est pas plus efficace qu'un message plus conventionnel [34, 35]. Les patients préfèrent les affiches qui présentent les effets bénéfiques d'une adhésion au traitement plutôt que les risques en cas de non adhésion [36].

Le fait de reprendre le message en consultation augmente l'impact du message [37-39]. Parfois même, l'affiche n'est pas efficace présentée seule, mais avec l'intervention du professionnel de santé en plus elle aura un impact : il y a une synergie entre un affichage en salle d'attente et la reprise du message de l'affiche lors de la consultation.

Sur certains sujets difficiles, les patients attendent que ce soient les médecins qui initient la conversation sur ce motif de consultation. Une affiche pourrait permettre de lever les barrières de communication [18,39].

1.3.2.2 Affichage numérique

L'affichage par écran télévisé, tablettes interactives ou autres supports numériques semble montrer sa supériorité par rapport à un affichage classique papier [40-42]. Les patients préfèreraient un affichage numérique. Il permettrait une meilleure assimilation de l'information [43].

Même quand l'étude ne retrouve pas de résultat significatif, les patients trouvent l'utilisation de ces technologies intéressante et on peut supposer qu'il existe au moins un impact qualitatif [44]. Cependant, tous les cabinets ne se prêtent pas à un affichage vidéo.

En outre, ce type d'affichage demande une installation technique plus complexe et potentiellement coûteuse.

1.3.2.3 Affichage personnalisé

La seule étude que nous ayons retrouvée sur l'intérêt d'une affiche personnalisée montre qu'elle pourrait s'avérer très efficace, rien qu'avec la personnalisation aux noms des médecins (sans photo) [39].

Une autre étude concernait la personnalisation d'un message audiovisuel enregistré par le médecin. Le résultat concernant l'efficacité de cette méthode était également très probant [45].

1.4 Justification de l'étude et projet LAST

Le projet de Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (ou LAST) a pour but de favoriser l'accompagnement en proximité humaine, temporelle et territoriale des fumeurs, en leur permettant d'identifier plus facilement des ressources sur leur parcours habituel de santé pour arrêter de fumer.

Ce projet est porté par la Coordination Régionale Addictions de Nouvelle-Aquitaine (COREADD), financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine et est réalisé en partenariat avec le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

Un LAST est par exemple un cabinet médical identifié comme pouvant accompagner un fumeur dans sa démarche d'arrêt du tabac. Les professionnels de santé qui s'y trouvent sont formés aux méthodes d'aide au sevrage tabagique. L'objectif est de permettre à un maximum de lieux de santé (officines, cabinets médicaux et paramédicaux, services de prévention, Protection Maternelle et Infantile (PMI), consultations hospitalières...) de médiatiser leur motivation et leur capacité à accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac. Tout fumeur devrait ainsi pouvoir identifier, sur son parcours de santé habituel, des professionnels de santé qu'il a choisis et susceptibles de l'aider. Cela augmente les chances que ces patients abordent le sujet du tabac avec les professionnels de santé.

Dans le cadre de ce projet, des affiches seront placées dans les salles d'attente pour faire connaître la démarche aux patients. Il a donc fallu affiner cet outil pour attirer l'attention d'un maximum d'entre eux. L'idée générale est de personnaliser l'affiche au LAST en question : c'est ici et maintenant dans ce lieu, avec votre médecin que vous connaissez bien, qu'on peut vous aider à arrêter de fumer.

Face à des données de la littérature ambiguës concernant l'intérêt de l'affichage standard en salle d'attente, un affichage personnalisé au cabinet et aux médecins avec photographie a été envisagé. Toutefois, ceci nécessite une organisation plus lourde et engage des enjeux financiers conséquents. Une étude était donc nécessaire pour juger de l'intérêt de la méthode.

Notre question de recherche est ainsi : **une affiche personnalisée est-elle plus efficace pour attirer l'attention des fumeurs et mémoriser son message, qu'une affiche standard ?**

1.5 Bibliographie

1. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. [Internet]. World Health Organization; 2019 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/ 9789241516204-eng.pdf?ua=1

2. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):271-7.

3. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. [Internet]. HAS; Nov 2014 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328(7455):1519-1527.

5. Fatseas M, Dubernet J, Auriacombe M. Addicto : Le Polycop de Bordeaux. Enseignement d'addictologie. [Internet]. 2019 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static56/addictologie-enseignement-formations

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition - DSM-5, Washington DC: APA, 2013.

7. World Health Organization. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. [Internet]. World Health Organization; 1994 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316

8. Auriacombe M, Fatseas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Ann Med Psychol. 2018;176:746-9.

9. Fatseas M, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. Addiction. Jun 2015;110(6):1035-42.

10. Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2015;148:1-20.

11. Inserm (dir.). Tabagisme : Prise en charge chez les étudiants. Rapport d'expertise collective. [Internet]. Paris : les éditions Inserm; 2003 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/52

12. Di Clemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol. Avr 1991;59(2):295-304.

13. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.

14. Crevoisier L. Étude des freins et leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Thèse de Médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.

15. Thiefine M. Groupe facebook « les habitants de la Nouvelle-Aquitaine #MoisSansTabac 2017 » : analyse qualitative des échanges spontanés des participants durant le mois de Novembre. Thèse de Médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.

16. Sprimont M, Lajzerowicz N, Castera P. Accompagnement collectif pour l'arrêt du tabac : retour d'expérience. Médecine. 2020;16(1):20-7.

17. Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2019.

18. Dumas A, Romuald F. Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale (enquête qualitative auprès de patients diabétiques et de médecins généralistes). Thèse de médecine, Grenoble: Université de Grenoble; 2016.

19. Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting rooms: vector for health education? The general practitioner's point of view. BMC Res Notes 2012;5(1):511.

20. Stefani F. Informations dans la salle d'attente du médecin. Rapport CNOM. [Internet]. Oct 2000 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/images/local-professionnel/salle-attente/doc_infosalledattente.pdf

21. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale : enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois. Thèse de médecine, Nice: Université de Nice; 2017.

22. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo LD, Chevallier B. The pediatrician's waiting room: A place for health education? Arch Pediatr. Jan 2005;12(1):10-15.

23. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? Thèse de médecine, Saint-Etienne: Université de Saint-Etienne; 2013.

24. 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 de médecine, Amiens: Université de Picardie; 2016.

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

26. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple : étude observationnelle. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon; 2015.

27. Pape A-S. Mise en place et évaluation de l'impact d'une action de prévention dans une maison de santé pluri-professionnelle : l'affichage autour du diabète : étude quantitative auprès des patients diabétiques de la maison de santé d'Aizenay. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2017.

28. Stephens GS, Blanken SE, Greiner KA, Chumley HS. Visual prompt poster for promoting patient-physician conversations on weight loss. Ann Fam Med. 2008;6 Suppl:S33-6.

29. Marquant T. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients. Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2018.

30. Bouche-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 de médecine, Lille: Université de Lille; 2016.

31. Berkhout C, Bouche-Willefert A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, Ficheur G, Van Royen P. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. PLoS One. Fev 2018;13(2):e0192155.

32. Ashe D, Patrick PA, Stempel MM, Shi Q, Brand DA. Educational posters to reduce antibiotic use. J Pediatr Health Care. Mai 2006;20:192-7.

33. Labrecque M, Rhéault C, Bergeron M, Bergeron S, Paquet F. Tetanus vaccination. Evaluation of a program of health promotion in a family medicine unit. Can Fam Physician. Jan 1995;41:70-5.

34. Fernandez J. Influence de l'affiche utilisée en salle d'attente sur la participation à une campagne de dépistage ciblé du mélanome : un essai randomisé. Thèse de médecine, Nantes : Université de Nantes; 2014.

35. Rat C, Quereux G, Grimault C, Fernandez J, Poiraud M, Gaultier A, et al. Inclusion of populations at risk of advanced melanoma in an opportunistic targeted screening project involving general practitioners. Scand J Prim Health Care. Sep 2016;34(3):286-4.

36. Jones S, Babiker N, Gardner E, Royle J, Curley R, Hoo ZH, et al. Promoting adherence to nebulized therapy in cystic fibrosis: poster development and a qualitative exploration of adherence. Patient Prefer Adherence. Aou 2015;9:1109-20.

37. Szilvassy P. Étude IQA-VIH : impact d'une question associée à une affiche sur le dépistage du VIH en médecine générale. Thèse de médecine, Versailles: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.

38. Nizard A. Étude SEPAP-VIH : synergie entre parole et affiche dans la prévention en médecine générale. Thèse de médecine, Versailles: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015.

39. Spilthooren N. Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural : Freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.

40. Dupuis A-C. Création et évaluation d'une nouvelle modalité éducative en soins primaires : la campagne éducative monothématique multi-vectorielle en salle d'attente (association affiche/ brochures/ diaporama vidéo). Comment les médecins de soins primaires peuvent-ils mettre en place une telle campagne éducative (bases théoriques et aspects pratiques) ? Quelle est l'efficacité de cette nouvelle modalité éducative en fonction des vecteurs de communication utilisés ? Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2010.

41. Landrieau C, Neveu V. Évaluation de l'attention portée aux supports de prévention et à leur message sanitaire dans les salles d'attente de cabinets de groupe de médecine générale dans les départements du Puy-de-Dôme et du Cantal. Thèse de médecine, Clermont-Ferrand: Université de Clermont Auvergne; 2017.

42. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert A, Favre J, Peremans L, Van Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):202-10.

43. Grosdidier L. Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente : identification des attentes des patients et des médecins après expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine : études qualitatives par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine; 2018.

44. Najem I. Impact d'un spot vidéo diffusé en salle d'attente de médecine générale sur la réalisation du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Thèse de médecine, Paris: Université de Paris Descartes; 2018.

45. Assaf E. Impact de l'affichage de messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultation. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie; 2018.

2 Deuxième partie : article

2.1 Introduction

La prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4% chez les 18-75 ans en 2018 d'après le Baromètre Santé Publique France [1].

Le tabac provoque 73 000 décès prématurés par an en France. Il représente la première cause de mortalité évitable. Il est responsable de 25% des cas de cancer et de la plupart des décès d'origine cardio-vasculaire évitables. Au vu des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de décès risque d'être multiplié par 2 en 2025. La lutte contre le tabagisme est une des priorités de santé publique [2].

Arrêter de fumer à 60, 50, 40 ou 30 ans augmente l'espérance de vie de 3, 6, 9 ou 10 ans [3].

L'addiction est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM 5 [4] et correspond au syndrome de dépendance dans la CIM 10 [5]. L'usage correspond à la « consommation » de sources ou d'objets de gratification avec ou sans substance (tabac, jeu …) [6].

Le craving (envie intense, irrépressible d'effectuer le comportement gratifiant, alors que la personne ne veut pas) est la cible fondamentale du traitement, et de la prévention de la rechute [7].

Pour lutter contre l'addiction au tabac, plusieurs actions de santé publique sont menées chaque année et incitent une majeure partie des fumeurs à arrêter seuls. Les autres ont besoin d'être accompagnés par des professionnels de santé. Beaucoup de fumeurs sont ambivalents : ils ont conscience que le tabac est mauvais pour la santé, mais repoussent l'arrêt dans un futur hypothétique sans que cela n'aboutisse sur des actions concrètes.

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs privilégiés pour ces patients car ils sont en proximité humaine, territoriale et temporelle, contrairement aux soins secondaires spécialisés. Néanmoins, le principal obstacle à l'implication du médecin généraliste est l'absence de demande d'aide de la part du patient [8,9].

Parallèlement, les fumeurs considèrent que l'arrêt du tabac est une question de volonté personnelle et ont peur d'être jugés ou de déranger leur médecin à ce sujet. Les plus motivés iront consulter des spécialistes dans des conditions dégradées (délai de consultation long, structure hospitalière ou centre addictologique éloigné du domicile du patient) [10,11].

Dans certains cas, le médecin généraliste a un comportement proactif (conseil minimal, empathie, disponibilité …). Cet idéal n'étant pas systématique, comment le favoriser ?

L’affichage en salle d’attente permet d'ouvrir le dialogue sur un sujet donné [12]. Il fait partie des moyens de communication les plus souvent utilisés en salle d'attente de médecine générale. Cependant, l'efficacité de cette méthode peut être optimisée.

L’affichage standard papier montre en effet des résultats contradictoires en fonction des études. Elles génèrent des sentiments ambigus : les patients déclarent ressentir de l'anxiété, de la tristesse, ou de l'agacement mais aussi de la curiosité et de la réassurance [13].

Les études montrent que les patients se souviennent des affiches et des messages associés de façon très variable [14-17]. Ces différences ne sont pas toujours expliquées, cependant certains facteurs sont identifiés comme influençant l'impact d'une affiche.

L'âge du patient pourrait jouer un rôle : les plus de 50 ans retiennent mieux le message [14]. Si le temps d'attente augmente, le message semble mieux retenu [14]. Le message est mieux retenu dans une salle d'attente ayant une seule affiche [15]. La population ciblée par l’affiche semble importante. Les patients directement concernés par un problème de santé semblent plus impactés par les affiches s’y rapportant [18].

D'autre part, un affichage alarmiste ne serait pas plus efficace qu'un message plus conventionnel [19]. Les patients préféreraient les affiches qui présentent les effets bénéfiques d'une adhésion au traitement plutôt que les risques en cas de non adhésion [20].

Il y a une synergie entre l’affichage en salle d'attente et la reprise du message de l'affiche lors de la consultation [21-23].

Malgré cela, une étude à grande échelle sur la vaccination anti-grippale a montré que l'affichage en salle d'attente n'augmentait pas le nombre de vaccins délivrés [24]. L'absence de conséquence en consultation est également retrouvée sur le thème de la prescription d'antibiotiques [25].

L’affichage numérique par écran télévisé, tablettes interactives ou autres supports numériques, semble montrer des résultats significatifs par rapport à un affichage standard papier en matière de modalités éducatives. Les patients disent apprécier ce format électronique [26].

L’affichage personnalisé au professionnel de santé n'a que très peu été évalué. Dans ces études, la personnalisation avec le nom des médecins sur une affiche [23], ou via un message audiovisuel enregistré par le médecin [27] montre des résultats très probants.

Le projet de LAST a pour but de favoriser l'accompagnement en proximité humaine, temporelle et territoriale des fumeurs, en leur permettant d'identifier plus facilement des ressources sur leur parcours habituel de santé pour arrêter de fumer.

Ce projet est porté par la COREADD, financé par l'ARS Nouvelle Aquitaine et est réalisé en partenariat avec le SSMIP du CHU de Bordeaux.

Un LAST est par exemple un cabinet médical identifié comme pouvant accompagner un fumeur dans sa démarche d'arrêt du tabac. Des professionnels de santé qui s'y trouvent sont formés à cela. L'objectif est de permettre à un maximum de lieux de santé (officines, cabinets médicaux et paramédicaux, services de prévention, PMI, consultations hospitalières...) de médiatiser leur motivation et leur capacité à accompagner les fumeurs. Ceux-ci devraient ainsi pouvoir identifier sur leur parcours de santé habituel, des professionnels qu'ils ont choisis et susceptibles de pouvoir les aider. Ainsi, la probabilité d'un échange autour du tabac est augmentée.

Dans le cadre de ce projet, des affiches seront placées dans les salles d'attente pour faire connaître la démarche aux patients. Face à des données de la littérature ambiguës concernant l'intérêt de l'affichage standard en salle d'attente, un affichage personnalisé au cabinet et aux médecins avec photographie a été envisagé. Cette affiche personnalisée permettrait de préciser le message : c'est ici et avec votre médecin que vous connaissez bien, qu'on peut vous aider à arrêter de fumer.

Toutefois, avant de mettre en place une organisation plus lourde, il fallait s'assurer de l'efficacité suffisante de la méthode. Notre question de recherche était ainsi : **une affiche personnalisée est-elle plus efficace pour attirer l'attention des patients et mémoriser son message, qu'une affiche standard ?**

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la différence de pourcentage de mémorisation du message d'une affiche entre une affiche personnalisée et une affiche standard.

Les objectifs secondaires sont :

- Mesurer la différence de pourcentage de mémorisation du message entre les deux types d'affiches en fonction : du cabinet, du temps d'attente, du statut tabagique du patient, du sexe, des tranches d'âge et des catégories socio-professionnelles des patients.
- Mesurer la différence de pourcentage de mémorisation entre cabinets en fonction du nombre d'affiches en salle d'attente, du nombre de professionnels sur la photo, du temps d'attente des patients.
- Recueillir l'avis des patients sur l'affichage et son impact sur la demande d'aide à l'arrêt du tabac.
- Recueillir auprès des médecins le comportement du patient sur la demande d'aide à l'arrêt du tabac, et la mémorisation du message de l'affiche.

2.2 Matériel et méthode

Pour répondre à ces objectifs nous avons réalisé une étude contrôlée, randomisée, multicentrique. Elle a eu lieu en Gironde entre mai 2019 (date des premiers recrutements des médecins) et janvier 2020 (fin des inclusions des patients) et s'est déroulée en cabinets de médecine générale. Elle concerne les patients et les médecins de ces cabinets.

2.2.1 Affiches étudiées

Deux types d'affiches ont été réalisés en lien avec la chargée de communication et marketing social du COREADD (Céline BIOT) :

- ✓ Une affiche dite standard (groupe contrôle) indiquant que le cabinet où consulte le patient est un L.A.S.T. (Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac) et un message « Ici, je peux vous aider à arrêter le tabac, parlons-en maintenant » « Votre médecin généraliste peut vous accompagner dans votre démarche d'arrêt du tabac » (Annexe A)
- ✓ Une affiche dite personnalisée (groupe exposé) reprenant les mêmes messages mais personnalisés par le nom et une photo du médecin ou de l'équipe médicale du cabinet prenant en charge le patient (Annexe B).

La taille de la photo, la zone d'exposition sur l'affiche et les codes couleurs restaient les mêmes entre les deux affiches.

La photographie a été prise par les thésards avec un appareil photo numérique. Elle mesurait 200x175mm sur une affiche de format A3 (297x420mm). La définition était d'environ 15 millions de pixels, sur fond neutre. Elle a été prise de telle sorte qu'elle soit la plus représentative possible de la façon d'exercer des médecins dans leur structure : seul, avec leurs associés ou en groupe avec l'équipe paramédicale du cabinet. Les affiches ont été imprimées et financées par la COREADD.

2.2.2 Population étudiée

2.2.2.1 Médecins

Des médecins généralistes de Gironde exerçant en cabinet libéral de médecine générale ont été sollicités par mail ou par téléphone pour participer à l'étude sur la base du volontariat. Une lettre d'information leur expliquant le déroulement de l'étude a été jointe à ce mail (Annexe C). Les médecins volontaires ont été inclus. Tous étaient maîtres de stage ou enseignants au département de médecine générale de l'université de Bordeaux et recevaient, pour certains, des étudiants (internes et/ou externes) le jour de l'étude. Un cabinet avait un remplaçant en plus des médecins de l'affiche. Un autre cabinet exerçait avec un médecin du travail qui n'était pas sur l'affiche.

Les médecins ayant accepté de participer à l'étude ont eu la visite à leur cabinet des thésards, en amont du début des inclusions des patients, afin de procéder à la prise de la photographie. Les cabinets ont été nommés pour l'étude cabinet 1, 2, 3, 4 et 5 dans l'ordre d'inclusion afin de garantir l'anonymat.

2.2.2.2 Patients

Nous avons fait le choix d'interroger tous les patients, majeurs, volontaires, quel que soit leur statut tabagique, qui avaient consulté les jours de l'étude. Le principal but de l'affiche est la médiatisation du lieu. Son rôle est de diffuser l'information sur la possibilité de se faire accompagner à l'arrêt du tabac dans ce cabinet médical, et non, l'arrêt du tabac en lui-même. Il est admis que chaque sujet est plus sensible à un message lorsqu'il concerne directement sa propre santé [18]. Néanmoins, le tabagisme touche toute la population, fumeurs et non-fumeurs. De plus, nombreux sont ceux qui ont dans leur entourage un proche fumeur. L'entourage du fumeur est un élément capital du contexte motivationnel dans l'arrêt du tabac. Par ce biais, l'entourage même non-fumeur du proche fumeur, peut être le relai de l'information. Il augmente la portée de l'affiche et ainsi participe à la diffusion de l'information le plus largement possible. En outre, nous souhaitions comparer la mémorisation du message selon le statut tabagique. Ainsi, tous les patients majeurs (18 ans et plus), volontaires, quel que soit leur statut tabagique, consultant les jours de l'étude, ont été inclus. Les critères d'exclusion étaient la présence de troubles cognitifs évidents, l'âge <18 ans et le refus de participer à l'étude.

2.2.3 Questionnaires

Une double enquête a été effectuée : auprès des patients et des médecins.
Deux types de questionnaires ont été réalisés afin de recueillir les éléments nécessaires pour répondre aux objectifs de l'étude :

- ✓ Un questionnaire pour les patients a été construit en lien avec l'équipe de la COREADD.
- ✓ Un auto-questionnaire pour les médecins participants a été également élaboré. Il leur a été proposé d'y répondre en fin de journée de consultation, les jours de l'étude.

Questionnaire patient (Annexe D)

Il s'agit d'une hétéro-évaluation qui recueille des données concernant :
- Les modalités générales de la consultation : la date, le lieu, le secteur de consultation (urbain ou rural), le temps d'attente, les habitudes de consultation dans le cabinet.
- Les caractéristiques du patient : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle.
- La perception d'affiche dans la salle d'attente : « Avez-vous remarqué la présence d'affiches en salle d'attente ? ».
- La mémorisation des thèmes des affiches vues : « Si oui, quels étaient les thèmes abordés ? ».
- La perception de l'affiche sur le tabac (mémorisation du thème avec indiçage) : « Avez-vous vu l'affiche sur le tabac ? ». Si le thème du tabac était donné spontanément à la question précédente, cette question n'était pas posée.
- La mémorisation du message de l'affiche sur le tabac : « Quel était le message de l'affiche concernant le tabagisme ? ». En cas de mauvaise réponse, des propositions de réponses étaient faites au patient (mémorisation du message avec indiçage).
- Le statut tabagique du patient : fumeur (y compris occasionnel), ancien fumeur (y compris vapoteur), non-fumeur.

- Chez le patient fumeur : l'intention d'arrêter le tabac et le délai, les antécédents d'arrêts et leurs modalités (seul, avec un professionnel de santé, avec le professionnel de cette consultation), la présence d'une discussion autour du tabac lors de la consultation et l'influence de l'affiche dans la discussion, l'intention de rediscuter du tabac lors d'une prochaine consultation avec son médecin.
- Chez le patient ayant mémorisé le message de l'affiche (fumeur ou non) : l'avis sur l'impact de l'affiche sur la demande d'aide à l'arrêt du tabac chez le fumeur et les raisons.

Questionnaire médecin (Annexes E et F)

Deux questionnaires ont été soumis aux médecins.

- ✓ Le premier évalue le nombre total de patients vus sur la journée, le nombre de patients ayant évoqué spontanément le thème de l'affiche (le tabac), le message de l'affiche (« Ici, je peux vous aider à arrêter de fumer ») et le nombre de patients qui demandaient à être aidés pour l'arrêt du tabac.
- ✓ Le deuxième renseigne sur la date, le lieu, la zone d'exercice, le type d'exercice (seul ou en groupe), le nombre de médecins et de paramédicaux exerçant dans la structure, le nombre de médecins participant à l'enseignement des étudiants en médecine, le nombre d'années d'exercices, le sexe, le statut tabagique personnel, les habitudes quant à la réalisation de consultations dédiées au tabac, la formation supplémentaire éventuelle en addictologie, les habitudes de prescription de substituts nicotiniques : systématique face à un fumeur ou à la demande du patient, les habitudes d'affichage en salle d'attente et les raisons, l'avis du médecin sur la perception des messages contenus dans les affiches par les patients, l'intention de poursuivre l'affichage personnalisé ou pas et les raisons.

2.2.4 La salle d'attente

Des photographies ont été prises par les thésards avant et après la pose de chaque type d'affiche afin de pouvoir comparer par la suite l'agencement. La superficie approximative a été relevée ainsi que le nombre d'affiches déjà présentes au mur et d'autres détails environnementaux (autres photographies …).

2.2.5 Intervention

L'ordre d'affichage a été randomisé électroniquement pour chaque cabinet, J1 affiche standard, J2 affiche personnalisée ou inversement. Les affiches étaient apposées au même endroit dans les salles d'attente. Elles étaient placées de façon à être visibles de la même façon depuis chaque siège. Les autres affiches existantes dans le cabinet étaient laissées à leur place.
Deux affiches par jour d'étude et par cabinet ont été nécessaires afin d'assurer leur visibilité quelle que soit la place occupée par les patients. Dans un cabinet qui comportait une grande salle d'attente organisée en deux petites zones d'attentes, 4 affiches ont été nécessaires, 2 pour chaque zone d'attente. Les potentielles affiches déjà existantes dans les cabinets ont été laissées en place.

Le jour de l'étude a été défini au hasard sur une journée de consultation reproductible pour la seconde affiche. La population des consultations a été jugée similaire sur les deux jours de l'étude, après avis des professionnels. Les patients ne sont pas ainsi randomisés à titre individuel, mais par grappe. Certains ont été exposés à l'affiche standard et d'autres à l'affiche personnalisée, dans les mêmes cabinets médicaux, selon le jour de leur venue. Les doublons éventuels étaient éliminés.
Concernant les patients, la mémorisation du message de l'affiche a été mesurée via le questionnaire anonyme. Il a été proposé en fin de consultation par les thésards eux-mêmes dans un lieu distinct de la salle d'attente. Le thème du questionnaire était inconnu des patients. L'auto-questionnaire médecin a été soumis en fin de journée.
La volonté d'effectuer une phase test sur les questionnaires a été définie en amont du début de l'étude. Elle visait à apporter d'éventuelles modifications aux questionnaires si les questions n'avaient pas été bien comprises par les médecins et les patients. Cette phase test a eu lieu le premier jour de l'étude dans le cabinet 1. Les conditions de recueil des données ont été similaires aux conditions appliquées pour le restant de l'étude. Aucune modification du questionnaire n'a semblé devoir être retenue, les patients et les médecins inclus ayant bien compris le questionnaire. Tous les patients et médecins ayant participé ont été inclus à l'étude.

2.2.6 Analyse des données

2.2.6.1 Critère de jugement principal

Différence de pourcentage de mémorisation du message avec l'affiche personnalisée versus l'affiche standard.
Cette mémorisation était mesurée grâce à la question 6 du questionnaire patient (Annexe D) : « Quel était le message de l'affiche concernant le tabagisme ? »

- La réponse était : « Ici dans ce cabinet, votre médecin peut vous aider à arrêter de fumer ».
- La réponse était jugée positive pour l'étude si le patient donnait :

La notion « arrêt du tabac » ET la notion de lieu « ici » ou « cabinet médical de » ou « lieu du cabinet » ou « nom du médecin ».

Si le patient ne donnait pas la bonne réponse, des propositions lui étaient faites. Parmi elles, la bonne réponse (réponse avec indiçage). La réponse était acceptée si le patient à l'énoncé des propositions retenait correctement la bonne proposition : « Ici, dans ce cabinet, votre médecin peut vous aider à arrêter de fumer ». Si la réponse était hésitante ou que le patient donnait plusieurs propositions alors la réponse était considérée comme fausse.

Néanmoins, devant cette forme de réponse jugée trop hasardeuse (possibilité de répondre au hasard sans assurance complète que le patient ait bien retenu le message), il a été convenu de ne pas tenir compte de l'effectif de patients ayant répondu correctement « avec indiçage ». L'analyse des résultats se base uniquement sur l'effectif de patients ayant répondu la bonne réponse spontanément à la question sans indiçage.

2.2.6.2 Critères de jugements secondaires

Les critères de jugements secondaires sont :

- ✓ Critère de jugement principal en sous-groupe : selon les cabinets de consultation, le temps d'attente, le statut tabagique, les tranches d'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle. Mémorisation mesurée grâce à la question 6 du questionnaire patient, la réponse était acceptée dans les mêmes conditions que pour le critère de jugement principal.

- ✓ Différence de pourcentage de mémorisation entre cabinets en fonction : du nombre d'affiche au mur, du temps d'attente, du nombre de professionnels en photo sur l'affiche.
  Mémorisation mesurée grâce à la question 6 du questionnaire patient, la réponse était acceptée dans les mêmes conditions que pour le critère de jugement principal.

- ✓ Influence de l'affiche selon l'avis des patients sur leur comportement en consultation
  Comportement et influence mesurés chez les patients ayant vu l'affiche, grâce aux questions 13, 14 et 16 du questionnaire patient (Annexe D) :

  Question 13 : « Avez-vous parlé de votre consommation de tabac avec votre médecin en consultation ? ». Le patient fumeur ou ancien fumeur devait dire oui ou non.
  Pour les patients non-fumeurs, une case « non-fumeur » était cochée pour ne pas compter une réponse à tort (faux négatif ou faux positif).

  Question 14 : Pour les patients fumeurs ou anciens-fumeurs qui avaient parlé du tabac et qui avaient vu l'affiche : « Avez-vous été influencé par l'affiche pour cette discussion ? ». Les conditions de réponses étaient les mêmes : « oui, non, ou non-fumeur ».

  Question 16 : Pour les patients ayant remarqué l'affiche sur le tabac, quel que soit le statut tabagique. « Pensez-vous que cette affiche pourrait inciter un patient à demander de l'aide à son médecin en cas de besoin ? ». Les conditions de réponses étaient : « oui, non, je ne sais pas ». La distinction entre fumeur, non-fumeur était faite.

- ✓ Enquête auprès des médecins : impact clinique de l'affiche sur les patients
  Impact clinique de l'affiche mesurée par les questions 1 à 5 du questionnaire médecin (Annexe F) : « combien de patients ont évoqué spontanément en consultation l'affiche », « le message de l'affiche », « combien de patients ont demandé à être aidé pour arrêter le tabac », « le nombre de patients reçus sur la journée d'étude en consultation ».

2.2.6.3 Analyses statistiques et définition du nombre de sujets nécessaires

L'unité de soutien méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique du service d'Information Médicale du pôle de Santé Publique du CHU de Bordeaux a été sollicitée pour avis sur l'utilisation de techniques d'analyses statistiques et calcul du nombre de sujets nécessaire.

Le nombre de sujets nécessaires a été défini en amont du début de l'étude. Le pourcentage de base de la mémorisation du message dans le groupe contrôle (20%) a été obtenu après revue de la littérature [14-17]. Une augmentation de 100% (doublement) de la mémorisation du message de l'affiche personnalisée par rapport à l'affiche standard a été choisie en équipe comme un seuil nécessaire pour justifier l'investissement supplémentaire (objectif pragmatique), indépendamment de la littérature.

Le nombre de sujets nécessaires calculé pour que cette différence soit significative est de 178 patients au minimum (ratio groupe intervention / contrôle = 1, risque de première espèce alpha= 5% et puissance 90%).

Les données de l'étude (réponses aux questionnaires) ont été recueillies via le logiciel LimeSurvey. Des analyses statistiques ont été réalisées via l'interface du site web https://biostatgv.sentiweb.fr.

Un test du Chi2 a été utilisé pour analyse du critère de jugement principal en hypothèse de supériorité sur la population globale de l'étude. Il a été réalisé des analyses statistiques par la même technique (Chi2 ou Fischer en fonction des effectifs) pour l'analyse de la différence de mémorisation entre des cabinets ayant les mêmes paramètres sauf un parmi les suivants : nombre d'affiches en salle d'attente, nombre de professionnels sur la photo, temps d'attente des patients (critère de jugement secondaire).

Une description simple a été faite pour les résultats en sous-groupe (cabinets 1, 2, 3, 4 et 5 séparés, temps d'attente, statut tabagique, âge, catégories socio-professionnelles). Les résultats concernant l'avis des patients sur l'affiche et l'enquête faite auprès des médecins sur l'impact clinique ont été également décrits.

Un test du Chi2 a été appliqué pour l'analyse des résultats sur le critère de jugement principal de l'effectif de la population réduit aux patients ayant consulté uniquement les médecins présents sur l'affiche. Une description des résultats dans cet effectif cabinet par cabinet a été aussi réalisée.

Pour finir, un test du Chi2 a été utilisé pour vérifier l'absence de différence significative sur la distribution des effectifs entre les groupes affiche personnalisée et affiche standard.

2.2.7 Aspects éthiques et règlementaires

L'étude suit une méthodologie CNIL de type MR-004. Après avis auprès du comité de protection des personnes (CPP), l'étude s'inscrit dans le développement de connaissances sociales (marketing social) hors loi Jardé et n'implique pas la personne humaine. Par conséquent, aucune autorisation du CPP n'est nécessaire. Des fiches d'informations sur le déroulement de l'étude et d'autorisation pour la photographie ont été remis aux médecins (Annexe G) et aux patients (Annexe H). Les patients et médecins ont participé à l'étude sur la base du volontariat. Les questionnaires patients et médecins sont anonymes. Les cabinets ont été rendus anonymes pour l'étude selon des numéros dans l'ordre d'inclusion 1, 2, 3, 4 et 5.

2.3 Résultats

2.3.1 Description de la population participante : Patients, médecins et cabinets médicaux

362 patients sont passés en consultation sur les jours de l'étude, dans 5 cabinets médicaux pour 11 médecins généralistes. 268 patients ont pu être inclus (Figure 1).

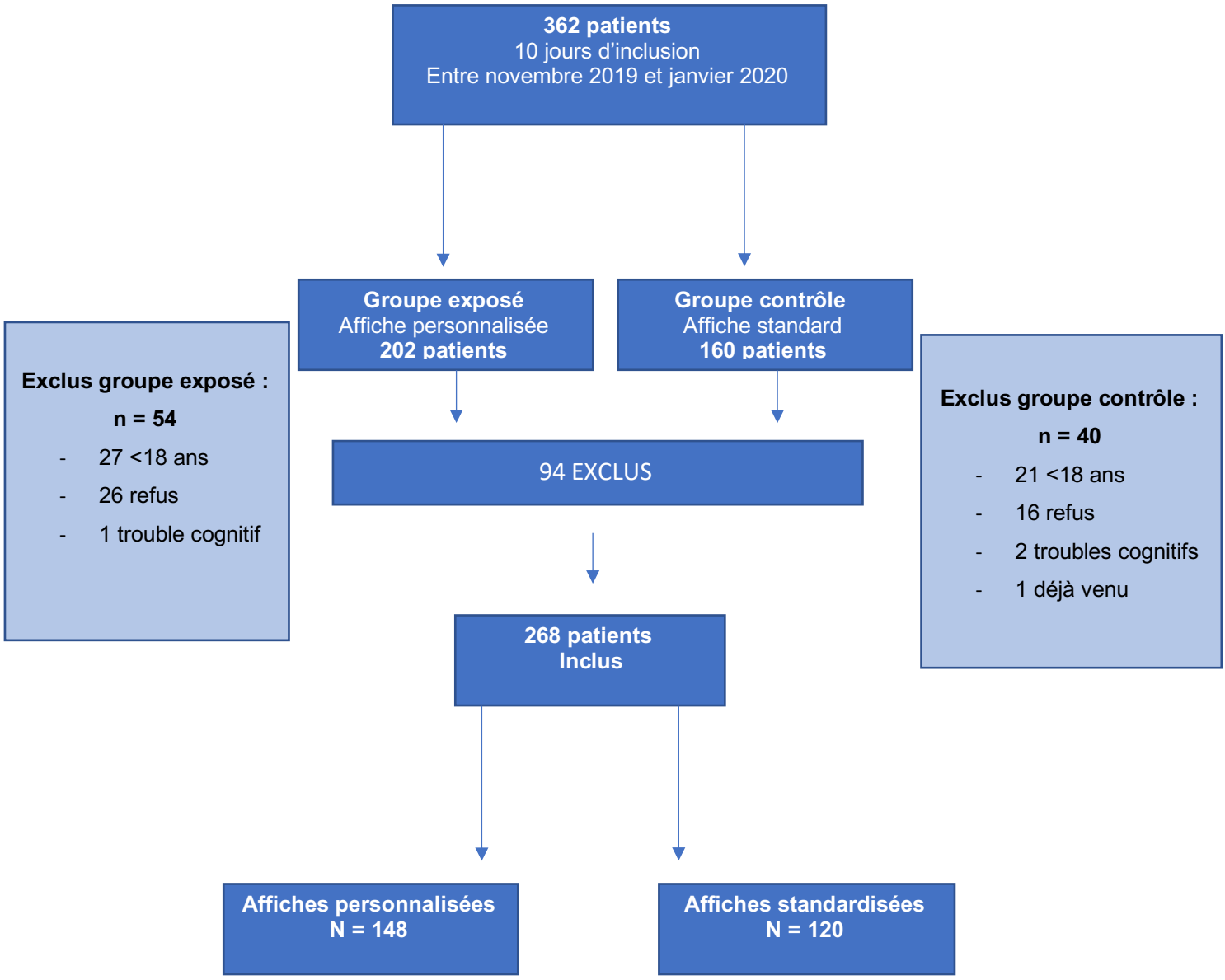


Figure 1: Diagramme de flux

Dans le groupe intervention, 148 patients ont pu être inclus. Il y avait 20,27% de fumeurs, l'âge médian était de 55 ans et s'étalait de 18 à 89 ans. On retrouvait 44,59% d'hommes et 55,41% de femmes. Le temps d'attente en salle d'attente majoritairement retrouvé était entre 5 et 15 minutes pour 47,97% des patients.
Dans le groupe contrôle, 120 patients ont pu être inclus. Il y avait 20,00% de fumeurs, l'âge médian était de 56 ans et s'étalait de 18 à 93 ans. On retrouvait 44,17% d'hommes et 55,83% de femmes. Le temps d'attente en salle d'attente majoritairement retrouvé était entre 5 et 15 minutes pour 45,00% des patients.
Concernant les autres caractéristiques des patients, nous n'observons pas de différence de distribution des effectifs entre les deux groupes d'exposition. Ces caractéristiques sont décrites en annexe (Annexe I - Tableau I).

La population cabinet par cabinet des médecins de l'étude et des patients est décrite (Annexe J - tableau II). Concernant les conditions d'attente dans chacun des cabinets, on observe un temps d'attente long dans le cabinet 3 (plus de 30 minutes) et plutôt court (de 5 à 15 minutes) dans les cabinets 1, 2, 4 et 5 quel que soit le groupe d'exposition. Le nombre de professionnels en photographie sur l'affiche personnalisée est de 1 à 2 pour les cabinets 1, 3 et 5 et de 12 professionnels dans les cabinets 2 et 4. Le nombre d'affiches déjà exposées en salle d'attente est faible pour les cabinets 1 et 3 et élevé pour les cabinets 2, 4 et 5, quel que soit le groupe d'exposition. Ces modalités sont décrites (Tableau II – Annexe J).

2.3.2 Critère de jugement principal : différence de pourcentages de mémorisation du message avec l'affiche personnalisée versus l'affiche standard

43,92% des patients exposés à l'affiche personnalisée et 20,83% des patients exposés à l'affiche standard retiennent le message de l'affiche. L'analyse statistique permet de mettre en évidence une différence statistiquement significative entre ces pourcentages (*p = 0,0001)*.

Si on considère uniquement les patients reçus par les médecins présents sur l'affiche (n=220), 48,00% mémorisent le message avec l'affiche personnalisée et 25,26% avec l'affiche standardisée. L'analyse permet de mettre en évidence une différence significative *(p = 0,0006)* (Annexe K).

Tableau 1: Pourcentages et effectifs de patients ayant mémorisé le message de l'affiche dans la population de l'étude en fonction du type d'affiche (n=268)

	AP	AS
n M+ / N (%)	65 / 148 (43,92)	25/120 (20,83)
n M- / N (%)	83/148 (56,08)	95/120 (79,17)

AP (groupe affiche personnalisée = groupe intervention) ; AS (groupe affiche standard = groupe contrôle) ;
N (effectif total du groupe d'exposition) ; nM+ (effectif ayant mémorisé le message) ; nM- (effectif n'ayant pas mémorisé le message) ; % (pourcentage de l'effectif ayant mémorisé (M+) ou non (M-) le message de l'affiche dans chaque groupe).

2.3.3 Critères de jugements secondaires

2.3.3.1 Description des résultats : critère de jugement principal en sous-groupes

Les figures 2 à 5 illustrent la mémorisation du message (pourcentage de l'effectif), pour chacun des groupes d'exposition, affiche personnalisée ou affiche standard, en fonction du cabinet étudié, du temps d'attente, du statut tabagique et de l'âge.

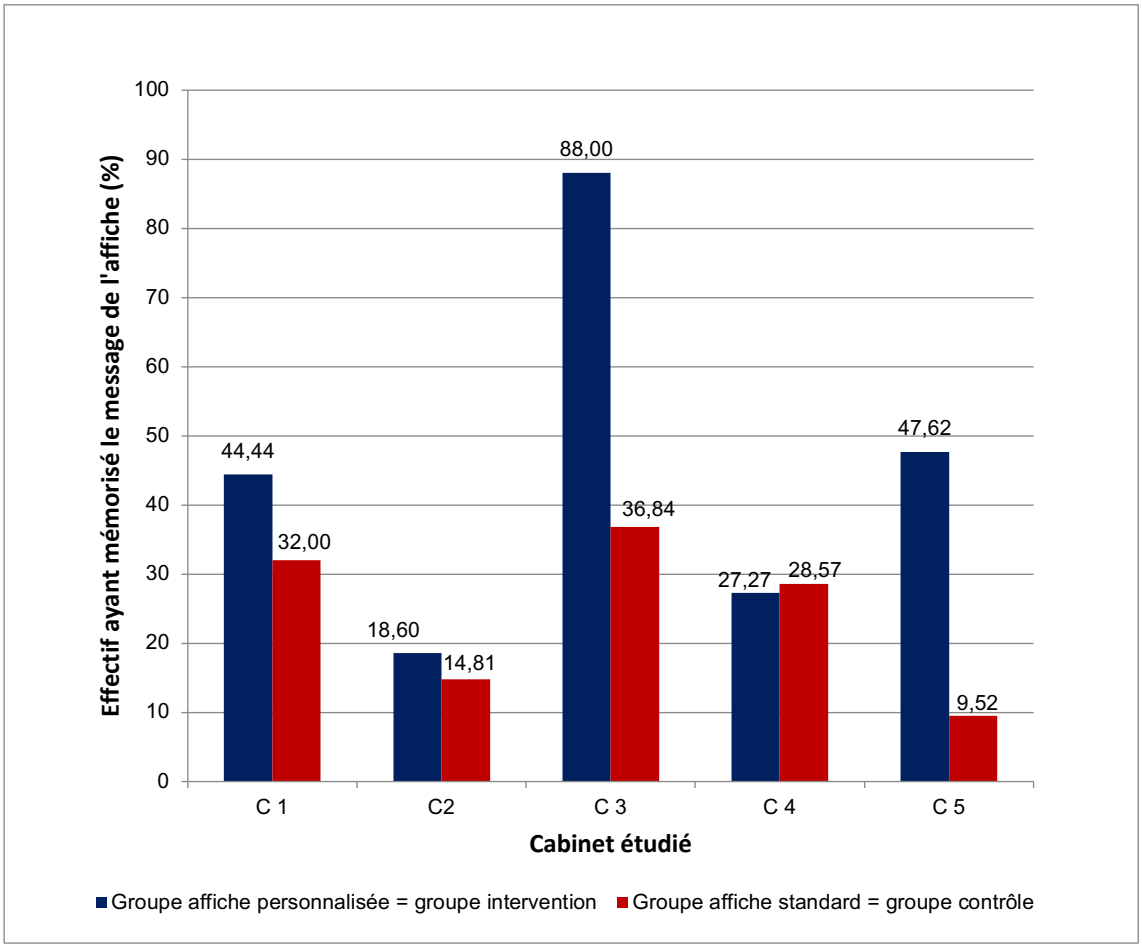


Figure 2: Mémorisation du message en fonction du cabinet de consultation étudié pour chacun des groupes d'exposition

Le message de l'affiche semble mieux mémorisé dans chacun des cabinets dans le groupe affiche personnalisée. L'effectif mémorisant le message s'étale de 88,00% à 18,60% dans le groupe intervention et de 36,84% à 9,52% dans le groupe contrôle. La différence de mémorisation au sein d'un même cabinet entre les deux groupes d'exposition varie. Elle est nulle dans le cabinet 4 (0,95 fois moins environ), très légère dans le cabinet 2 (1,26 fois environ), moins du double (1,39 fois environ) dans le cabinet 1 et de plus du double dans le cabinet 3 (2,39 fois environ) et dans le cabinet 5 (5 fois environ) lors de l'exposition à l'affiche personnalisée par rapport à l'exposition à l'affiche standard.

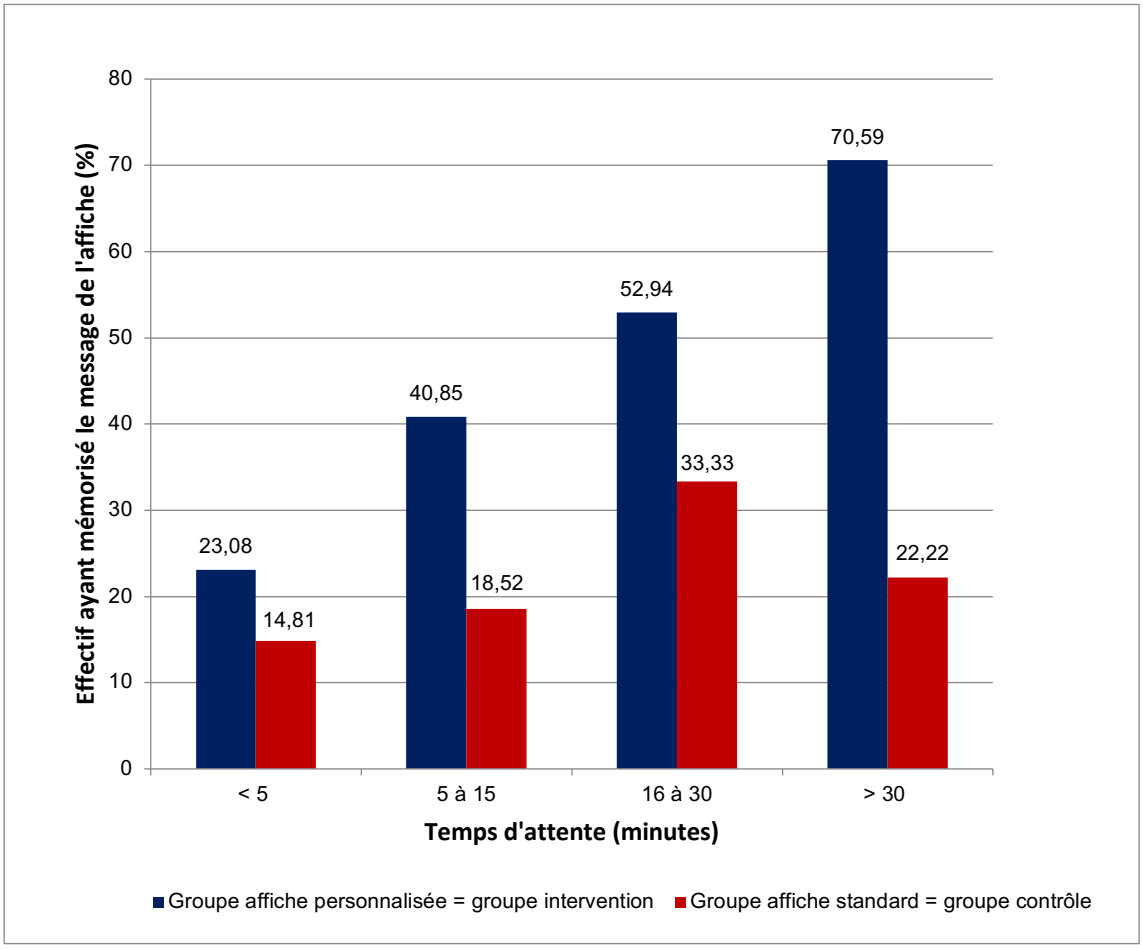


Figure 3: Mémorisation du message en fonction de la tranche de temps d'attente pour chacun des groupes d'exposition

Le message semble mieux retenu lors de l'exposition à l'affiche personnalisée quel que soit le temps d'attente. On observe plus d'un doublement du pourcentage de mémorisation pour des temps d'attente entre 5 et 15 minutes et lors d'une attente de plus de 30 minutes entre les deux types d'exposition.

Plus le temps d'attente augmente, plus le pourcentage d'effectif ayant mémorisé le message augmente lors de l'exposition à l'affiche personnalisée (23,08 % pour moins de 5 minutes de temps d'attente à 70,59 % lors d'une attente de plus de 30 minutes).

Dans le groupe affiche standard, la mémorisation augmente avec le temps d'attente (14,81% pour une attente de moins de 5 minutes d'attente à 33,33% pour une attente de 16 à 30 min) mais semble décroitre au-delà d'une attente de plus de 30 minutes (22,22%).

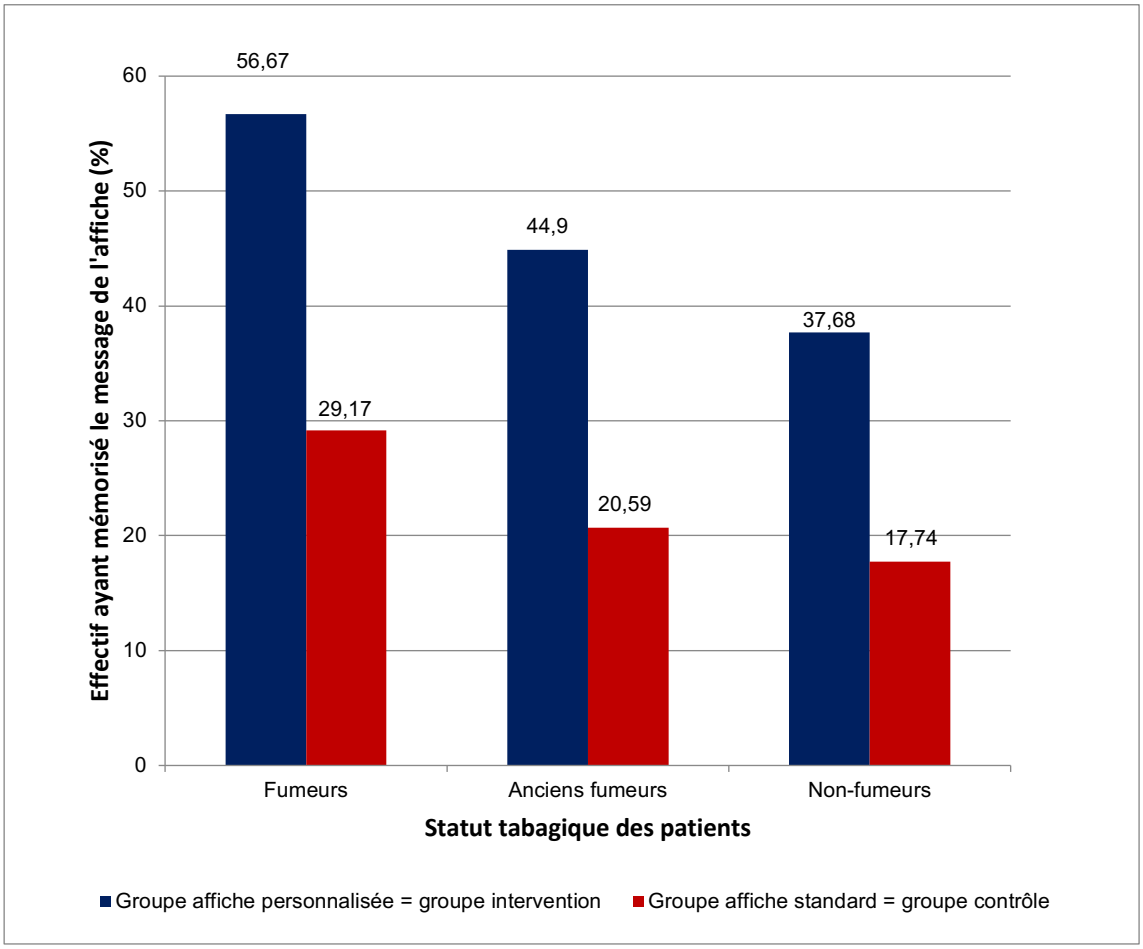


Figure 4: Mémorisation du message en fonction du statut tabagique pour chacun des groupes d'exposition

Quel que soit le statut tabagique du patient, l'effectif mémorisant le message semble plus important dans le groupe affiche personnalisée. Les fumeurs retiennent le message dans 56,67% des cas lors de l'exposition à l'affiche personnalisée et dans 29,17% des cas lors de l'exposition à l'affiche standard. On observe une augmentation de mémorisation de plus de 94% environ du pourcentage de mémorisation de l'affiche standard lors de l'exposition à l'affiche personnalisée. Pour les anciens fumeurs ou non-fumeurs, l'augmentation de la mémorisation est de plus de 100% entre les deux groupes d'exposition.

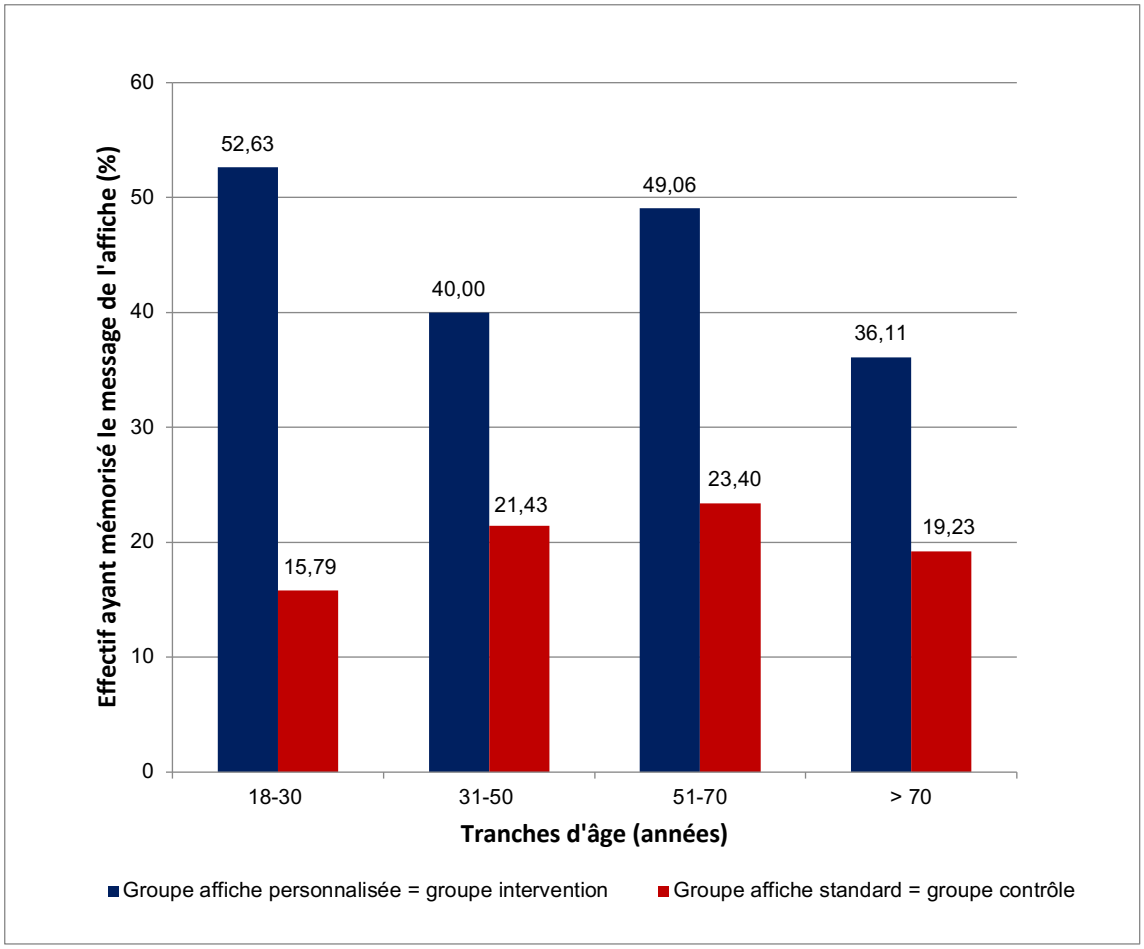


Figure 5 : Mémorisation du message en fonction des tranches d'âge pour chacun des groupes d'exposition

Quel que soit la tranche d'âge, l'effectif de patient ayant mémorisé le message est plus important lors de l'exposition à l'affiche personnalisée. La mémorisation est 3,33 fois plus importante dans la tranche d'âge 18-30 ans, 2,1 fois plus importante dans le groupe 51 à 70 ans, 1,88 fois plus importante dans le groupe plus de 70 ans et 1,87 fois plus importante environ dans le groupe 31 à 50 ans lors de l'exposition à l'affiche personnalisée.

Toutes les catégories socio-professionnelles retiennent plus le message quand l'affiche est personnalisée. Cela est particulièrement retrouvé dans certaines catégories : 66,67% des étudiants, 50,00% des employés et 41,67% des sans-emploi.

Il n'y a pas de différence sur le sexe. 45,12% des femmes et 42,42% des hommes enregistrent le message quand l'affiche est personnalisée et 23,88% et 16,98% respectivement quand elle est standardisée.

2.3.3.2 Analyse de la mémorisation comparée selon les cabinets

Deux des trois paramètres sont communs entre cabinets comparés : Temps d'attente, Nombre d'affiches en salle d'attente, Nombre de professionnels en photographie sur l'affiche personnalisée.
On étudie la différence de mémorisation en fonction du troisième critère qui diffère.

- Les cabinets 1 et 3 présentent des temps d'attentes différents.

Les critères « nombre d'affiches déjà exposées » et « nombre de professionnels en photo sur l'affiche » sont similaires et ne varient pas entre ces deux cabinets. On note un nombre faible d'affiches médicales déjà exposées en dehors de celle étudiée (2 pour le cabinet 1 et 0 pour le cabinet 3) et un nombre faible de professionnels en photo sur l'affiche (2 pour le cabinet 1 et 1 pour le cabinet 3). Seul le critère « temps d'attente » varie.

Dans le cabinet 1, ayant un temps d'attente court, allant de 5 à 15 min, 44,44% des patients retiennent le message de l'affiche lors de l'exposition à l'affiche personnalisée. Au contraire, dans le cabinet 3, qui a un temps d'attente long, plus de 30 minutes, 88,00% des patients retiennent le message de l'affiche dans ces mêmes conditions d'exposition. La différence de pourcentage de mémorisation du message lors de l'exposition à l'affiche personnalisée entre le cabinet 1 qui a un temps d'attente court et le cabinet 3 qui a un temps d'attente long, semble significative *($p = 0,001$)*.

- Les cabinets 1 et 5 ont des habitudes d'affichage en salle d'attente opposées.

Le cabinet 1 expose très peu d'affiches médicales en dehors de celle étudiée (2 affiches). Le cabinet 5, en expose, un nombre plus important (12 affiches). Les autres critères ne varient pas : le nombre de professionnels en photo pour ces deux cabinets est faible (2 professionnels) et le temps d'attente court (entre 5 et 15 minutes). Seul le critère « nombre d'affiches au mur » varie.

Dans le cabinet 1 qui a peu d'affiches au mur, 44,44% retiennent le message de l'affiche personnalisée. Dans le cabinet 5, qui expose beaucoup d'affiches, 47,62% des patients retiennent le message dans ce même groupe affiche personnalisée. La différence de pourcentage de mémorisation entre le cabinet 1 qui a peu d'affiches exposées et le cabinet 5 qui en a beaucoup, ne semble pas significative lors de l'exposition des patients à l'affiche personnalisée *($p = 0,76$)*.

Dans ces mêmes cabinets, dans le groupe affiche standard, la mémorisation est de 32,00% pour le cabinet 1 qui a peu d'affiches exposées et de 9,52% pour le cabinet 5 qui en possède beaucoup. L'analyse montre une différence significative du pourcentage de mémorisation du message entre le cabinet 5 (beaucoup d'affiches) et le cabinet 1 (peu d'affiches) lors de l'exposition des patients à l'affiche standard *($p = 0,04$)*.

- Les cabinets 2 et 4 ont un nombre de professionnels sur la photo élevé qui diffère des autres cabinets.

Les cabinets 2 et 4 ont par ailleurs, les mêmes conditions d'attentes que le cabinet 5 (beaucoup d'affiches exposées en plus de celle étudiée et un temps d'attente court allant de 5 à 15 minutes). Seul le critère « nombre de professionnels en photo » varie.

La mémorisation lors de l'exposition à l'affiche personnalisée dans les cabinets 2 et 4 (effectifs réunis) avec une photo comportant 12 professionnels est de 20,37%.
Dans le cabinet 5, qui a 2 professionnels en photo, pour ces mêmes conditions d'exposition, la mémorisation est de 47,62%.

L'analyse statistique semble retrouver une différence significative du pourcentage de mémorisation entre les cabinets 2 et 4 (12 professionnels en photo) versus le cabinet 5 (2 professionnels en photo) *(p = 0,005)*.

2.3.3.3 Influence de l'affiche sur leur comportement selon l'avis des patients

Les patients sont 89,23% à penser qu'une affiche personnalisée pourrait inciter les fumeurs à demander de l'aide pour un arrêt du tabac dans le groupe exposé. Ce chiffre est de 93,75% chez les fumeurs.
Les patients sont 72,00% à penser qu'une affiche standard pourrait inciter les fumeurs à demander de l'aide pour un arrêt du tabac dans le groupe contrôle. Ce chiffre est de 57,14% chez les fumeurs.
2 patients fumeurs du groupe exposé ont rapporté avoir été influencés par l'affiche et avoir discuté de ce fait du tabac en consultation avec le médecin. Aucun patient du groupe contrôle n'a discuté du tabac en consultation grâce à l'influence de l'affiche.

2.3.3.4 Enquête auprès des médecins : impact clinique de l'affiche

2 patients non-fumeurs exposés à l'affiche personnalisée ont rapporté spontanément la personnalisation de l'affiche (photographie) à leur médecin en consultation. Aucun patient n'a rapporté l'affiche standard. Aucun n'a énoncé le message des affiches. Aucun fumeur n'a débuté un arrêt du tabac les jours de l'étude quelle que soit l'affiche apposée en salle d'attente.

2.4 Discussion

2.4.1 Un taux de mémorisation du message doublé dans la population de l'étude avec l'affiche personnalisée

L'objectif pragmatique choisi, du doublement au moins de la mémorisation lors de l'exposition à l'affiche personnalisée, a été atteint sur l'ensemble de la population de l'étude.

La différence étant suffisamment importante, cela pourrait justifier le déploiement des moyens nécessaires dans le cadre du projet LAST.

2.4.2 Les résultats en sous-groupes

Une tendance au doublement de la mémorisation en sous-groupe entre l'affiche personnalisée et l'affiche standard semble s'observer pour les cabinets 3 et 5, les temps d'attentes entre 5-15 minutes et > 30 minutes, certaines tranches d'âge (18-30 ans et 51-70 ans), chez les anciens fumeurs et non-fumeurs (Figures 2 à 5).

La différence serait particulièrement marquée dans le cabinet 3, pour un temps d'attente > 30 minutes, pour les 18-30 ans.

Le message de l'affiche personnalisée semble également bien retenu par les fumeurs. Le doublement de mémorisation par rapport à l'affiche standard (augmentation de 100%) attendu dans la population globale de l'étude est quasiment atteint pour cette sous-catégorie.

2.4.3 Des variations importantes du taux de mémorisation du message selon le cabinet

L'analyse de la mémorisation entre les cabinets ayant des conditions d'attentes différentes semble indiquer une possible influence des éléments suivants sur la mémorisation de l'affiche personnalisée : le nombre de professionnels en photo sur l'affiche, le nombre d'affiches en salle d'attente et le temps d'attente. Ces facteurs sont intéressants à analyser car ils permettraient de segmenter la cible ou de mettre en place un environnement favorable à l'affichage dans le cadre du projet LAST.

2.4.3.1 Le nombre de professionnels sur la photographie

Une moins bonne mémorisation du message semble apparaître dans les cabinets 2 et 4, qui ont 12 professionnels en photo sur l'affiche personnalisée par rapport aux autres cabinets qui ont peu de professionnels en photo (cabinet 1, 3 et 5). On note effectivement seulement 18,60% de mémorisation dans le cabinet 2 et 27,27% dans le cabinet 4 alors que les cabinets 1, 3 et 5 ont respectivement 44,00%, 88,00% et 47,62% de mémorisation lors de l'exposition à l'affiche personnalisée.

On observe également peu de différences de mémorisation au sein de ces cabinets 2 et 4 entre affiche personnalisée et standardisée par rapport à la différence observée dans des cabinets où le nombre de professionnels en photo sur l'affiche est plus faible (1, 3 et 5). Elle est seulement de 1,26 fois plus pour le cabinet 2 avec l'affiche personnalisée, et négative pour l'exposition à l'affiche personnalisée dans le cabinet 4. Dans les autres cabinets qui ont peu de professionnels en photo, la différence de mémorisation est de 1,39, 2,39 et 5 fois plus dans les cabinets 1, 3 et 5, respectivement lors de l'exposition à l'affiche personnalisée.

La majeure différence entre les cabinets 2, 4, et le reste des autres cabinets, est le nombre de professionnels en photo. Au sein de ces cabinets, une photographie commune, associée à l'équipe paramédicale qui reflétait mieux leurs pratiques (12 professionnels sur l'affiche) a été exposée sur l'affiche personnalisée. Les patients ont pu avoir plus de difficultés pour identifier leur médecin sur l'affiche. Il est possible aussi que la relation au soignant soit moins personnalisée dans des structures plus importantes. Quand les médecins sont peu nombreux sur la photographie, le regard se pose nécessairement plus facilement sur le médecin, ce qui facilite son identification et attise la curiosité. Pour mieux retenir le message de l'affiche, il semblerait donc qu'un ou deux professionnels sur la photographie soient préférables.

2.4.3.2 Le nombre d'affiches déjà présentes en salle d'attente

La mémorisation du message semble plus importante dans les cabinets 1 et 3, qui comportent peu d'affiches exposées en plus de l'affiche étudiée, par rapport aux autres cabinets, quel que soit le type d'exposition. Dans le cabinet 1, on note 44,00% et 32,00% de mémorisation et dans le cabinet 3, 88,00% et 36,84% de mémorisation, respectivement pour l'affiche personnalisée et standardisée.

Au contraire, les cabinets 2 et 5 ont un affichage plus fourni (entre 11 et 12 affiches exposées en plus de l'affiche étudiée). Le message de l'affiche standard semble moins bien retenu dans ces conditions, 14,81% et 9,52% respectivement. Cependant, il est intéressant de constater que le cabinet 5 semble présenter, une bonne mémorisation du message de l'affiche personnalisée de 47,62%.

L'analyse de la mémorisation entre le cabinet 1 (peu d'affiches exposées) et le cabinet 5 (beaucoup d'affiches exposées) semble montrer une absence de différence de mémorisation lors de l'exposition à l'affiche personnalisée mais une différence significative de mémorisation entre ces deux cabinets lors de l'exposition à l'affiche standard. On pourrait donc retenir que le nombre d'affiches exposées, influe sur la mémorisation du message d'une affiche standard. L'affiche personnalisée semblerait mieux retenir l'attention des patients malgré un nombre conséquent d'autres affiches autour.

2.4.3.3 Le temps d'attente

Sur la globalité des patients, on semble observer une corrélation linéaire positive entre le temps d'attente et la mémorisation du message des 2 affiches. Le temps d'attente du cabinet 3 semble plus long. Il serait en majorité de plus de 30 minutes alors que dans les autres cabinets il est le plus souvent de 5 à 15 minutes. C'est dans ce cabinet qu'on semble obtenir la meilleure mémorisation pour les 2 affiches. L'analyse statistique entre le cabinet 1 qui a un temps d'attente faible (5 à 15 minutes) et le cabinet 3 (plus de 30 minutes) retrouve une différence significative de mémorisation entre ces deux cabinets lors de l'exposition à l'affiche personnalisée.

Le temps d'attente semble par conséquent influer sur la mémorisation d'une affiche personnalisée. Il paraît difficile d'augmenter le temps d'attente pour favoriser la mémorisation du message, mais il est possible de tenir compte de ce facteur, quand il existe.

2.4.3.4 La taille de la salle d'attente

La superficie estimée des zones d'attentes semble similaire entre les cabinets. Dans le cabinet 2, l'agencement est différent : il y a deux petites zones d'attente dans une grande salle. Il a été convenu de considérer ces zones d'attente distinctement en leur attribuant 2 affiches chacune ce qui revient à un rapport taille de la zone d'attente / nombre d'affiches similaire aux autres cabinets. Il semblerait donc que ce facteur n'ait pas beaucoup d'influence sur les résultats observés.

2.4.4 L'affichage personnalisé semble apprécié des patients interrogés

La majorité des patients ayant remarqué l'affiche pense qu'elle peut inciter un patient fumeur à demander de l'aide en cas de besoin, d'autant plus si l'affiche est personnalisée. Ce résultat est particulièrement marqué chez les fumeurs. Les patients évoquent souvent un besoin de soutien et d'accompagnement par le médecin traitant qui est une personne de confiance. Cette réponse a été donnée uniquement pour l'affiche personnalisée. Cela prouverait que les patients intègrent mieux que l'affiche avec photographie suggère l'aide de leur médecin personnellement.

Néanmoins, la présence d'une motivation personnelle au changement resterait pour les patients le facteur déclenchant primordial. Pour eux, une affiche isolée est loin d'être suffisante. Mais, ce n'est pas non plus l'objectif d'une affiche, qui est de signaler ce lieu comme étant un lieu ressource pour aider à l'arrêt du tabac, quand le patient s'y sera préparé.

2.4.5 Des résultats concordants avec la littérature sur les affiches standards

Notre étude va dans le sens des résultats de l'étude de Ward *et al*. et de Berkhout *et al*. [14, 26] : plus les patients passent du temps en salle d'attente, mieux le message serait retenu. Cependant, au-delà d'un certain temps d'attente (plus de 30 minutes), temps d'attente et mémorisation ne semblent plus liés positivement lors de l'exposition à l'affiche standard. T.Paita [15] aboutit aux mêmes conclusions dans sa thèse avec des temps d'attente très longs (de 24 à 70 minutes en moyenne).

Les résultats de nos recherches rejoignent ceux de la thèse de T. Paita sur les affiches standards [15] : moins il y a d'affiches, mieux le message semble être retenu. Dans son étude, qui visait à comparer l'efficacité d'une affiche unique versus affiches multiples, 70% des patients déclarent avoir vu une affiche standard lorsque aucune affiche n'est exposée en dehors de celle étudiée et 51% lorsqu'il y a 6 affiches ($p=0,002$). De plus, il retrouvait 53% de patients capables de citer au moins un conseil inscrit sur l'affiche lorsqu'il n'y avait aucune affiche exposée en dehors de celle étudiée et 40% lorsqu'il y avait 6 affiches exposées ($p=0,03$). Le nombre d'affiches exposées en salle d'attente jouerait un rôle sur la mémorisation du message d'une affiche standard.

Nos pourcentages de mémorisation du message sont plus faibles que ceux retrouvés dans la thèse T.Paita [15]. Ils sont également inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude de Ward *et al*. [14] sur des affiches standards. Sur la globalité de la population de son étude, 82% des patients déclarent avoir vu une affiche en salle d'attente et 74% déclarent se souvenir du sujet lors de l'exposition d'une affiche sur l'arrêt du tabac. Néanmoins, dans l'étude de Ward *et al*. [14] toutes les affiches étaient retirées en dehors de l'affiche étudiée. De plus, ces études se basent sur l'utilisation d'auto-évaluation via des questionnaires remis aux patients en sortie de consultation. Nous avons utilisé des conditions plus strictes de recueil de la mémorisation du message de l'affiche via une hétéro-évaluation. Chaque patient se voyait répondre à un questionnaire, dans une pièce distincte de la salle d'attente en sortie de consultation. Les questions étaient posées par les thésards eux-mêmes. Ces conditions de recueil des données peuvent expliquer les différences observées. De plus, notre étude s'est déroulée en conditions réelles, toutes les affiches existantes étaient laissées au mur.

Les médecins de l'étude soulignent l'importance de relayer le message en consultation pour potentialiser l'effet du message délivré par l'affiche comme dans les thèses de P. Szilvassy, A. Nizard et N. Spilthooren [21-23]. De plus, il ne suffit pas d'une seule consultation pour susciter une demande d'aide à l'arrêt du tabac. Comme le préconise la HAS, un suivi régulier sur du long terme est primordial. Cela ayant pour but d'accompagner l'intention du patient dans un changement durable [2].

Dans notre étude, il semblerait que les fumeurs retiennent bien le message quel que soit le type d'affiche. Ceci va dans le sens de la thèse de A-S. Pape qui montre qu'un patient directement concerné par une affiche standard retient plus facilement son message [18]. Notre étude montre que cette remarque semble également pouvoir s'appliquer à la mémorisation avec une affiche personnalisée. La personnalisation semble améliorer ce résultat de façon nette. Néanmoins, une nuance est à apporter, car le tabagisme concerne indirectement de nombreux patients non-fumeurs par le biais d'un proche fumeur. Plusieurs personnes non-fumeuses nous ont déclaré qu'elles allaient transmettre l'information aux personnes concernées.

2.4.6 Forces et faiblesses de l'étude

2.4.6.1 Les forces

Cette recherche originale est la première étude prospective qui analyse l'efficacité d'une affiche personnalisée avec photographie des professionnels de santé en cabinet de médecine générale libérale.

Les affiches personnalisées ou standards ont été disposées exactement au même endroit dans la salle d'attente d'un même cabinet et l'ordre d'affichage a été tiré au sort électroniquement. Les affiches préexistantes étaient laissées à leur place. Tout ceci permet de neutraliser les différences non liées à notre affichage dans la comparaison des deux types d'affiches.

L'utilisation d'une hétéro-évaluation par questionnaire a été un point important de notre travail pour limiter les biais de mémorisation. En effet, il permet d'interroger les patients à la sortie de la consultation et de s'assurer qu'ils aient mémorisé l'affiche pendant leur temps d'attente, sans repasser une seconde fois dans la salle d'attente.

Nous avons proposé le questionnaire à tous les patients ayant attendu en salle d'attente des cabinets inclus dans l'étude même si la consultation n'avait pas été réalisée par un médecin présent sur l'affiche : consultation par un remplaçant, un interne, un médecin du travail. En effet, ce sont les cabinets qui doivent être identifiés comme un LAST (lieu d'accompagnement à la santé sans tabac) et les médecins présents sur l'affiche car ressources pour le patient. Néanmoins, nous avons vérifié que cela ne constituait pas un biais. La différence de pourcentage de mémorisation du message entre affiche standard et personnalisée reste significative en excluant ces patients (Annexe K).

Nous avons fait le choix d'interroger tous les patients, quel que soit le statut tabagique. Le rôle d'une affiche est de médiatiser le lieu comme offrant la possibilité d'accompagnement et non, l'arrêt du tabac en lui-même. Cela a permis d'observer que les fumeurs se sentent concernés par le message véhiculé par l'affiche, quel que soit le type d'affiche. La personnalisation, améliore ce résultat de façon nette. De plus, beaucoup de patient non-fumeurs nous ont souligné l'intention de diffuser l'information à leurs proches fumeurs. L'entourage du fumeur est un élément majeur du contexte motivationnel. En relayant l'information à leurs proches fumeurs, l'entourage devient vecteur de l'information, augmente la portée de l'affiche et participe à la diffusion du message.

Enfin, une affiche personnalisée demande plus de moyens (financiers, humains et organisationnels) qu'une affiche standardisée. Cependant, la mise en pratique dans le cadre du projet LAST est réalisable pour tous les cabinets où les médecins le souhaiteront.

2.4.6.2 Les faiblesses

L'exploration sur seulement 5 cabinets, avec une hétérogénéité des résultats selon les sites, même expliquée, constitue une limite.

La plupart des biais (déclaratifs, de désirabilité sociale ...) sont identiques dans les deux bras. Le réel biais est l'absence de double-aveugle. Les patients étaient en simple-aveugle sur le thème du questionnaire et le lien avec l'affiche exposée. Les investigateurs qui posaient les questions aux patients avaient eux-mêmes affiché l'affiche étudiée et par conséquent connaissaient le type d'affiche exposée. Néanmoins, ils ont posé les questions en lisant strictement le questionnaire pour tenter d'y pallier. Les médecins étaient aussi au courant du type d'affiche exposée, mais avaient pour consigne stricte, de ne pas référer l'affiche au patient en consultation, sauf si le patient lançait spontanément la discussion.

Les patients fumeurs retiennent le message mais ne semblent pas demander d'aide pour arrêter de fumer le jour même. Ceci est concordant avec les résultats des études de Berkhout *et al.* sur la vaccination anti-grippale et de Ashe *et al.* sur la prescription antibiotique, où on retrouve un impact clinique faible des affiches standardisées [24,25]. Dans notre étude, seulement 2 patients ont parlé de l'affiche à leur médecin lors de la consultation. Ils étaient non-fumeurs mais exposés au tabagisme passif. Parmi les patients fumeurs ayant parlé de leur consommation de tabac avec leur médecin lors de la consultation, 2 ont rapporté avoir été influencés par l'affiche. Aucun n'a formulé de demande d'aide à l'arrêt. Il est cependant intéressant de noter que ces résultats ne concernent que l'affiche personnalisée.

L'arrêt du tabac n'est pas l'objectif direct de l'affiche dans le cadre du projet LAST. Elle permet simplement d'informer le fumeur, en lui permettant de repérer qu'il peut trouver de l'aide auprès de son médecin traitant, quand il aura avancé dans sa trajectoire avec le tabac. En effet, l'exposition du fumeur en intention d'agir face à une affiche personnalisée serait susceptible de le faire passer à l'action avec une demande d'aide auprès de son médecin habituel. Le message de l'affiche peut aussi favoriser une demande d'aide, à plus ou moins long terme. L'intention d'agir est extrêmement fluctuante, souvent d'un jour à l'autre [11]. Lorsqu'elle se manifeste, une information retenue facilitante pour le changement peut favoriser ce dernier. D'autre part, certains patients ont souligné vouloir rapporter le message de l'affiche à leur entourage fumeur, l'impact pourrait donc aussi être indirect.

Pour finir, ce message doit être renforcé par un conseil à l'arrêt en consultation en relayant le message de l'affiche. Or dans notre étude, les médecins avaient pour consigne de ne pas modifier leurs habitudes de consultation. Un médecin formé dans le cadre du projet LAST serait libre de le faire, ce qui potentialiserait l'impact du message de l'affiche. La mise en évidence d'un impact sur les demandes d'arrêt du tabac nécessiterait une observation beaucoup plus longue dans le temps, mais il paraît difficile d'isoler la part de l'affiche dans le passage à l'action des fumeurs.

2.4.7 Implication des résultats pour la pratique et la recherche future

Dans le cadre du projet LAST, le choix du type d'affiche ne sera pas imposé aux médecins. Notre thèse leur permettra de s'orienter dans leur choix en étant conscient du gain d'efficacité que peut apporter une affiche personnalisée sur la mémorisation du message par le patient. L'idée à terme est d'avoir une proposition d'affichage polymorphe adaptée aux différents professionnels, à leur patientèle et à l'environnement de leur cabinet.

L'étude a été menée et conçue pour répondre aux besoins du projet LAST. Néanmoins, les données ont été récoltées en cabinet de médecine générale, en pratique courante. Les résultats sont très encourageants. Cependant, l'exploration sur seulement 5 cabinets, avec une hétérogénéité des résultats selon les sites, semble nécessiter d'autres études afin de confirmer les résultats obtenus, dans une population plus importante, avant de pouvoir extrapoler de façon certaines ces données.

De plus, il apparaît intéressant de poursuivre d'autres études afin de savoir si une affiche personnalisée peut permettre une telle mémorisation dans d'autres domaines de prévention que l'arrêt du tabac.

L'impact clinique de cette affiche serait évidemment important à évaluer. Des études prospectives de longue durée, à plus grande échelle et sur d'autres thèmes de santé publique, pourraient être envisagées.

2.5 Conclusion

La mémorisation du message de l'affiche par le patient est statistiquement meilleure quand l'affiche est personnalisée par la photographie du médecin.

La situation idéale pour favoriser la mémorisation serait une affiche avec peu de professionnels en photographie, avec un faible nombre d'autres sources d'information.

Le message d'une affiche n'a de sens qu'intégré dans une organisation globale bien coordonnée, au niveau du territoire, et reprise par le professionnel au niveau de son cabinet.

L'affiche en salle d'attente de médecine générale, même d'efficacité réduite, a l'avantage de ne pas mobiliser du temps soignant, et peut favoriser des demandes utiles.

Ce travail, financé dans le cadre d'un projet important en Nouvelle-Aquitaine, s'intègre dans une stratégie de marketing social pensée, construite, évaluée et développée selon les axes les plus efficients, intégrant la participation des patients et des professionnels dès la conception. L'objectif en était pragmatique et met à disposition du projet des éléments concluants et utiles.

2.6 Bibliographie

1. Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):271-7.

1. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. [Internet]. HAS ; Nov 2014. [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours.

3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328(7455):1519-1527.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition - DSM-5, Washington DC: APA, 2013.

5. World Health Organization. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. [Internet]. World Health Organization; 1994 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316

6. Fatseas M, Dubernet J, Auriacombe M. Addicto : Le Polycop de Bordeaux. Enseignement d'addictologie. [Internet]. 2019 [Consulté le 19 mars 2020]. Disponible sur : http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static56/addictologie-enseignement-formations

7. Auriacombe M, Fatseas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. Ann Med Psychol. 2018;176:746-9.

8. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie : étude longitudinale comparative randomisée auprès de 163 médecins généralistes d'Aquitaine. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.

9. Crevoisier L. Étude des freins et leviers à l'implication des médecins généralistes et pharmaciens dans l'accompagnement des fumeurs pour leur addiction au tabac, en Nouvelle-Aquitaine. Thèse de Médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2019.

10. Sprimont M, Lajzerowicz N, Castera P. Accompagnement collectif pour l'arrêt du tabac : retour d'expérience. Médecine. 2020;16(1):20-7.

11. Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeur·ses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal : enquête qualitative auprès des fumeur·ses au stade d'intention et préparation. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux; 2019.

12. Dumas A, Romuald F. Validation d'un outil de communication par affiche autour des troubles de l'érection des patients diabétiques en médecine générale (enquête qualitative auprès de patients diabétiques et de médecins généralistes). Thèse de médecine, Grenoble: Université de Grenoble; 2016.

13. Marquant T. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients. Thèse de médecine, Rouen: Université de Rouen; 2018.

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

15. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple : étude observationnelle. Thèse de médecine, Lyon: Université de Lyon; 2015.

16. 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 de médecine, Amiens: Université de Picardie; 2016.

17. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo LD, Chevallier B. The pediatrician's waiting room: A place for health education? Arch Pediatr. Jan 2005;12(1):10-15.

18. Pape A-S. Mise en place et évaluation de l'impact d'une action de prévention dans une maison de santé pluriprofessionnelle : l'affichage autour du diabète : étude quantitative auprès des patients diabétiques de la maison de santé d'Aizenay. Thèse de médecine, Nantes: Université de Nantes; 2017.

19. Rat C, Quereux G, Grimault C, Fernandez J, Poiraud M, Gaultier A, et al. Inclusion of populations at risk of advanced melanoma in an opportunistic targeted screening project involving general practitioners. Scand J Prim Health Care. Sep 2016;34(3):286-4.

20. Jones S, Babiker N, Gardner E, Royle J, Curley R, Hoo ZH, et al. Promoting adherence to nebulized therapy in cystic fibrosis: poster development and a qualitative exploration of adherence. Patient Prefer Adherence. Aou 2015;9:1109-20.

21. Szilvassy P. Étude IQA-VIH : impact d'une question associée à une affiche sur le dépistage du VIH en médecine générale. Thèse de médecine, Versailles: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014.

22. Nizard A. Étude SEPAP-VIH : synergie entre parole et affiche dans la prévention en médecine générale. Thèse de médecine, Versailles: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2015.

23. Spilthooren N. Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural : Freins, motivations et motifs de changement d'opinion quant à l'acceptation de ce suivi. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.

24. Berkhout C, Bouche-Willefert A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. PLoS One. Fev 2018;13(2):e0192155.

25. Ashe D, Patrick PA, Stempel MM, Shi Q, Brand DA. Educational posters to reduce antibiotic use. J Pediatr Health Care. Mai 2006;20:192-7.

26. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert A, Favre J, Peremans L, Van Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):202-10.

27. Assaf E. Impact de l'affichage de messages audiovisuels enregistrés par le médecin traitant sur les motifs de consultation. Thèse de médecine, Amiens: Université de Picardie; 2018.

3 Annexes

3.1 Annexe A : Affiche standardisée



3.2 Annexe B : Affiche personnalisée



3.3 Annexe C : Informations médecins : demande de participation à l'étude

Chers confrères,

Anciens internes en Médecine Générale, en phase de réalisation de thèse, nous nous adressons à vous, afin de vous proposer d'y participer. Elle s'inscrit dans une étude plus large menée par la COREADD (Coordination Régionale Addictions Nouvelle-Aquitaine) sur l'arrêt du tabac et qui mobilise pour l'instant une dizaine de doctorants, avec un financement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. La thèse est dirigée par le Pr Philippe CASTERA (Professeur associé au DMG à l'université de Bordeaux).

La question de recherche est : une affiche personnalisée permet-elle de favoriser la mémorisation du message de l'affiche ? La méthode choisie est un essai contrôlé randomisé par clusters. Le thème est l'aide à l'arrêt du tabac.

Les cabinets participants auront deux affiches apposées dans leur salle d'attente « affiches standards » (message d'aide) et « affiches personnalisées » (message d'aide et personnalisation au lieu et aux professionnels avec photographie), le sens (J1 et J2) sera défini par la randomisation.

L'investissement demandé sera minimal, dans une étude conçue par des médecins généralistes pour des médecins généralistes. Nous procèderons par la prise d'une photo de vous-même ou de toute l'équipe du cabinet médical. Ensuite, nous réaliserons l'affiche en lien avec le service marketing de l'association COREADD. La pose de l'affiche dans votre salle d'attente et le recueil de données auprès des patients à la sortie du cabinet se feront le jour même. L'étude dans votre cabinet durera deux jours (un pour l'affiche personnalisé et un autre pour l'affiche standard).

Nous procéderons pour des besoins comparatifs de l'étude à une photographie du mur de votre salle d'attente une fois l'affiche mise en place.

Un questionnaire très bref vous sera également soumis en fin de journée (quelques minutes).

Vos réponses ainsi que celles des patients seront anonymes et feront ensuite l'objet d'une analyse. Conformément à la réglementation, un dépôt à la CNIL est en cours. Vous pourrez si vous le souhaitez, vous retirer de l'étude à tout moment sans justification. Les résultats de l'étude vous seront adressés.

Si les résultats de l'étude sont positifs, les affiches proposées dans le cadre du projet seront personnalisées, ce qui justifie une organisation plus complexe et un coût plus élevé.

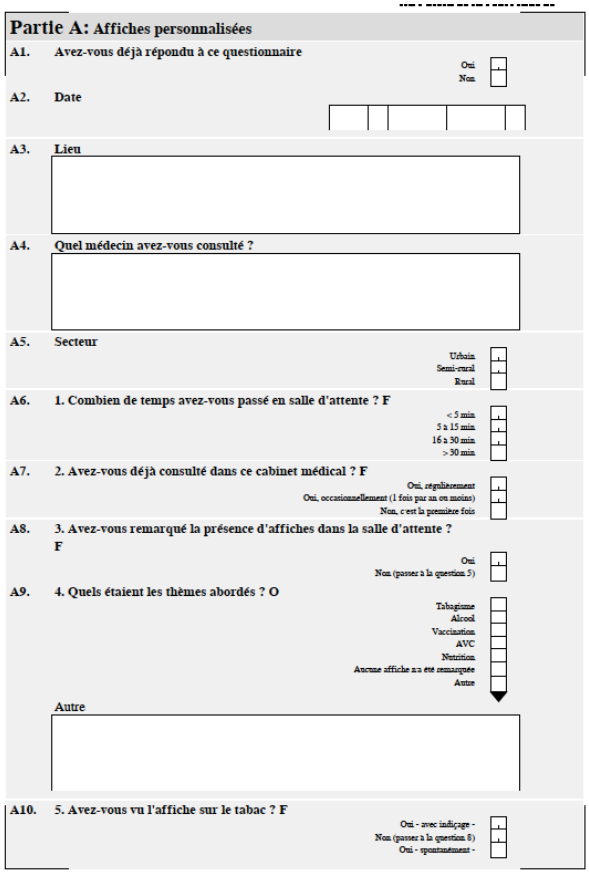
Votre participation est primordiale pour nous. Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous recontacterons très rapidement afin de fixer un rendez-vous pour la prise d'une photo.

Nous vous remercions par avance et restons disponibles pour toutes questions concernant cette étude.

Quentin HERNIOT Marie FOIX

Thésards en médecine générale

3.4 Annexe D : Questionnaire patient



Partie A: Affiches personnalisées

A1. Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire
Oui
Non

A2. Date

A3. Lieu

A4. Quel médecin avez-vous consulté ?

A5. Secteur
Urbain
Semi-rural
Rural

A6. 1. Combien de temps avez-vous passé en salle d'attente ? F
< 5 min
5 à 15 min
16 à 30 min
> 30 min

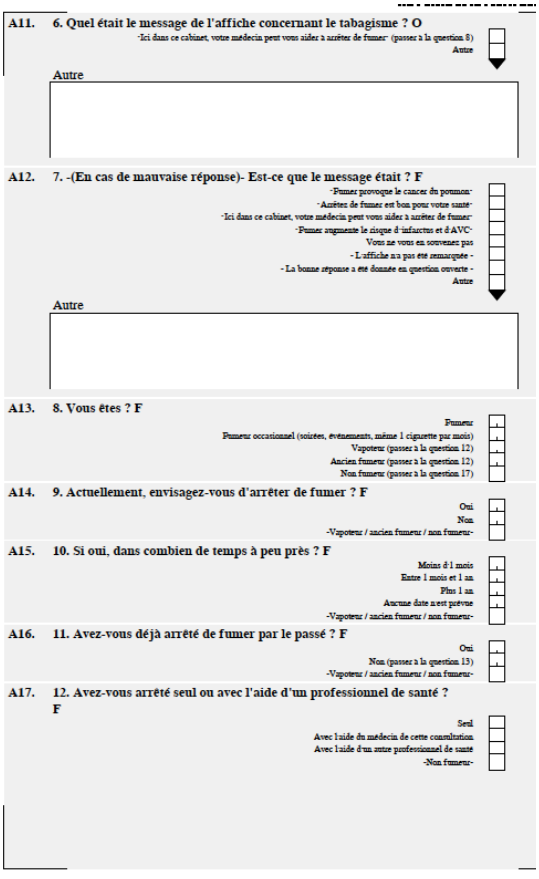
A7. 2. Avez-vous déjà consulté dans ce cabinet médical ? F
Oui, régulièrement
Oui, occasionnellement (1 fois par an ou moins)
Non, c'est la première fois

A8. 3. Avez-vous remarqué la présence d'affiches dans la salle d'attente ? F
Oui
Non (passer à la question 5)

A9. 4. Quels étaient les thèmes abordés ? O
Tabagisme
Alcool
Vaccination
AVC
Nutrition
Aucune affiche n.a été remarquée
Autre

Autre

A10. 5. Avez-vous vu l'affiche sur le tabac ? F
Oui - avec indicage -
Non (passer à la question 8)
Oui - spontanément -



A11. 6. Quel était le message de l'affiche concernant le tabagisme ? O
-Ici dans ce cabinet, votre médecin peut vous aider à arrêter de fumer- (passer à la question 8)
Autre

Autre

A12. 7. -(En cas de mauvaise réponse)- Est-ce que le message était ? F
-Fumer provoque le cancer du poumon-
-Arrêtez de fumer est bon pour votre santé-
-Ici dans ce cabinet, votre médecin peut vous aider à arrêter de fumer-
-Fumer augmente le risque d'infarctus et d'AVC-
Vous ne vous en souvenez pas
- L'affiche n.a pas été remarquée -
- La bonne réponse a été donnée en question ouverte -
Autre

Autre

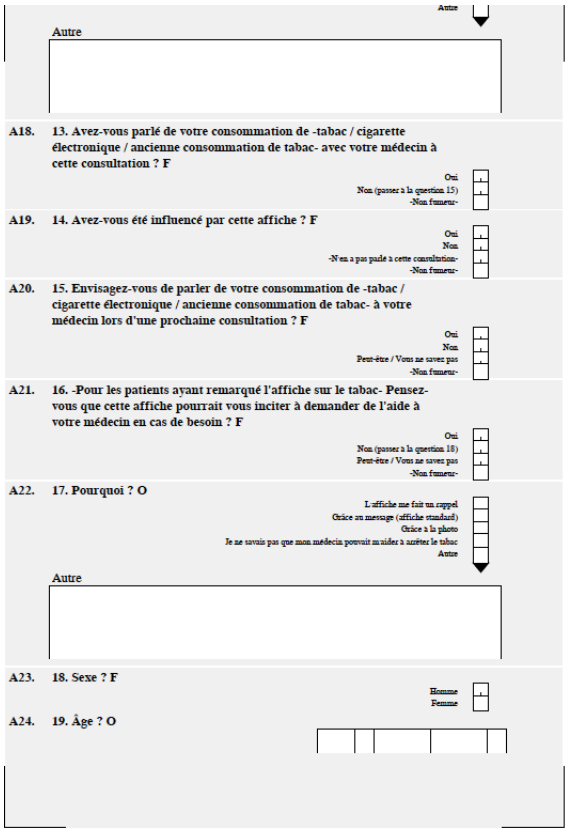
A13. 8. Vous êtes ? F
Fumeur
Fumeur occasionnel (soirées, événements, même 1 cigarette par mois)
Vapoteur (passer à la question 12)
Ancien fumeur (passer à la question 12)
Non fumeur (passer à la question 17)

A14. 9. Actuellement, envisagez-vous d'arrêter de fumer ? F
Oui
Non
-Vapoteur / ancien fumeur / non fumeur-

A15. 10. Si oui, dans combien de temps à peu près ? F
Moins d'1 mois
Entre 1 mois et 1 an
Plus 1 an
Aucune date n.est prévue
-Vapoteur / ancien fumeur / non fumeur-

A16. 11. Avez-vous déjà arrêté de fumer par le passé ? F
Oui
Non (passer à la question 13)
-Vapoteur / ancien fumeur / non fumeur-

A17. 12. Avez-vous arrêté seul ou avec l'aide d'un professionnel de santé ? F
Seul
Avec l'aide du médecin de cette consultation
Avec l'aide d'un autre professionnel de santé
-Non fumeur-



Autre

Autre

A18. 13. Avez-vous parlé de votre consommation de -tabac / cigarette électronique / ancienne consommation de tabac- avec votre médecin à cette consultation ? F
Oui
Non (passer à la question 15)
-Non fumeur-

A19. 14. Avez-vous été influencé par cette affiche ? F
Oui
Non
-N'en a pas parlé à cette consultation-
-Non fumeur-

A20. 15. Envisagez-vous de parler de votre consommation de -tabac / cigarette électronique / ancienne consommation de tabac- à votre médecin lors d'une prochaine consultation ? F
Oui
Non
Peut-être / Vous ne savez pas
-Non fumeur-

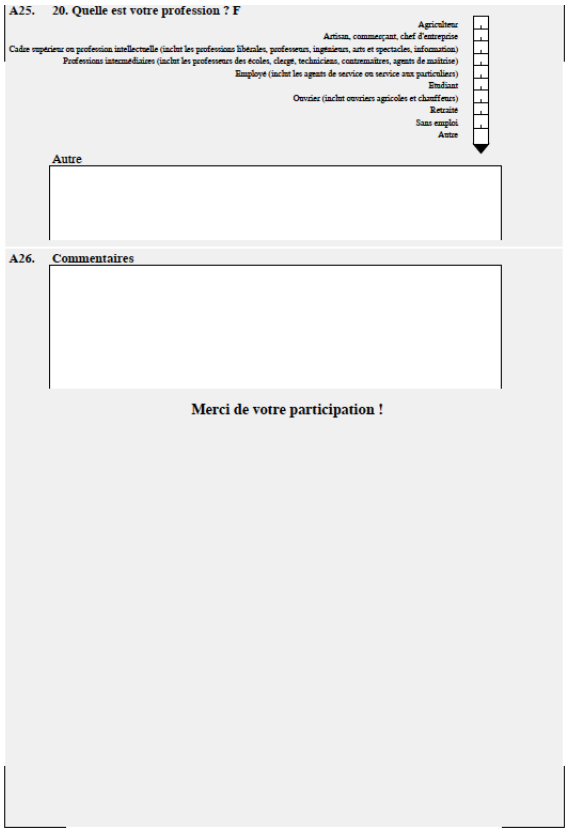
A21. 16. -Pour les patients ayant remarqué l'affiche sur le tabac- Pensez-vous que cette affiche pourrait vous inciter à demander de l'aide à votre médecin en cas de besoin ? F
Oui
Non (passer à la question 18)
Peut-être / Vous ne savez pas
-Non fumeur-

A22. 17. Pourquoi ? O
L'affiche me fait un rappel
Grâce au message (affiche standard)
Grâce à la photo
Je ne savais pas que mon médecin pouvait m.aider à arrêter le tabac
Autre

Autre

A23. 18. Sexe ? F
Homme
Femme

A24. 19. Âge ? O



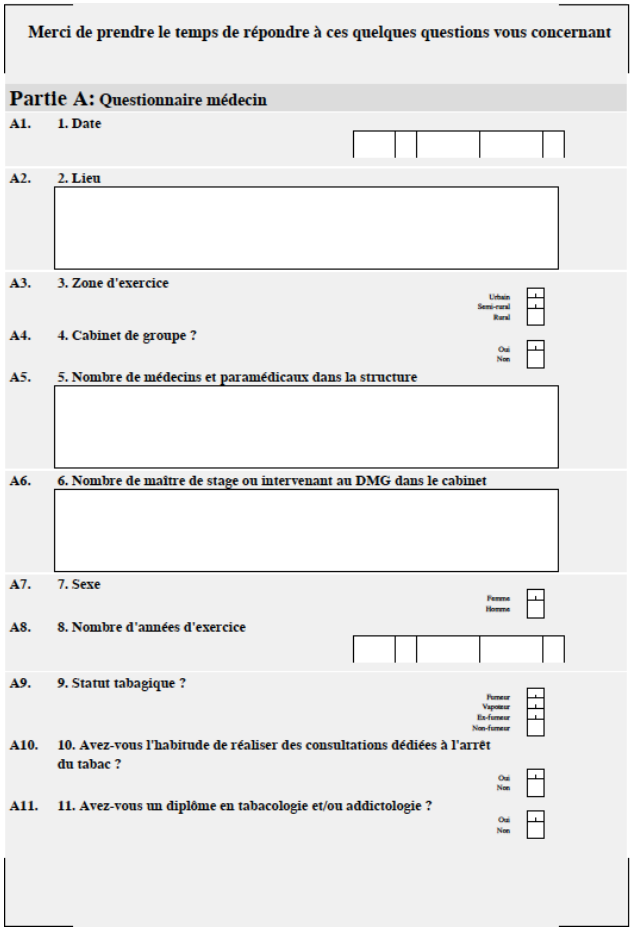
A25. 20. Quelle est votre profession ? F
Agriculteur
Artisan, commerçant, chef d'entreprise
Cadre supérieur ou profession intellectuelle (inclut les professions libérales, professeurs, ingénieurs, arts et spectacles, information)
Professions intermédiaires (inclut les professeurs des écoles, clergé, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise)
Employé (inclut les agents de service ou service aux particuliers)
Etudiant
Ouvrier (inclut ouvriers agricoles et chauffeurs)
Retraité
Sans emploi
Autre

Autre

A26. Commentaires

Merci de votre participation !

3.5 Annexe E : Questionnaire médecin



Merci de prendre le temps de répondre à ces quelques questions vous concernant

Partie A: Questionnaire médecin

A1. 1. Date

A2. 2. Lieu

A3. 3. Zone d'exercice
Urbain
Semi-rural
Rural

A4. 4. Cabinet de groupe ?
Oui
Non

A5. 5. Nombre de médecins et paramédicaux dans la structure

A6. 6. Nombre de maître de stage ou intervenant au DMG dans le cabinet

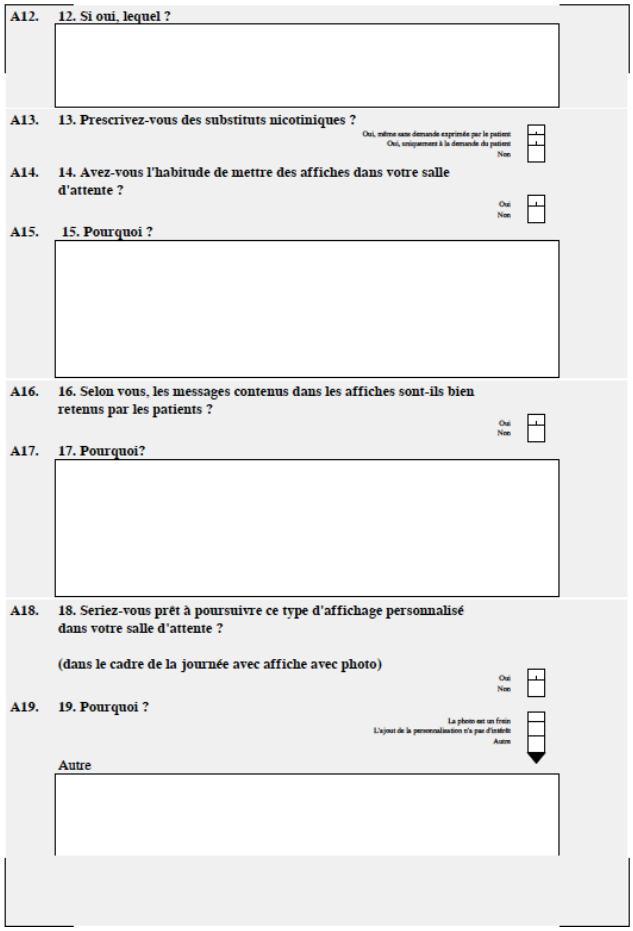
A7. 7. Sexe
Femme
Homme

A8. 8. Nombre d'années d'exercice

A9. 9. Statut tabagique ?
Fumeur
Vapoteur
Ex-fumeur
Non-fumeur

A10. 10. Avez-vous l'habitude de réaliser des consultations dédiées à l'arrêt du tabac ?
Oui
Non

A11. 11. Avez-vous un diplôme en tabacologie et/ou addictologie ?
Oui
Non



A12. 12. Si oui, lequel ?

A13. 13. Prescrivez-vous des substituts nicotiniques ?
Oui, même sans demande exprimée par le patient
Oui, uniquement à la demande du patient
Non

A14. 14. Avez-vous l'habitude de mettre des affiches dans votre salle d'attente ?
Oui
Non

A15. 15. Pourquoi ?

A16. 16. Selon vous, les messages contenus dans les affiches sont-ils bien retenus par les patients ?
Oui
Non

A17. 17. Pourquoi?

A18. 18. Seriez-vous prêt à poursuivre ce type d'affichage personnalisé dans votre salle d'attente ?

(dans le cadre de la journée avec affiche avec photo)
Oui
Non

A19. 19. Pourquoi ?
La photo est un frein
L'ajout de la personnalisation n'a pas d'intérêt
Autre

Autre

3.6 Annexe F : Fiche consultation médecin

Partie A: Affiches personnalisées

A1. 1. Combien de patients ont évoqué spontanément l'affiche sur le tabac ?

A2. 2. Combien de patients ont évoqué spontanément le message de l'affiche ?

A3. 3. Combien de patients ont demandé spontanément à être aidé dans leur arrêt du tabac ?

A4. 4. Nombre de patients reçus dans la journée ?

Partie A: Affiches standards

A1. 1. Combien de patients ont évoqué spontanément l'affiche sur le tabac ?

A2. 2. Combien de patients ont évoqué spontanément le message de l'affiche ?

A3. 3. Combien de patients ont demandé spontanément à être aidé dans leur arrêt du tabac ?

A4. 4. Nombre de patients reçus dans la journée ?

3.7 Annexe G : Informations aux médecins sur le déroulement de l'étude et autorisation du droit à l'image

Chers confrères,

Vous avez accepté de participer à notre travail de thèse et nous vous en remercions.

1) L'étude

La question de recherche est : une affiche personnalisée permet-elle de favoriser la mémorisation du message de l'affiche ?

Pour mémoire, nous sommes deux co-thésard, Quentin HERNIOT et Marie FOIX. L'étude se déroule auprès de 11 médecins différents, dans 5 cabinets de médecine générale (groupe et individuel) en Gironde (milieu urbain et rural) et est dirigée par le Pr CASTERA Philippe en lien avec l'association COREADD. Elle se déroule sur deux jours et a pour but de mesurer la différence de mémorisation entre une affiche personnalisée et une affiche standard apposée en salle d'attente. Nous afficherons un jour une affiche standard et le deuxième jour l'affiche personnalisée par la photo, le nom du médecin et/ou le lieu d'exercice. L'ordre sera tiré au sort.

Un questionnaire sera proposé en sortie de consultation aux patients. Il aura pour but de déterminer si le message de l'affiche a été intégré ou non. Nous vous demanderons de noter au fur et à mesure de la journée si les patients ont évoqué spontanément l'affiche sur le tabac, son message et/ou ont demandé d'être accompagné dans l'arrêt du tabac. A la fin d'une des deux journées, nous vous soumettrons un bref questionnaire sur vos habitudes, sur l'affichage en salle d'attente et sur l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Votre attitude en consultation devra être similaire à habituellement, il ne faut pas parler de l'affiche ou de notre étude sauf si le patient soulève en premier le sujet. Nous serons amenés à prendre des photos de la salle d'attente pour les besoins de l'étude (comparabilité des lieux et emplacement des affiches en fonction des cabinets). Vos réponses ainsi que celles des patients seront anonymes et feront ensuite l'objet d'une analyse. Si les résultats de l'étude sont positifs, des affiches personnalisées pourront être réalisées à plus large échelle dans le cadre d'un projet mené par la COREADD.

2) Vos droits

Cette étude est menée conformément à la loi information et liberté (loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée), Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016). La participation est libre et les réponses au questionnaire se font sur la base du volontariat. Il vous est possible d'interrompre le questionnaire à tout moment ou de vous retirer de l'étude si vous le désirez. De plus, vous avez le droit d'accéder aux données à tout moment et d'en demander des rectifications sans besoin de justification de votre part. Il est possible si vous le souhaitez de ne pas répondre à certaines questions. Les réponses aux questions sont anonymes et seront analysées sur un support informatique protégé. L'accès aux réponses sera limité, aux deux co-thésards et au directeur de thèse le Professeur CASTERA Philippe. Conformément à la réglementation, un dépôt à la CNIL a été réalisé. Vous pourrez si vous le souhaitez, vous retirer de l'étude à tout moment sans justification. Concernant l'utilisation de la photographie et des données personnelles pour la réalisation de l'affiche, conformément au « RGPD » Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en adressant un message électronique à nos adresses mails. Les conclusions de l'étude pourront être communiquées par le biais de publications scientifiques ou de communications mais ne serviront en aucun cas dans un autre cadre. De plus, elles pourront vous être communiquées si vous le demandez.

Pour vous permettre de faire valoir les droits sus cités il est possible de nous envoyer vos requêtes par mail.

Quentin HERNIOT et Marie FOIX

Nous vous remercions pour votre participation.

……

Je soussigné(e), Docteur/ Monsieur/ Madame……. ……. autorise les thésards Marie FOIX et Quentin HERNIOT à utiliser mon image dans le cadre de leur thèse afin de réaliser des affiches personnalisées par une photo et afficher cette dernière dans ma salle d'attente.

Fait à …….. Le …….

Signature :

3.8 Annexe H : Informations légales aux patients participants

Note d'informations aux participants : Travail de thèse de Médecine Générale

Madame, Monsieur,
Nous vous avons sollicité pour participer à notre travail de thèse.

Cette étude est menée conformément à la loi information et liberté (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée). La participation est libre et les réponses au questionnaire se font sur la base du volontariat. Il vous est possible d'interrompre le questionnaire à tout moment ou de vous retirer de l'étude si vous le désirez.
De plus, vous avez le droit d'accéder aux données à tout moment et d'en demander des rectifications sans besoin de justification de votre part.
Il est possible si vous le souhaitez de ne pas répondre à certaines questions.
Les réponses aux questions sont anonymes et seront analysées sur un support informatique protégé de l'Université de Bordeaux. L'accès aux réponses sera limité, aux deux co-thésards et au directeur de thèse le Professeur CASTERA Philippe. Les conclusions de l'étude pourront être communiquées par le biais de publications scientifiques ou de communications mais ne serviront en aucun cas dans un autre cadre. De plus, elles pourront vous être communiquées si vous le demandez.

Pour vous permettre de faire valoir les droits sus cités il est possible de nous envoyer vos requêtes par mail.

Nous vous remercions pour votre participation.

Quentin HERNIOT et Marie FOIX

3.9 Annexe I : Tableau I : Caractéristiques des patients participants (n=268)

	AP n(%)	AS n(%)	p
Effectifs totaux	148	120	*0,64*
Cabinet 1	27 (18,24)	25 (20,83)	
Cabinet 2	43 (29,05)	27 (22,50)	
Cabinet 3	25 (16,89)	19 (15,83)	
Cabinet 4	11 (7,43)	7 (5,83)	
Cabinet 5	42 (28,38)	42 (35,00)	
Secteur			*0,14*
Urbain	69 (46,62)	67 (55,83)	
Rural	79 (53,38)	53 (44,17)	
Temps passé en salle d'attente			*0,47*
<5min	26 (17,57)	27 (22,50)	
5-15 min	71 (47,97)	54 (45,00)	
16-30 min	34 (22,97)	21 (17,50)	
>30 min	17 (11,49)	18 (15,00)	
Habitude de consultation au cabinet			*0,77*
Oui régulièrement	135(91,92)	108 (90,00)	
Oui occasionnellement	5 (3,38)	6 (5,00)	
Première consultation	8 (5,41)	6 (5,00)	
Statut tabagique			*0,92*
Fumeur	30 (20,27)	24 (20,00)	
Ancien fumeur	49 (33,11)	34 (28,33)	
Non-fumeur	69 (46,62)	62 (51,67)	
Intentionnalité du fumeur à l'arrêt			*0,99*
Oui	19 (12,84)	16 (13,33)	
Non	11 (7,43)	8 (6,67)	
Non-fumeur, ancien fumeur	118 (79,73)	96 (80,00)	
Délais envisagés pour l'arrêt			0,96
<1 mois	8 (5,41)	5 (4,17)	
1 mois – 1 an	1 (0,68)	0 (0,00)	
> 1an	2 (1,35)	1 (0,82)	
Aucune date n'est prévue	19 (12,84)	18 (15,00)	
Non-fumeur, ancien fumeur	118 (79,73)	96 (80,00)	
Antécédent d'arrêt			*0,24*
Oui	26 (17,57)	16 (13,33)	
Non	4 (2,70)	8 (6,67)	
Non-fumeur	118 (79,73)	96 (80,00)	
Accompagnement utilisé pour l'arrêt			*0,12*
Seul	69 (46,62)	42 (35,00)	
Avec l'aide de ce professionnel de santé (consultation actuelle)	2 (1,35)	5 (4,17)	
Avec l'aide d'un autre professionnel de santé	6 (4,05)	3 (2,50)	
Non-fumeur	66 (44,59)	61 (50,83)	
Fumeur n'ayant jamais arrêté	5 (3,38)	9 (7,50)	
Âge			*0,99*
Minimum	18	18	
Maximum	89	93	
Médiane	55	56	
Sexe			*1,00*
Homme	66 (44,59)	53 (44,17)	
Femme	82 (55,41)	67 (55,83)	
Statut socio-économique			*0,65*
Agriculteur	2 (1,35)	1 (0,83)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	10 (6,76)	5 (4,17)	
Cadre supérieur, profession intellectuelle	9 (6,08)	10 (8,33)	
Profession intermédiaire	6 (4,05)	5 (4,17)	
Employé	36 (24,32)	33 (27,5)	
Étudiant	3 (2,03)	7 (5,83)	
Ouvrier	13 (8,78)	8 (6,67)	
Retraité	57 (38,51)	38 (31,67)	
Sans emploi	12 (8,11)	13 (10,83)	

3.10 Annexe J : Tableau II : Description des caractéristiques de la population de l'étude par cabinets : patients, médecins et conditions d'attente

	Cabinet 1		Cabinet 2		Cabinet 3		Cabinet 4		Cabinet 5	
	AP	AS	AP	AS	AP	AS	AP	AS	AP	AS
Caractéristiques des patients										
Age										
Moyenne	65	58	55	53	59	58	58	39	46	52
Médiane	67	60	53	56	59	62	54	43	47	54
Minimum	34	18	24	22	25	18	37	24	29	19
Maximum	89	90	87	78	86	86	84	54	80	93
Catégorie socio-professionnelle prépondérante										
n / N (%)	Retraité 16 / 27 (59,26)	Retraité 8 / 25 (32,00)	Retraité 18 / 43 (41,86)	Employé 12 / 27 (44,44)	Retraité 12 / 25 (48,00)	Retraité 11 / 19 (57,89)	Retraité 4 / 11 (36,36)	Sans - emploi 3 / 7 (42,86)	Employé 17 / 42 (40,48)	Employés 16 / 42 (38,10)
Statut tabagique										
Fumeurs n / N (%)	3 / 27 (11,11)	4 / 25 (16,00)	8 / 43 (18,60)	7 / 27 (25,93)	6 / 25 (24,00)	2 / 19 (10,53)	2 / 11 (18,18)	3 / 7 (42,86)	11 / 42 (26,19)	8 / 42 (19,05)
Connaissance préalable du cabinet										
n / N (%)	23 / 27 (85,19)	24 / 25 (96,00)	38 / 43 (88,37)	24 / 27 (88,89)	24 / 25 (96,00)	17 / 19 (89,47)	11 / 11 (100)	5 / 7 (71,43)	39 / 42 (92,86)	38 / 42 (90,48)
Temps d'attente en salle d'attente prépondérant										
n / N (%)	5-15 mn 10 / 27 (37,04)	5-15mn 14 / 25 (56,00)	5-15 mn 21 / 43 (48,37)	5-15mn 9 / 27 (33,33)	>30mn 10 / 25 (40,00)	>30mn 7 / 19 (36,84)	5-15 mn 6 / 11 (54,55)	<5mn 5 / 7 (71,43)	5-15 mn 28 / 42 (66,67)	5-15 mn 25 / 42 (59,52)
Caractéristiques des médecins										
Sexe										
Homme										
n / N (%)	2 / 2 (100)		3 / 4 (75,00)		1 / 1 (100)				1 / 2 (50,00)	
Femme										
n / N (%)			1 / 4 (25,00)				2 / 2 (100)		1 / 2 (50,00)	
Statut tabagique										
Fumeur n / N (%)			1 / 4 (25,00)							
Non-fumeur n / N (%)	1 / 2 (50,00)		2 / 4 (50,00)		1 / 1 (100)		2 / 2 (100)		2 / 2 (100)	
Ancien fumeur n / N (%)	1 / 2 (50,00)		1 / 4 (25,00)							
Conditions d'exercices										
Zone d'exercice	Urbain		Rural		Rural		Rural		Urbain	
Effectif de PS dans la structure	2 médecins		12 (6 médecins)		1 médecin		2 médecins		3 médecins	
Nombre d'années d'exercices										
Moy	29,5		13,5		18		1,5		16,5	
Min	21		6		18		1		1	
Max	38		20		18		2		32	
Activité universitaire (n / N)	2 / 2		6 / 6		1 / 1		1 / 2		2 / 3	
Caractéristiques des salles d'attente										
Superficie approximative zone d'attente (m2) et agencement	10 + zone secrétariat		8 x2 zones attente + zones secrétariats		8		8		10 + zone secrétariat	
Total approximatif salle (m2)	15		40		8		8		12	
Nombre d'affiches au mur en plus de l'affiche étudiée	2 médicales + 1 non médicale + 3 cadres photos		11 médicales + 8 non médicales + cadres et photos nombreux > 10		0 médicale + 4 non médicales + 3 cadres photos		10 médicales + 1 non médicale		12 médicales + 3 non médicales + 4 cadres	
Caractéristiques des affiches										
Nombre de PS sur l'affiche étudiée	2		12		1		12		2	
Nombre d'affiches étudiées affichées	2		4 (2 par zone de 8m2)		2		2		2	

3.11 Annexe K : Tableau III : Effectifs et pourcentages de la mémorisation du message en fonction de l'exposition aux différents types d'affiches : effectif de patients vus en consultation uniquement par les médecins présents sur l'affiche : description des résultats sur la population globale et cabinet par cabinet

Global p 0,0006 N = 220

	AP n (%)	AS n (%)
M+	60 (48,00)	24 (25,26)
M-	65	71
Total effectif	125	95

Cabinet 1 N = 52

	AP n (%)	AS n (%)
M+	12 (44,44)	8 (32,00)
M-	25	17
Total effectif	27	25

Cabinet 2 sans les internes et le médecin du travail N = 50

	AP n (%)	AS n (%)
M+	7 (21,88)	4 (22,22)
M-	25	14
Total effectif	32	18

Cabinet 3 N= 44

	AP n (%)	AS n (%)
M+	22(88,00)	7(36,84)
M-	3	12
Total effectif	25	19

Cabinet 4 N= 18

	AP n (%)	AS n (%)
M+	3 (27,27)	2 (28,57)
M-	8	5
Total effectif	11	7

Cabinet 5 sans la remplaçante N = 56

	AP n (%)	AS n (%)
M+	16 (53,33)	3 (11,54)
M-	14	23
Total effectif	30	26

4 Serment d'Hippocrate

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Titre : affiches standardisées ou personnalisées en salle d'attente des cabinets médicaux : essai contrôlé randomisé par clusters

Résumé : Contexte : L'affichage standard fait partie des moyens de communication les plus souvent utilisés en salle d'attente de médecine générale. Face à des données ambiguës de la littérature sur son efficacité, un affichage personnalisé au cabinet et aux médecins avec photographie a été envisagé. Notre étude s'intègre dans le cadre d'un projet nommé « projet LAST » visant à favoriser l'arrêt du tabac en soins primaires. L'objectif est de mesurer une différence de mémorisation entre affiche standard et affiche personnalisée. Matériel et méthode : Essai contrôlé randomisé en grappe. Deux types d'affiches ont été réalisés : standard et personnalisé. Elles ont été apposées sur le mur des salles d'attente en alternance. L'ordre d'affichage a été randomisé. Les patients volontaires, majeurs qui consultaient les jours de l'étude ont été inclus. La différence de mémorisation du message entre une affiche standard et personnalisée a été mesurée par hétéro-évaluation via un questionnaire. Résultats : 268 patients ont été inclus dans 5 cabinets de médecine générale entre décembre 2019 et janvier 2020 en Gironde. 120 patients dans le groupe affiche standard et 148 dans le groupe affiche personnalisée. 43,92% des patients exposés à l'affiche personnalisée et 20,83% des patients exposés à l'affiche standard ont retenu le message de l'affiche. Les facteurs semblant augmenter la mémorisation du message sont le nombre faible de personnes sur la photographie, le temps d'attente élevé et, dans une moindre mesure, le nombre faible d'affiches dans la salle d'attente.
Conclusion : La différence est statistiquement significative (*p=0,0001).* La personnalisation de l'affiche par une photographie du professionnel peut constituer une alternative renforçant la mémorisation des messages en salle d'attente.

Title: standardized or personalized posters in the office waiting room: randomized controlled trial by clusters

Abstract: Background: Posters are one of the most common ways of communication used in general practice waiting rooms. Considering an ambiguous literature about its efficiency, a personalized poster at the physician office with photography was contemplated. Our study is part of a project called "LAST project ", aiming to promote smoking cessation in primary care. The objective is to measure a difference in memorizing between a standard poster and a customized one. Methods: Clusters randomized controlled trial. Two types of posters were produced: a standard and a customized one. They were displayed alternately on the wall of the waiting rooms. The order of display was randomized. The patients, volunteers and over the age of 18, who saw a doctor during the study's duration were included. The difference on memorizing a message between a standard and customized poster was measured by hetero-evaluation with a questionnaire. Results: 268 patients were included in 5 physician offices between December 2019 and January 2020 in Gironde. 120 patients in the group of the standard posters and 148 in the group of customized ones. 43,92% of the patients exposed to the customized poster and 20,83% of the patients exposed to the standard poster remembered the poster message. The factors seeming to increase the memorization of the message are the low number of people on the photography, the waiting time increased and, to a lesser extent, the low amount of posters hanged up in the waiting room. Conclusion : The difference is statistically significant (*p=0,0001*). Personalizing the poster with a picture of the professional could be an alternative, reinforcing the memorizing of the messages delivered in the waiting room.

Mots clés : Tabac, Médecine générale, Cabinet de médecine générale, Affiche
Keywords : Tobacco, General practice, Physician office Poster

Discipline : Médecine Générale
UFR des sciences médicales
146, rue Léo Saignat, Case 16, Espace Santé
33076 Bordeaux