



HAL
open science

Enquête quantitative sur l'avis et le ressenti des patients suite au retrait du bureau séparateur dans la salle de consultation du médecin généraliste

Aurore Desbant

► To cite this version:

Aurore Desbant. Enquête quantitative sur l'avis et le ressenti des patients suite au retrait du bureau séparateur dans la salle de consultation du médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03435636

HAL Id: dumas-03435636

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435636>

Submitted on 18 Nov 2021

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

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



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

SOUTENANCE A CRÉTEIL

UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL

FACULTÉ DE SANTÉ DE CRÉTEIL

ANNÉE 2021

N°

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le :

à : CRÉTEIL (PARIS EST CRÉTEIL)

Par Aurore DESBANT

TITRE : Enquête quantitative sur l'avis et le ressenti des patients suite au retrait du bureau séparateur dans la salle de consultation du médecin généraliste

DIRECTEUR DE THÈSE :
Pr Laurence COMPAGNON

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**


UNIVERSITE PARIS EST CRÉTEIL
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07



REMERCIEMENTS

À Madame la Professeur Laurence Compagnon, d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure d'une thèse quantitative qui me tenait à cœur. Merci infiniment pour ta disponibilité, ton soutien et tes précieux conseils qui auront grandement enrichi ce travail.

À ces médecins généralistes qui m'ont permis de découvrir la médecine générale et d'y trouver la médecine humaine et pleine de sens que je cherchais. Merci de continuer à m'inspirer aujourd'hui : Dr Helen Martin, Dr Gilles Lazimi, Dr Elsa Barros-Kogel, Dr Sandrine Bercier et Dr Auriane Cabannes.

À ces médecins hospitaliers qui m'ont formée et accueillie pendant mes stages et réalisent un travail formidable : Pr Andreelli pour son humanité et sa remarquable générosité, Pr Boddaert, Dr Lejeune, Pr Demoule, Dr Debuc, Pr Pateron et tant d'autres.

À l'Université Pierre et Marie Curie pour m'avoir fourni les études de médecine dont je rêvais et ouvert à la médecine sous toutes ses facettes avec bienveillance. Particulièrement, mes remerciements à Marie-Christine Renaud, ange-gardien qui me permit de partir en ERASMUS à Manchester, une expérience des plus enrichissantes sans laquelle cette thèse n'aurait jamais été écrite.

À la famille des Clara's que m'a apporté l'externat, puissions-nous garder notre fougue encore longtemps ! Merci à Fausti et Popo qui ont su m'apporter leur aide à la rédaction de cette thèse entre une bière et Django. Merci à Marie, mon éternelle co-externe, d'avoir su supporter ma bonne humeur matinale pendant 3 ans et d'accepter encore d'écouter mes ruminations ! À Coline, mon modèle, pour l'incalculable profondeur de nos inspirantes réflexions partagées. À Fanny, ma sœur, pour son indéfectible soutien et sa force de vie, véritable rayon de soleil de mon internat ! À Isis, reine des voyages, pour sa gentillesse et sa générosité incroyables : des fiches concours+ données en première année aux innombrables soirées boulevard Bonne Nouvelle. À Mwetty, première amie rencontrée en médecine, Lolo dont le rire berce mes souvenirs d'externat, Flora la déesse des soirées & Raph el maestro, Flo & Keyvan les soyeux ambianceurs, Manon exemple de ténacité, aux grands Bergers de Mangoux, Antoine frère d'esprit, Jad le sophiste, Guizmo le faux sage, Adrien le charmeur, Guillaume mon sauveur Zotero, Yoann, Gab, Nico et tous les fabuleux +1 !

Aux irremplaçables Petites Cochonnes pour tout ce qu'elles m'ont apporté de joie et d'émotion pendant mon externat. Les innombrables souvenirs des aventures vécues ensemble sont aussi précieux qu'inavouables. Petites cochonnes, grandes championnes !

Au secteur fermé qui assure ma psychothérapie. Merci infiniment pour vos consciencieuses relectures de ce travail. A Rajo, ouragan d'émotions qui m'aura bien souvent emporté sur son passage ! Au Dr Robert pour ses précieux conseils dans tous les domaines et au Dr Ramond, pont entre ma vie d'avant et d'après médecine.

À mes amis de lycée qui ont su ne pas oublier que j'existais pendant toutes ces années d'études : Sacha, Antoine et Nico depuis la maternelle ! Mais aussi Marine toujours présente depuis nos années MP/shopping au collège, Lydia et ses récits enflammés, Alison pour les 400 coups que, j'espère, nous n'avons pas fini de faire !

Aux PEER Neskak et à l'Express qui auront sacrément pimenté mes années d'internat.

À la famille royale Britannique qui m'aura suivie pendant toutes mes études.

Mais surtout à ma famille. À mes bestcouzzz, Alice et Laura, et nos précieux souvenirs de jeunesse ! À mamie Huguette que le sujet de cette thèse n'aura pas manqué de passionner : en espérant que tu prennes plaisir à la lire. À ceux qui manquent aujourd'hui et que j'aurais aimé que la médecine puisse sauver : Marcel et mamie Jacqueline.

À ma sœur et mon frère, Aude et Alaric, qui acceptaient de baisser le son de la console lorsque je travaillais ma première année, merci de me faire toujours garder les pieds sur terre.

À mes parents. À maman pour ton soutien, depuis les jus d'orange pressés en première année au champagne pour arroser cette soutenance, je sais la fierté que tu as d'avoir une fille médecin, la mienne est d'avoir une mère aussi forte que toi. À papa pour m'avoir transmis ce fameux « caractère Desbant », avoir su aiguïser mon esprit critique et m'avoir toujours poussée vers le meilleur !

À Vincent, qui m'accompagne dans la vie de la plus belle façon qui soit. Merci pour tes relectures, merci d'arriver à me suivre dans mes cheminements sans jamais t'y perdre, merci de rester ma certitude au milieu du doute, merci d'être là. Mon avenir ne pourra qu'être radieux en ta présence.

Aux patients.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEP : Certificat d'études primaires

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

GP : General Practitioner (médecin généraliste)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

UPEC : Université Paris Est Créteil

SAMI : Service d'Accueil Médical Initial

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (organisation mondiale des médecins généralistes)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	7
I - La relation médecin-malade et ses influences	7
1. Importance de la communication dans la relation	7
2. Évolution et complexification de la relation.....	8
3. Les attentes des patients.....	9
II – La distance entre le médecin et le patient : une communication non verbale	10
1. La communication non verbale	10
2. La distance interpersonnelle	11
3. Définition des éléments spatiaux du cabinet	12
4. Utilisation du mobilier pour moduler les distances	13
III – La position du bureau : reflet de la relation médecin-malade et des différences culturelles ...	14
1. La position du bureau comme reflet de la relation médecin-malade.....	14
2. La position du bureau comme reflet d’une culture	14
3. La position du bureau en France et dans le Monde	15
IV- Avantages liés à la perte du bureau séparateur	17
1. Amélioration de la communication	17
2. Relation plus égalitaire avec un patient mis en confiance	18
3. Attitude plus empathique et à l’écoute du médecin : l’approche centrée patient	19
V- Hypothèses et objectifs.....	20
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	21
I- Méthode	21
1. Choix de la méthode.....	21
2. Définition de l’intervention	21
II- Matériel	22
1. Médecins investigateurs.....	22
2. Population étudiée	22
3. Élaboration du questionnaire.....	23
4. Déroulement de l’étude	24
5. Validation éthique	24
6. Saisie et exploitation	25
RÉSULTATS.....	26
I- Réalisation de l’étude.....	26
1. Recrutement des médecins volontaires et intervention.....	26
2. Lieux et période.....	27
3. Recueil des questionnaires.....	27
II- Description de la population	27
1. Genre et âge	27
2. Niveau d’éducation et catégorie socio-professionnelle.....	27

3. Recours au médecin généraliste	29
III- Analyse descriptive : résultat du questionnaire.....	29
1. Appréciation globale	29
2. Ressenti des patients.....	31
3. Avis sur le nouveau cadre de la consultation	32
4. Modification de la relation médecin-malade	32
5. Modification de l'image du médecin.....	33
6. Modification des entretiens	34
IV- Analyse univariée des facteurs associés aux réponses des patients	35
1. Déterminants de l'appréciation de la perte du bureau séparateur	35
2. Déterminants des avis concernant la modification de la relation avec le médecin.....	36
3. Déterminants du ressenti des patients en l'absence de bureau séparateur	37
4. Déterminants du cadre de la consultation engendré par la perte du bureau séparateur.....	37
DISCUSSION	38
I- Principaux résultats de l'étude.....	38
II- Comparaison avec la littérature	39
1. Avis et ressentis des patients sur la perte du bureau séparateur	39
2. Facteurs associés aux réponses des patients	40
III- Intérêts et limites de l'étude	42
1. Forces de l'étude	42
2. Limites de l'étude	43
IV – Perspectives.....	45
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES.....	52
ANNEXE 1 - Prospectus de recrutement des médecins investigateurs.....	52
ANNEXE 2 - Questionnaire.....	53
ANNEXE 3 - Photos des bureaux.....	55
ANNEXE 4 - Tableaux des analyses univariées significatives.....	57
ABSTRACT.....	59
RÉSUMÉ.....	60

« Nous sommes une culture possible parmi tant d'autres mais non la seule. »
François Laplantine ²⁸

INTRODUCTION

I - La relation médecin-malade et ses influences

1. Importance de la communication dans la relation

Dans sa pratique, tout médecin est impliqué dans une relation avec ses patients. Cette relation est un rapport complexe aux composantes multiples : techniques, psychologiques, affectives ³¹. Elle nécessite de la part du médecin des compétences spécifiques, s'appuyant sur des ressources scientifiques (savoir et savoir-faire) et des ressources humaines (savoir-être). L'enseignement de la médecine est essentiellement centré sur l'acquisition par les médecins de ressources scientifiques. Cependant, l'exercice de la médecine les confronte à une relation humaine avec leur malade nécessitant le développement d'un savoir-être et d'aptitudes communicationnelles pas toujours spontanées.

La communication, vectrice et messagère de l'information, est la clé de la relation médecin-malade. L'Académie Nationale de Médecine la définit comme un « *échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs - ce sont les soignants et les soignés - ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini* ». Dans un rapport de 2006, l'Académie détermine que la communication « *joue un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité* » ³¹.

L'importance du savoir-être du médecin peut être illustrée par ces deux citations :

- « *La première tâche du médecin en tant qu'homme de métier est donc d'écouter et d'observer ce qui se présente à lui et de le comprendre* » de Balint ⁴,
- « *Le médecin est par excellence un être de communication, c'est-à-dire d'écoute et de discours, ces voies qui font pénétrer au cœur de la dignité des hommes qui se confient à lui* » de Rapin ³⁸.

Le médecin généraliste, par son rôle de prise en charge globale, de continuité et de coordination des soins, doit nouer une relation thérapeutique avec son patient qui facilitera son suivi. Ses compétences relationnelles sont ainsi particulièrement sollicitées. Les patients

ayant un « *besoin normal de retrouver la chaleur humaine de "l'homme qui guérit" et non plus l'aspect froid et ripoliné de la "blouse blanche" »*³³, ils recherchent avec leur généraliste une relation avec le « médecin de famille » décrit par Balint⁵. Selon lui, au moins un quart à un tiers du travail de l'omnipraticien consiste en une psychothérapie pure et simple. Certains chercheurs affirment même qu'il s'agirait de la moitié ou plus encore... plusieurs études⁴⁷ ayant démontré l'existence d'un lien entre l'efficacité de la communication médecin-patient et l'amélioration de la santé du patient. On retrouve ainsi l'idée que « *le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé était le médecin lui-même* », Balint ajoutant cependant que « *dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme* »⁵.

2. Évolution et complexification de la relation

Historiquement, la relation médecin-malade est considérée comme « paternaliste » avec un médecin détenteur du savoir prenant seul les décisions, dictant au patient la conduite à tenir pour son plus grand intérêt. Duhamel décrit cette relation en 1937 comme un « colloque singulier », formulé par Portes comme « une confiance à la rencontre d'une conscience ». Le patient serait alors un sujet passif qui s'efface devant sa maladie, remettant entièrement sa santé entre les mains du médecin.

Au cours du XXe siècle, cette relation médecin-malade asymétrique a évolué, en parallèle de la société, vers une relation plus égalitaire : d'un modèle « paternaliste », elle a évolué vers un modèle d'« autonomie » où les droits des patients sont mis en avant. La notion de « consentement aux soins » apparaît dans la jurisprudence française dès 1936. La Cour de Cassation établit alors qu'« *il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat* ». La notion de contrat renvoie au consentement éclairé des deux parties. Son recueil est finalement inscrit dans la loi et devient une obligation pour le médecin le 4 mars 2002. Il s'agit de la loi Kouchner, qui introduit aussi la notion de « droit du malade ». Elle étend considérablement les droits des malades qui peuvent même refuser les soins qui leur sont proposés, sonnante ainsi le glas du modèle paternaliste. Le concept de « démocratie sanitaire » se développe et le patient a de nouvelles exigences en tant qu'« usager-consommateur-citoyen-contribuable »²⁶. Le médecin peut être vu comme un « fournisseur » et le malade comme un « consommateur », entre les deux circule le médicament et pas toujours

nécessairement la maladie ³³. Dans cette société plus judiciairisée, contractualisée et consumériste, la relation médecin-malade se complexifie.

De plus, la médecine a évolué et les pathologies chroniques prennent aujourd'hui une place prépondérante dans les soins des médecins généralistes. Leur bonne prise en charge nécessite une relation thérapeutique avec une approche centrée sur le patient et un partage d'informations bien plus important que lors de la prise en charge des pathologies aiguës ⁷.

Le développement technologique a aussi introduit l'ordinateur sur le bureau des médecins généralistes. Indispensable pour la bonne tenue du dossier médical et le suivi du patient, plusieurs études s'accordent néanmoins sur le fait qu'il est un frein à une bonne communication interpersonnelle entre le médecin et son patient ²⁷.

Ainsi, l'évolution de la société, de la médecine et des nouvelles technologies apportent de nouveaux défis à la bonne conduite de la relation médecin-malade. 70 à 80% des plaintes et poursuites médicales sont issues de problèmes de relation ou de communication entre soignants et soignés ⁴⁵. Une bonne communication devient donc essentielle au maintien d'une relation thérapeutique dans laquelle le patient doit être respecté et son savoir pris en compte. Forts de leurs droits, les patients ont de plus en plus d'attentes vis-à-vis de leurs médecins et de leur relation avec eux : s'y intéresser pourrait être une des clés afin d'améliorer la relation médecin-malade.

3. Les attentes des patients

La satisfaction du patient est un facteur prédictif de la poursuite de la relation thérapeutique et de l'observance du traitement proposé ⁴⁶. Des travaux sur les attentes et perceptions des patients ont émergé, particulièrement dans les pays anglo-saxons et au Canada ⁶. En France, le premier travail sur ce sujet en médecine générale est la thèse du Dr Dedianne en 2001 ¹⁶ dans laquelle les patients citent comme critères de qualité de la relation médecin-malade : « l'écoute » et « l'évolution de la relation paternaliste vers un partenariat ». Une autre étude qualitative ¹³ plus récente sur le ressenti des patients rapporte que « *ce qui leur importait, c'était, avant tout, de se sentir écoutés* ». Le développement d'un partenariat avec le médecin ainsi qu'une tournure plus médico-sociale de l'entretien sont au cœur des attentes des patients ¹⁶.

En se plaçant du côté du point de vue du patient, le Dr Ormières³⁵ propose une analyse intéressante : pour le patient, ce qui compte avant tout, c'est la perception du médecin et de son cabinet, aussi irrationnelle soit-elle. Le patient étant dans l'incapacité plus ou moins complète d'évaluer la qualité technique des soins, il en évalue une autre dimension qu'Ormières appelle la qualité du processus (horaires, prise de rendez-vous, accès au cabinet, accueil, attente, déroulement de la consultation, etc.). Parmi ces critères, on retrouve donc l'agencement du cabinet médical qui aurait un impact sur l'attitude et la satisfaction des patients envers les soins médicaux reçus³⁷. En France, aucune étude n'a tenté de déterminer l'influence de l'aménagement du cabinet du médecin généraliste sur la satisfaction des patients, mais plusieurs études ont été réalisées sur le sujet en milieu dentaire. Il a été montré que 63% des patients associent la façon dont est décoré et aménagé le cabinet dentaire dans sa globalité à la façon dont ils vont être soignés³². Les patients auraient donc un intérêt pour l'aménagement du cabinet de leur soignant et celui-ci pourrait faire partie de la communication non-verbale entre le soignant et le soigné. Dans sa recommandation pour améliorer la communication, « clé de la relation médecin-malade », l'Académie de médecine conseille justement d'être attentif à la communication non-verbale³¹.

II – La distance entre le médecin et le patient : une communication non verbale

1. La communication non verbale

Se basant sur deux études publiées en 1967, Mehrabian³⁴ détermine que 55% de la communication est visuelle (langage du corps), 38% de la communication est vocale (voix, indices paralinguistiques) et seulement 7% de la communication est verbale (par les mots). Il estime ainsi que 93% de la communication est non verbale dans l'appréciation ou le rejet de quelqu'un. En 1970, une autre étude² analysait la communication d'une attitude soumise ou dominante, et trouvait que tous les types de signaux non verbaux combinés avaient 4,3 fois l'effet des mots employés.

La communication non verbale concerne tous les éléments, en dehors de l'oral et de l'écrit, qui entrent dans le processus de communication. Elle permet de rendre l'interlocuteur plus facilement attentif à ce qui lui est dit et qu'il adhère plus aisément au message qui lui est

transmis, de comprendre l'intention de l'interlocuteur et de s'y adapter afin d'instaurer un climat de confiance. La comprendre et la maîtriser paraît donc essentiel pour tout médecin. Iandolo²⁴ explique à ce sujet que la mimique et les gestes du médecin, comme du patient, offrent à l'un et l'autre des éléments précieux pour la compréhension des messages, mais aussi pour la perception réciproque de leur personnalité.

Au-delà des gestes et mimiques, la posture et le comportement des individus délimitent la place de leur corps dans l'espace. Se créent ainsi dans l'espace des distances interpersonnelles qui peuvent être un vecteur de communication particulièrement important. Pour le Pr Roosen⁴¹, l'« *attitude, la position dans l'espace favorisent ou non l'échange, le contact visuel, la position générale du corps dans l'espace, son orientation face à l'interlocuteur indiquent la relation souhaitée avec l'autre personne* ». Elle ajoute que sa « *manière de marcher, de [s'] arrêter, [sa] position dans l'espace, [sa] manière d'occuper l'espace indiquent [son] tempérament et indiquent la place qu'[elle] accorde à l'autre.* »

2. La distance interpersonnelle

La proxémie, néologisme de l'anthropologue américain Edward T. Hall apparu à partir de 1963, étudie la gestion par l'individu de son espace en présence d'autrui, élément clé de son identité et de la façon dont il est perçu et ressenti par l'autre. Chaque personne a une proxémie qui lui est propre, elle peut être visualisée comme un espace particulier autour de la personne, une « bulle » : lieu de confort et de protection par rapport à l'extérieur.

En étudiant les américains de classe moyenne du Nord-Est des États-Unis, Hall a déterminé quatre zones dans la distance interpersonnelle :

- La distance intime (à moins de 45 cm) qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel et émotionnel élevé (amis, famille). Les espaces personnels (ou « bulles ») des individus sont en interaction. La voix est étouffée, des sens comme l'odorat et le toucher peuvent être impliqués.
- La distance personnelle (entre 45 et 120 cm) qui est utilisée dans les conversations particulières où le toucher est plus limité. La chaleur et l'odeur du corps de l'autre ne sont plus perceptibles : chaque individu est dans une « bulle » séparée, mais juste à la limite de l'emprise physique sur autrui (distance « à longueur de bras »). À cette distance, il est possible de discuter de sujets personnels.

- La distance sociale (entre 1,20 et 3,70 m) qui est utilisée au cours d'interactions plus formelles, c'est la distance typique des relations d'affaires. Les indices visuels prennent davantage d'importance dans la communication.
- La distance publique (supérieure à 3,70 m), hors du cercle où l'individu est directement concerné, elle peut permettre d'adopter une conduite de fuite ou de défense si l'on se sent menacé. C'est aussi la distance des personnages officiels importants avec une part essentielle des gestes et postures dans la communication. Le rythme d'élocution est ralenti.

Les distances interpersonnelles sont tout-à-fait particulières dans une relation entre un médecin et son patient. Le médecin est une des rares personnes qui entre dans la zone « intime » du patient au moment de l'examen, sans être un de ses proches. Durant le reste de la consultation, la juste distance se situe entre les zones « personnelle » et « sociale » en fonction de la teneur de l'entretien et du patient ³⁹. Plusieurs médecins semblent avoir bien compris les jeux de proxémie se jouant au cours d'une consultation et l'utilisent afin d'améliorer la communication avec leurs patients.

3. Définition des éléments spatiaux du cabinet

Avant de poursuivre, il convient de bien définir les termes que nous allons employer afin de décrire les déterminants des espaces de rencontre entre les médecins généralistes et leurs patients :

- Le cabinet désigne l'ensemble des locaux où le médecin travaille. Il peut ainsi comprendre l'entrée, la salle d'attente, de détente et de consultation.
- La salle de consultation désigne la salle où le médecin reçoit ses patients, comprenant généralement un espace d'entretien avec le bureau et un espace dédié à l'examen.
- Le bureau désignera le meuble du médecin, sur lequel il appose en général son ordinateur.
- Le terme de « bureau séparateur » pourra être utilisé afin de parler d'un bureau disposé entre le médecin et le patient qui se font face, scindant ainsi l'espace en deux zones séparées par le bureau.

4. Utilisation du mobilier pour moduler les distances

Dans sa thèse, Lugo ³⁰ a interrogé les médecins au sujet de leur bureau et mis en lumière qu'il est un élément de leur personnalité et un outil de communication avec leurs patients. On retrouve dans son travail le témoignage d'un médecin modulant les distances interpersonnelles avec ses patients grâce à son mobilier : en utilisant un tabouret modulable en hauteur, il rapportait adapter sa posture en fonction des motifs de consultation (hauteur inférieure pour inviter le patient à se confier, hauteur supérieure pour exprimer un argument d'autorité). Une symétrie des assises avec des chaises à la même hauteur permettrait la réduction de l'espace physique entre le médecin et les patients, ce qui minimise les différences de pouvoir et facilite la communication interpersonnelle ¹². Un autre médecin rapportait consulter avec un bureau profond afin de mettre à distance les patients. D'autres praticiens ont fait le choix d'abandonner le bureau séparateur afin de moduler plus facilement les distances interpersonnelles avec leurs patients. Cette nouvelle disposition leur permettait de « *toucher le patient pour exprimer sa sollicitude ou encore de débiter l'examen clinique directement sur la chaise et favorisait la fluidité des différents temps de la consultation* » ⁵¹.

Dans une thèse qualitative sur l'agencement du cabinet médical ¹⁸, les médecins généralistes abordent la relation médecin-malade. Tous pensent que l'aménagement ou l'ambiance du cabinet peuvent avoir une influence sur la relation médecin – malade, en précisant qu'une ambiance agréable peut aider les patients à se livrer. La « qualité de la relation médecin-malade » est le quatrième critère cité par les généralistes concernant l'agencement de leur cabinet.

D'autres travaux ¹³ ont laissé la parole aux patients : ils ressentaient une influence évidente de la configuration du mobilier sur le cadre de communication et proposaient « *un modèle de bureau adaptable en fonction des circonstances* » rappelant qu'« *un changement était facile à proposer, et qu'il pouvait apporter une modification des comportements* ». Le bureau était un objet au travers duquel les patients devinaient la personnalité du médecin. Il était représentatif de la relation médecin-patient elle-même.

III – La position du bureau : reflet de la relation médecin-malade et des différences culturelles

1. La position du bureau comme reflet de la relation médecin-malade

Comme nous l'avons vu, le bureau peut être le reflet de la relation que le médecin souhaite avoir avec son patient : un médecin souhaitant garder une distance avec ses patients opterait pour un bureau profond, celui souhaitant pouvoir être plus proche de ses patients n'aurait pas de bureau séparateur. Ainsi, que penser de la place conventionnelle du bureau en France se situant entre le médecin et le patient qui se font face ?

Dans l'ouvrage *Parler avec le malade*²⁴, il est expliqué que le face à face est adopté par un supérieur devant l'employé subalterne. Les rapports existant entre les individus conditionnent l'orientation spatiale qu'ils adoptent et la disposition des meubles peut refléter la distance hiérarchique entre eux²⁹. Le fait de placer deux interlocuteurs de part et d'autre d'un bureau a un effet d'intimidation, de compétition ou de barrière. Ainsi, le bureau en face à face incarnerait l'autorité médicale, il serait le reflet d'une relation médecin-malade « paternaliste ».

Le bureau est aussi un attribut du médecin, un des symboles qui siège au sein d'une salle de consultation, au même titre que ses diplômes et son beau fauteuil (souvent imposant par rapport à la chaise sur laquelle est le patient). Ces différents éléments, signes ostensibles de richesse, marquent la différence de statut entre le médecin et le reste de la population.

Cette représentation stéréotypée serait héritée de l'époque où le médecin faisait partie des notables. Elle se serait ancrée dans nos représentations culturelles, si bien que cette disposition avec bureau séparateur semblait immuable aux patients interrogés au cours d'une enquête qualitative sur la place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale¹³.

2. La position du bureau comme reflet d'une culture

Fischer, dans la *Psychologie des espaces de travail*²⁰, nous explique que « l'espace peut être appréhendé comme un vecteur d'interactions sociales et ce, à double titre : d'abord, une organisation spatiale structure plus ou moins directement ou fortement les communications ;

ensuite, elle constitue un message social sur le groupe ou la société qui l'occupe, sa manière de vivre et ses valeurs ».

Cette idée est partagée par Hall qui explique que « *des individus appartenant à des cultures différentes non seulement parlent des langues différentes, mais, ce qui est sans doute plus important, habitent des mondes sensoriels différents* »^{22(p14)}. Or, comme nous l'avons vu, les distances interpersonnelles peuvent impliquer des sens différents en fonction de la proximité des deux interlocuteurs. Les distances interpersonnelles propres à un individu se définissent donc en fonction de sa culture. C'est pourquoi, il était essentiel de noter que la définition des distances intimes, personnelles, sociales et publiques avait été établie chez les Nord-Américains. Les Britanniques et Européens du Nord sont, quant à eux, habitués à une distance interpersonnelle assez grande. Cette distance interpersonnelle est réduite chez les Français, tandis que les Italiens et les Arabes tolèrent une distance interpersonnelle encore plus petite^{39(p102)}. Le non-respect des catégories de distance peut être source de malentendus : cela peut être perçu comme une intrusion ou, au contraire, comme un rejet par les individus. Ainsi, le médecin doit être conscient qu'il impose, lui aussi, une distance en lien avec sa propre culture et devrait donc savoir s'interroger sur ses codes sociaux et culturels.

Cette approche est extrêmement valorisée au Canada et aux Etats-Unis où la « *cultural competence* » fait partie depuis les années 2000 des compétences attendues des médecins⁴³ et son enseignement s'attache à aller d'une approche « ethnocentrée » vers une approche « ethno sensible ». Quelques études montrent que l'enseignement des compétences culturelles permettrait d'améliorer l'évolution des patients et constitue une aide pour leur éducation thérapeutique²³. Ces concepts sont très peu développés en France. Les départements universitaires de médecine générale ont inclus les « situations avec des patients d'une autre culture » parmi les familles de situations que doivent rencontrer les étudiants pendant leurs études³. Cependant la « compétence culturelle » ne fait pas partie des six compétences transversales définies en médecine générale¹⁵.

3. La position du bureau en France et dans le Monde

La disposition du bureau et les positions prises par le patient et le médecin dans l'espace étant le reflet de leur culture, il semblerait logique que celle-ci varie d'un pays à

l'autre ou d'un continent à l'autre. Une étude récente portée par la World Organization of Family Doctors (WONCA) s'est attelée à étudier la disposition des bureaux des médecins généralistes au niveau mondial ²¹. Ses résultats montrent qu'il existe une prédominance en Europe pour les cabinets avec bureau séparateur (66% des cabinets) mais que cette disposition n'est pas la plus fréquente en Amérique (46%) et n'existe probablement pas en Asie, en Afrique ainsi que dans les pays anglo-saxons (0%).

En France, il semble que les médecins généralistes optent en grande majorité pour un aménagement de leur salle de consultation plaçant le bureau entre le patient et eux. Bien qu'il n'existe aucune évaluation quantitative précise sur la disposition du bureau des médecins français, l'analyse des thèses déjà réalisées sur le sujet paraît confirmer cette impression d'une nette prédisposition des cabinets avec bureau séparateur. En effet, sur trois thèses qualitatives ayant chacune interrogé quinze médecins généralistes ^{18,19,30}, seul un médecin avait son bureau placé contre le mur dans chaque étude, soit trois médecins sur les quarante-cinq étudiés au total. On peut ainsi estimer que les bureaux séparateurs sont présents dans 93% des salles de consultation. Dans l'étude de la WONCA comportant 3 bureaux français, tous avaient une disposition avec bureau séparateur.

Au contraire, aucun cabinet anglais n'avait de bureau séparateur. La disposition traditionnelle chez le médecin généraliste en Angleterre, où patient et médecin sont du même côté du bureau, aurait une explication culturelle selon Hall ²². Il l'explique en partie par le fait que les Anglais ne possèdent pas leur propre chambre durant l'enfance ; ils ne s'attendent donc pas à se voir attribuer leur propre espace et s'étonnent d'ailleurs du besoin qu'ont certains individus d'autres cultures d'avoir un lieu tranquille propre au travail. Puisqu'ils n'ont jamais appris à utiliser l'espace pour se protéger des autres, les Anglais auraient donc développé, pour se faire, des barrières intérieures de nature psychique. D'autres auteurs, plus pragmatiques, avançaient que cet aménagement avec le bureau sur le côté répondait surtout à la nécessité d'un gain d'espace...

Néanmoins, cette disposition permet d'éliminer la barrière physique qu'est le bureau placé entre le médecin et le patient. Buckman ¹¹ décrit en ce sens l'importance d'enlever tout objet qui pourrait créer une barrière entre soignant et patient, et de rapprocher sa chaise de celle du patient pour ne plus avoir à lui parler de derrière le bureau. D'après les médecins généralistes ayant fait ce choix, cela semblerait en effet avoir plusieurs avantages.

IV- Avantages liés à la perte du bureau séparateur

1. Amélioration de la communication

Les travaux de psychosociologie de l'espace ^{22,29}, particulièrement ceux de Hall et Sommer, ont démontré que les individus se parlaient plus lorsqu'ils étaient de biais (en angle à 90°) plutôt qu'en face à face, la disposition en coin étant plus favorable à la communication. Ainsi, ce positionnement pourrait améliorer le dialogue verbal entre médecin et patient, mais c'est indéniablement la communication non verbale qu'il favorise en majorité.

Sans bureau séparateur, le patient et le médecin se voient tous les deux dans leur ensemble, la communication non verbale est majorée. Les attitudes physiques, la posture, les mouvements et les gestes sont beaucoup plus visibles et reflètent l'expression des états émotionnels. Médecins et patients sont contraints de porter attention à leurs positionnements et postures qui sont entièrement révélés. Un médecin sans bureau séparateur l'exprimait ainsi : « *Ça permet aussi d'avoir une meilleure vision de tout ce qui est attitude du patient, et tout ce qui est non-dit ...Un patient qui va bouger ses pieds tout le temps, qui va se tortiller les mains, ça je le voyais pas avec mon gros bureau hermétique avant* » ⁵¹. Lorsque l'accessibilité visuelle augmente, cela semble favoriser la communication. En plaçant deux sujets face à face, côte à côte, dos à dos, ou face à face séparés par un écran, Moscovici et Pion (1966) ont montré que, dans la mesure où les possibilités de communication non verbale diminuent, le langage se transforme. Il tend à se rapprocher du langage écrit, plus coûteux que le langage oral, à cause de l'impossibilité de dire non verbalement ce qui n'est pas dit verbalement ²⁹.

L'absence de bureau permet de ne plus scinder l'espace en deux zones fixes séparées : celle du médecin et celle du patient. Elle rend l'espace plus facilement modulable par le médecin, qui peut l'utiliser comme un outil de communication. Ainsi, le praticien peut laisser le libre choix au patient de positionner sa chaise comme il le souhaite. La position choisie, plus ou moins proche du médecin, livre des informations précieuses sur la posture adoptée par le patient. D'autres médecins, par un jeu de positionnement de chaises fixe, imposent la place du patient, soit pour des raisons pratiques, soit pour lui montrer une attention. Ils peuvent, par exemple, rapprocher d'eux sa chaise et mettre celles des accompagnants au second rang afin d'inviter le patient à être au centre de la consultation.

Selon les médecins ⁵¹, les patients développent ainsi une plus grande confiance et arrivent mieux à exprimer leurs problèmes, notamment sur le plan psychologique ou intime. La communication est décrite comme sensiblement plus satisfaisante.

2. Relation plus égalitaire avec un patient mis en confiance

Les salles de consultation sans bureau séparateur sont parfois décrites comme des « salons » ¹⁹. Cette terminologie reflète bien le concept de « *home extension* » (extension de la maison) développé par les Américains ¹⁴, qui conseillent effectivement de placer le bureau contre un mur afin de créer une zone de conversation. D'après ceux l'ayant essayée, cette configuration rendrait le cadre plus convivial et plus propice au bien-être du patient ¹³. « [...] *Il nous reçoit comme ça, face à face. On est plus à l'aise. Ça m'a étonnée* » rapporte une patiente ¹⁹. Ceci est aussi décrit par les médecins : « *Ils [les patients] se sentent plus à l'aise pour parler et on sent qu'ils sont détendus dans le fauteuil et dans la façon de s'exprimer* » ⁵¹. Cette notion est bien connue des psychologues et psychiatres qui ont majoritairement enlevé leur bureau d'entre leurs patients et eux pour les inviter à se livrer plus facilement.

L'absence de bureau permet de se rapprocher avec plus de facilité du patient et d'entrer ainsi dans sa « zone intime » plus propice au soutien et aux confidences. Nombreux sont les médecins qui ont remarqué que lors de l'examen clinique, les patients se sentaient plus à même de se confier ²⁶. Cela pourrait s'expliquer par une distance interpersonnelle plus faible entraînant une plus grande implication sensorielle et émotionnelle des sujets. L'absence de bureau séparateur peut permettre d'obtenir cette interaction avec le patient dès la phase d'entretien sans attendre l'examen clinique. De plus, elle peut permettre au médecin de se positionner à côté du patient, la position côte à côte favorisant l'intimité et la collaboration ²⁵.

Comme l'évoque un médecin, la perte du bureau séparateur permet au patient d'être plus acteur et moins spectateur : « *on est tous autour du bureau et ils me demandent encore moins de leur trouver une solution* » ⁵¹. Elle ferait ainsi écho à la dynamique de responsabilisation et d'autonomisation des patients, bien définie dans le monde anglo-saxon par le terme « *patient empowerment* ». En adoptant cette nouvelle disposition, le médecin invite ses patients à s'exprimer et encourage les échanges sur les choix thérapeutiques, comme cela a été ressenti par une patiente : « *Ça m'a étonnée. Et après je me suis dit, il se met peut-être au même niveau que tout le monde. Je trouve que ça facilite l'échange* » ¹⁹. Le

bureau non séparateur rendait la relation moins asymétrique entre cette patiente et son médecin.

3. Attitude plus empathique et à l'écoute du médecin : l'approche centrée patient

Lors des consultations, le temps de parole des médecins est clairement majoritaire par rapport à celui des patients⁹. Pourtant, comme nous l'avons vu, une des principales attentes des patients envers leurs médecins est leur disponibilité pour les écouter. Celle-ci serait « *plus perceptible lorsqu'il(s) s'installai(en)t à leurs côtés* »¹³. Les médecins ayant fait le choix d'un bureau non séparateur semblent conscients d'une amélioration de leur capacité d'écoute. Ils l'évoquent à plusieurs reprises lors d'études qualitatives :

- « *Cette proximité me semble être plus favorable à la compréhension du patient ou à la prise en compte que le patient peut faire des conseils.* »⁵¹
- « *Et je me suis rendu compte que je retrouvais la qualité de rapport que j'avais avec le patient à domicile et que les consultations bénéficiaient d'une empathie qui était bien plus augmentée et que le bureau représentait vraisemblablement une barrière [...] D'améliorer une certaine relation avec le patient, d'améliorer l'écoute.* »³⁰

Ainsi, les médecins ayant fait ce choix amélioreraient leur empathie envers leurs patients.

De plus, en utilisant l'espace comme outil de communication avec les patients, ils développaient une nouvelle stratégie d'adaptation face au patient, aussi appelée stratégie de « coping », et avaient une pratique plus consciencieuse. Pour les médecins, ces éléments (empathie, coping, pratique en pleine conscience) sont autant de facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel⁴⁹.

Enfin, exercer sans bureau séparateur semble répondre à chacun des cinq principes de l'approche centrée patient. Cette dernière conseille aux médecins de :

1. Utiliser un modèle biopsychosocial,
2. Voir le patient comme une personne,
3. Partager pouvoir et responsabilité avec le patient,
4. Construire une relation thérapeutique,
5. Être conscient de ses propres limites.

Ainsi, la perte du bureau séparateur pourrait être utile au médecin pour entrer dans le monde du patient et lui permettre de voir la maladie selon son regard ⁴³.

V- Hypothèses et objectifs

Notre hypothèse est que les patients apprécieraient la perte du bureau séparateur dans le cabinet de leur médecin généraliste.

Notre étude a pour objectif principal de faire une analyse descriptive de l'avis des patients suite à la perte du bureau séparateur dans la salle de consultation du médecin généraliste qu'ils consultent. Secondairement, nous souhaitons évaluer si ces avis sont influencés par les caractéristiques socio-économiques des patients, leurs recours au médecin généraliste et les caractéristiques du médecin généraliste qu'ils consultent.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I- Méthode

1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude quantitative. Elle vient compléter le travail de thèses qualitatives récentes ^{13,30} ayant montré un intérêt des patients pour un changement de la disposition du bureau des médecins généralistes avec perte du bureau séparateur. Nous avons opté pour une enquête d'opinion par questionnaires distribués post-intervention.

2. Définition de l'intervention

L'intervention réalisée pour notre étude consiste en la perte du bureau séparateur. Pour ce faire, nous avons recruté des médecins généralistes ayant un bureau séparateur (position A) volontaires pour déplacer leur chaise ou leur bureau afin d'être en face à face direct avec le patient (position B) ou à un angle de 90° avec le patient (position C).

Les médecins ayant effectué ce changement étaient les investigateurs.

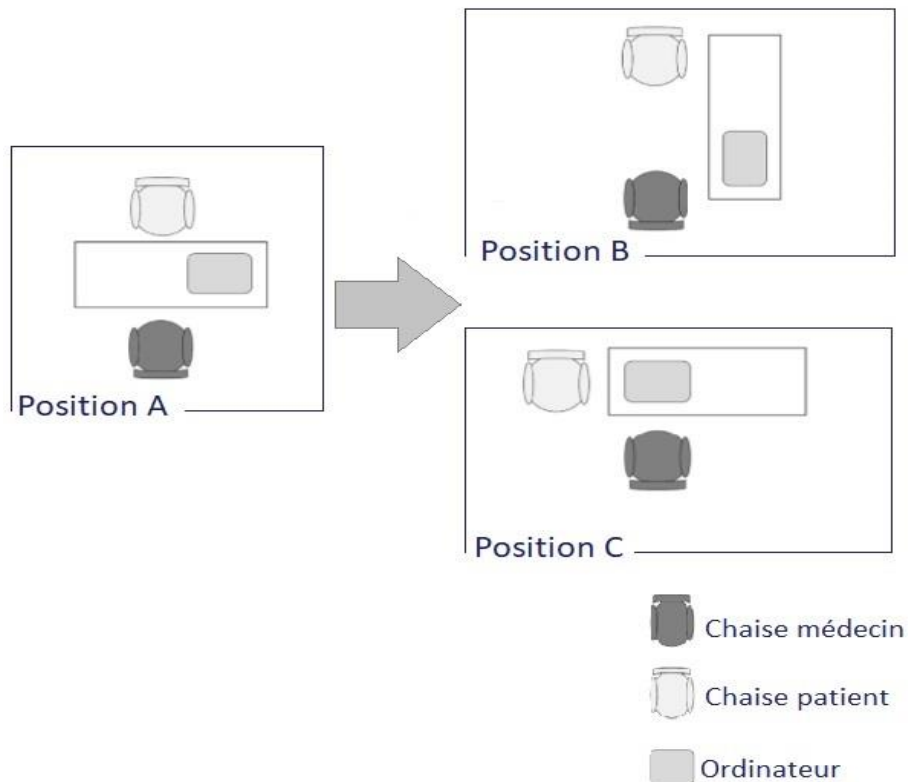


Figure 1. Schéma des positions de bureau proposées aux investigateurs.

II- Matériel

1. Médecins investigateurs

Les investigateurs étaient des médecins généralistes installés, remplaçants ou internes en médecine générale d'Île-de-France, travaillant dans un cabinet avec bureau séparateur (position A).

Ils étaient volontaires pour changer la place de leur bureau de la position A à la position B ou C. Suite à ce changement, ils devaient effectuer leur consultation normalement, puis remettre le questionnaire papier à leurs patients en fin de consultation.

Leur temps de participation à l'étude n'était pas défini à l'avance : d'une journée à plusieurs semaines selon leur convenance.

Leur recrutement s'est effectué à l'aide de prospectus (Annexe 1) diffusés par le réseau social Facebook aux groupes de médecins généralistes d'Île-de-France, par voie postale aux médecins du 11^{ème} et 20^{ème} arrondissement de Paris, par affichage au sein du département de médecine générale de l'UPEC, par mail aux médecins du réseau de SAMI du 94 et par contact direct auprès des connaissances de la doctorante et de la directrice de thèse.

Trois informations ont été recueillies concernant les investigateurs : leur âge, leur sexe et le nombre d'années d'installation pour les médecins installés (défini comme 0 pour les internes et remplaçants).

2. Population étudiée

La population étudiée était les patients consultant les médecins généralistes investigateurs.

Nous avons volontairement limité au maximum les critères d'inclusion et d'exclusion afin de faciliter le travail des médecins investigateurs.

Le seul critère d'inclusion était : avoir réalisé une consultation avec le médecin investigateur n'ayant plus de bureau séparateur.

Le critère d'exclusion était : être dans l'incapacité intellectuelle de répondre au questionnaire. Les personnes ne sachant ni lire ni écrire pouvaient participer à l'étude avec l'aide du médecin investigateur ou d'un tiers leur lisant les questions et remplissant pour eux le questionnaire selon leurs réponses.

3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 2) a pu être élaboré grâce à l'analyse de l'étude qualitative du ressenti des patients sur la place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale, réalisée en 2019 par Champeau et Lallemand ¹³.

Une partie de leurs entretiens avec les patients abordait spécifiquement une réflexion sur l'expérience vécue autour du bureau en consultation et leurs ressentis par rapport à des possibilités de changement de disposition du bureau. L'analyse de leurs réponses a permis de dégager plusieurs grands thèmes évoqués à propos du bureau séparateur, il était vu comme :

- Un pont, élément central de la relation,
- Une délimitation des espaces,
- Un élément symbole de l'autorité.

Plusieurs ressentis par rapport à la perte du bureau séparateurs étaient évoqués :

- La perte d'intimité,
- La perte d'espace propre avec une impression de vulnérabilité,
- Une relation plus humaine et égalitaire, plus familière,
- Une libération de la parole,
- Un cadre convivial,
- Une amélioration de la prise en charge globale.

En reprenant ces grands axes d'opinions émis par les patients, nous avons pu créer notre questionnaire.

Nous avons opté pour un questionnaire à questions fermées afin de permettre aux patients de le compléter rapidement et de faciliter les analyses quantitatives. Pour chaque hypothèse, nous avons élaboré une question dichotomique permettant de répondre par « oui » ou par « non ». Afin de diminuer la pression normative et l'injonction à répondre « oui », nous avons utilisé des questions d'opinions avec utilisation de brèves propositions complémentaires (telles que « pensez-vous que », « trouvez-vous », « estimez-vous »...) ⁴⁰.

Nous avons fait le choix d'élargir les réponses possibles avec une échelle psychométrique de Likert de quatre items (« tout à fait », « plutôt oui », « plutôt non », « pas du tout ») et une option « sans opinion » afin de limiter l'effet d'imposition d'une problématique ⁸. Dans le même but, nous avons veillé à un équilibre entre les questions à

modalités positives et celles à modalités négatives tant dans leur nombre que dans leur enchainement. Afin d'éviter tout biais de fatigabilité ou lié à la réflexion induite par le questionnaire, la première question portait sur l'appréciation de la perte du bureau séparateur.

La première partie du questionnaire est consacrée à l'étude des déterminants socio-économiques des patients interrogés avec le recueil de leur sexe, âge, diplôme et catégorie socio-professionnelle. Là encore, nous avons utilisé des questions fermées à choix multiples afin de faciliter les analyses. Les classes d'âge, de diplôme et de catégorie socio-professionnelle ont été définies selon la nomenclature de l'INSEE afin de pouvoir comparer nos résultats aux moyennes nationales. Des questions concernant le lien du patient avec le médecin généraliste consulté et le recours aux soins ont été incluses afin de pouvoir évaluer leurs implications dans les réponses au questionnaire.

Une fois le questionnaire élaboré, nous avons réalisé un pré-test auprès d'une dizaine de personnes de notre entourage non-médecins. Certaines questions ont été reformulées avec un vocabulaire plus accessible.

4. Déroulement de l'étude

Au début de l'étude, chaque investigateur recruté déplaçait son bureau de la position A à la position B ou C. Ensuite, il effectuait ses consultations normalement et remettait le questionnaire papier au patient avec un stylo. Après la consultation, le patient pouvait alors remplir le questionnaire en salle d'attente : cela permettait au médecin de ne pas perdre du temps de consultation. Une fois rempli, le patient déposait le questionnaire dans une bannette disposée dans la salle d'attente. À la fin de la journée ou demi-journée, le médecin investigateur récupérait les questionnaires papiers dans la bannette.

5. Validation éthique

La déléguée de la protection des données de l'UPEC, Mme Marie-Hélène Noël, a déterminé que notre étude était pseudo-anonymisée multicentrique n'impliquant pas la

personne humaine dans le domaine de la santé. Les données recueillies permettaient d'être en accord avec la méthodologie de référence MR-004 du CNIL. L'étude ne nécessitait donc pas d'avis de comité éthique, ni de demande à la CPP. La non-opposition à l'utilisation des données à des fins de recherches a été stipulée par écrit sur le questionnaire papier.

Une fiche de déclaration de traitement de données personnelles a été adressée en Septembre 2020 au service de protection des données de l'UPEC avant les premières saisies de données.

6. Saisie et exploitation

Le recueil des données a été effectué sous Excel[®]. La plupart des variables étaient qualitatives discrètes, décrites en effectifs et proportions. Des proportions cumulées ont été calculées pour les variables à plus de deux modalités. L'âge et le nombre d'années d'installation des médecins investigateurs étaient les deux seules variables quantitatives, décrites par médiane et interquartiles.

Pour chaque réponse au questionnaire, des analyses descriptives croisées ont été effectuées selon les caractéristiques des patients et celles des médecins investigateurs. Afin de permettre une analyse en deux sous-groupes, les réponses positives (« tout à fait » et « plutôt oui ») et négatives (« plutôt non » et « pas du tout ») de l'échelle de Likert ont été regroupées. De même, les réponses « sans opinion » et « avec opinion » (correspondant aux réponses « tout à fait », « plutôt oui », « plutôt non », « pas du tout ») ont été regroupées pour permettre leur comparaison. Nous n'avons reporté que les associations significatives trouvées.

Pour comparer les variables qualitatives, le test paramétrique du Chi2 a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Si ce n'était pas le cas (effectifs faibles), le test exact de Fisher a été réalisé. Pour comparer une variable quantitative à une variable qualitative, le test de Mann-Whitney ou Kuskal-Wallis a été utilisé selon la distribution des données.

Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. Les analyses ont été réalisées sur le logiciel R dans sa version 3.1, via l'application GMRC Shiny Stat[®] du CHU de Strasbourg (2017).

RÉSULTATS

I- Réalisation de l'étude

1. Recrutement des médecins volontaires et intervention

Le recrutement des médecins volontaires fut une étape difficile de l'étude. La diffusion du prospectus par réseaux sociaux, voie postale, courriel et affichage n'a donné aucun résultat. Au total, huit médecins ont finalement été recrutés grâce à un contact direct (conversation orale ou par mail/téléphone) avec des collègues de la directrice de thèse ou de la doctorante :

- Deux internes, une femme et un homme, respectivement de 28 et 27 ans, travaillant en cabinet libéral,
- Deux remplaçants de 28 ans, une femme et un homme, exerçant respectivement en centre de santé et en maison de santé universitaire,
- Une médecin femme de 30 ans installée depuis 2 ans en maison de santé pluriprofessionnelle,
- Une médecin femme de 32 ans installée depuis 3 ans et un homme de 33 ans installé depuis 5 ans en maison de santé universitaire,
- Une médecin femme de 50 ans exerçant depuis 17 ans en centre de santé.

Les médecins recrutés sont donc principalement des femmes (5 femmes pour 3 hommes) et des médecins jeunes (âge médian : 30 ans, moyenne d'âge : 39 ans).

Plusieurs investigateurs partageaient le même bureau ; ce sont donc quatre bureaux différents qui ont finalement changé de position (Annexe 3 : photos des bureaux). Tous les bureaux ont été tournés perpendiculairement permettant de passer d'une position avec bureau séparateur (position A) à une position en face à face direct avec le patient (position B). La position C, imposant un angle de 90° avec le patient, n'a été utilisée par aucun investigateur.

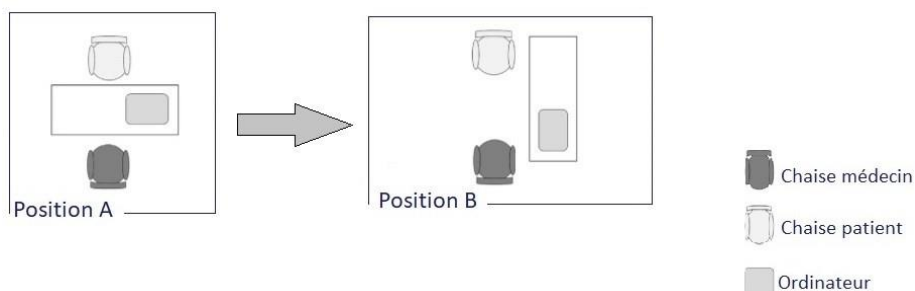


Figure 2. Schéma du changement de la position du bureau des médecins investigateurs

2. Lieux et période

L'étude s'est déroulée en Île-de-France au sein de quatre lieux différents :

- Deux dans le Val-de-Marne : un cabinet libéral de médecine générale et une maison de santé universitaire,
- Deux dans Paris : un centre de santé et une maison de santé pluriprofessionnelle.

Le recueil des questionnaires a été effectué d'octobre 2020 à février 2021.

3. Recueil des questionnaires

Sur 165 questionnaires recueillis, 158 ont été exploités (95,76%). Les sept questionnaires non-inclus dans les analyses correspondent à ceux de patients qui n'avaient répondu qu'au recto du questionnaire (partie « informations générales ») sans remplir le verso (partie « questionnaire »).

Sur les questionnaires exploités, une ou plusieurs réponses étaient parfois manquantes : elles ne représentent néanmoins que 1% des données (42/4108).

II- Description de la population

1. Genre et âge

Les patients ayant répondu au questionnaire étaient majoritairement des femmes avec 97 femmes sur 158 participants (61%, Tableau 1).

On note une surreprésentation des adultes jeunes dans notre échantillon avec une majorité des patients (60%) ayant entre 25 et 54 ans. L'effectif des moins de 18 ans était très faible (4 patients), tout comme celui des plus de 80 ans (5 patients), correspondant chacun à environ 3% des patients.

2. Niveau d'éducation et catégorie socio-professionnelle

Notre échantillon semble avoir un bon niveau d'éducation avec des diplômes d'un niveau légèrement supérieur à la population française. On note qu'en effet 23% des patients avaient le baccalauréat ou un brevet professionnel (vs 18% au niveau national) et 29% avaient un diplôme supérieur long (vs 25% au niveau national, Tableau 1).

Les personnes sans activité professionnelle représentaient 18% de l'échantillon de patients et les retraités 12%. En les excluant, on obtenait la population active constituée essentiellement d'employés et de cadres (respectivement 51% et 33% de la population active de l'échantillon). Les ouvriers et les professions intermédiaires étaient nettement sous-représentés, correspondant respectivement à 8 et 3% des patients actifs (alors qu'ils représentent 19 et 26% de la population active française, Tableau 1).

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES	Données nationales (INSEE)			
	n	(%)
A/ Genre (n = 158) :	INSEE 2021 ¹ , n = 67 407 241			
Homme	61	(	38.61)
Femme	97	(	61.39)
B/ Âge (n = 158) :	INSEE 2020 ² , n = 64 897 954			
Moins de 18 ans	4	(	2.53)
Entre 18 et 24 ans	18	(	11.39)
Entre 25 et 39 ans	55	(	34.81)
Entre 40 et 54 ans	39	(	24.68)
Entre 55 et 64 ans	19	(	12.03)
Entre 65 et 79 ans	18	(	11.39)
80 ans ou plus	5	(	3.16)
C/ Diplôme le plus élevé (n = 156) :	INSEE 2020 ³			
Aucun diplôme, CEP ou brevet des collèges	26	(	16.67)
CAP, BEP ou équivalent	24	(	15.38)
Bac, brevet professionnel ou équivalent	36	(	23.08)
Diplôme du supérieur court (niveau bac +2)	24	(	15.38)
Diplôme du supérieur long (supérieur à bac +2)	46	(	29.49)
D/ Catégorie socio-professionnelle (n = 154) :				
Agriculteur, exploitant	0	(	0)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	35	(	22.73)
Profession intermédiaire	3	(	1.95)
Employé	55	(	35.71)
Retraité	18	(	11.69)
Commerçant, Artisan, Chef d'entreprise	6	(	3.90)
Ouvrier	8	(	5.20)
Sans activité professionnelle	29	(	18.83)
E/ Catégorie socio-professionnelle parmi la population active de l'échantillon* (n=107) :	INSEE 2020 ⁴			
Agriculteur, exploitant	0	(	0)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	35	(	32.7)
Profession intermédiaire	3	(	2.8)
Employé	55	(	51.4)
Commerçant, Artisan, Chef d'entreprise	6	(	5.6)
Ouvrier	8	(	7.5)

* Exclusion des retraités et sans activité professionnelle

¹ - Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

² - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France métropolitaine | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>

³ - Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872>

⁴ - Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-figure1_radio1

Tableau 1. Caractéristiques socio-économiques de l'échantillon et données au niveau national en France

3. Recours au médecin généraliste

47% des patients de notre échantillon n'avaient pas consulté leur médecin généraliste habituel et 39% consultaient même le médecin investigateur pour la première fois (Tableau 2).

La plupart des patients inclus (64%) avaient un recours fréquent aux soins avec une consultation chez le médecin généraliste plus de 3 fois par an, 30% ne le consultaient qu'une à deux fois par an et 6% moins d'une fois par an.

RECOURS AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	n	(%)
<u>A/ Consultation avec : (n=156)</u>		
Médecin généraliste habituel	82	(52.56)
Médecin généraliste inhabituel	74	(47.44)
<u>B/ Consultation avec ce médecin généraliste : (n=157)</u>		
Première consultation	62	(39.49)
Consultation itérative	95	(60.51)
<u>C/ Nombre de recours par an au médecin généraliste : (n=157)</u>		
Moins de 1 fois par an	10	(6.37)
1 à 2 fois par an	47	(29.94)
Plus de 3 fois par an	100	(63.69)

Tableau 2. Recours au médecin généraliste de l'échantillon de patients

III- Analyse descriptive : résultat du questionnaire

1. Appréciation globale

Les patients ont répondu très majoritairement de manière positive aux trois questions (questions 1, 14 et 15) qui évaluaient leur appréciation globale de la perte du bureau séparateur (Tableau 3).

La question 1 portait sur l'appréciation de ne plus avoir de bureau entre le patient et le médecin. La très grande majorité des patients a émis un avis favorable à cette question avec 38% des patients ayant un avis tout à fait favorable, 37% plutôt favorable, 9% plutôt défavorable et seulement 1% tout à fait défavorable. 15% étaient sans opinion. Ainsi, 75% des patients interrogés exprimaient une opinion favorable. Parmi ceux ayant un avis, ce pourcentage s'élevait même à 88% (118/134).

La question 14 sondait les patients afin de savoir s'ils pensaient que la nouvelle disposition pouvait améliorer leur prise en charge globale. Les avis étaient majoritairement positifs sur cette question avec 30% de « tout à fait », 36% de « plutôt oui » contre seulement 15% d'avis négatifs. On note un nombre assez élevé de sans opinion 19% et 3 non-réponses à cette question.

La question 15 interrogeait les patients sur leur souhait de voir le bureau rester dans la nouvelle disposition à l'avenir. Près d'un quart des patients était sans opinion (24%). Néanmoins, les avis favorables étaient nettement majoritaires (65% des réponses). Seuls 4 patients sur les 156 ayant répondu (3%) n'étaient pas du tout favorables au maintien de la nouvelle disposition. En excluant les patients sans opinion, on retrouve une proportion de 86% des patients (102/118) ayant un avis favorable au maintien du bureau dans sa nouvelle disposition.

APPRÉCIATION GLOBALE	n	%		n	%
Q1. Avez-vous apprécié de ne plus avoir le bureau entre vous et le médecin au cours de cette consultation ? (n=158)					
Tout à fait	60	37.98	Plutôt non	14	8.86
Plutôt oui	58	36.71	Pas du tout	2	1.27
Sans opinion	24	15.19			
Q14. Pensez-vous que cette nouvelle disposition peut améliorer votre prise en charge globale par votre médecin ? (n=155)					
Tout à fait	46	29.68	Plutôt non	14	9.03
Plutôt oui	56	36.13	Pas du tout	10	6.45
Sans opinion	29	18.71			
Q15. Aimerez-vous que le bureau reste dans cette position à l'avenir ? (n=156)					
Tout à fait	52	33.33	Plutôt non	12	7.69
Plutôt oui	50	32.05	Pas du tout	4	2.56
Sans opinion	38	24.36			

Tableau 3. Appréciation globale de la perte du bureau séparateur

2. Ressenti des patients

Les questions 3, 4 et 8 avaient pour but de recueillir les sensations ressenties par les patients suite à la perte du bureau séparateur (Tableau 4) : les patients étaient nombreux à avoir un avis sur ces questions où les « sans opinions » n'ont jamais dépassé les 5% de réponse.

La question 3 interrogeait les patients afin de savoir s'ils s'étaient sentis à l'aise sans bureau entre le médecin et eux. Les réponses ont été tout à fait favorables à cette question dans 60% des cas (94/157), plutôt favorables dans 27% des cas. Les avis défavorables ne représentaient que 10% des cas.

La question 4 abordait le sentiment d'insécurité en demandant aux patients s'ils avaient pu se sentir plus vulnérables avec l'impression de moins pouvoir se protéger. Les trois quarts des patients n'ont pas du tout ressenti de sentiment d'insécurité (75%).

La notion de perte d'intimité, liée à la perte de la limite physique du bureau entre le patient et le médecin, était abordée dans la question 8 : 88% des patients n'ont pas eu l'impression d'être en quelque sorte « mis à nus ». Seuls 7% des patients (11/155) ont ressenti une perte d'intimité.

RESSENTI	n	%		n	%
Q3. Vous êtes-vous senti à l'aise lors de cette consultation sans bureau entre vous et le médecin ? (n=157)					
Tout à fait	94	59.87	Plutôt non	11	7.01
Plutôt oui	43	27.39	Pas du tout	5	3.18
Sans opinion	4	2.55			
Q4. Avez-vous eu un sentiment d'insécurité dans cette nouvelle configuration, l'impression d'être plus vulnérable ou de moins pouvoir vous protéger ? (n=156)					
Tout à fait	1	0.64	Plutôt non	20	12.82
Plutôt oui	11	7.05	Pas du tout	117	75.00
Sans opinion	7	4.49			
Q8. Avez-vous eu l'impression de perdre votre intimité avec la perte de la limite physique du bureau entre vous et votre médecin ? D'être en quelque sorte "mis à nu"? (n=155)					
Tout à fait	3	1.94	Plutôt non	36	23.23
Plutôt oui	8	5.16	Pas du tout	101	65.16
Sans opinion	7	4.52			

Tableau 4. Ressenti des patients suite à la perte du bureau séparateur

3. Avis sur le nouveau cadre de la consultation

La perte du bureau séparateur donne un nouveau cadre de consultation sur lequel les patients ont été interrogés par la question 10 et 13 (Tableau 5).

Cette nouvelle disposition pouvant paraître moins adaptée au cadre d'une consultation qu'elle rend plus familier : les patients ont été invités à répondre à cette problématique par la question 10. Plus des trois quarts des patients n'étaient pas d'accord et ne trouvaient pas la nouvelle disposition moins adaptée au cadre d'une consultation (56% pas du tout d'accord et 22% plutôt pas d'accord).

La grande majorité des patients (88%) a trouvé ce cadre plus convivial (question 13).

CADRE DE LA CONSULTATION	n	%		n	%
Q10. Cette nouvelle disposition vous a-t-elle paru moins adaptée au cadre d'une consultation avec son médecin, trop familière ? (n=156)					
Tout à fait	4	2.56	Plutôt non	35	22.44
Plutôt oui	17	10.90	Pas du tout	87	55.77
Sans opinion	13	8.33			
Q13. Avez-vous trouvé ce cadre plus convivial ? (n=156)					
Tout à fait	60	38.46	Plutôt non	9	5.77
Plutôt oui	67	42.95	Pas du tout	2	1.28
Sans opinion	18	11.54			

Tableau 5. Avis des patients sur le nouveau cadre de la consultation

4. Modification de la relation médecin-malade

Plusieurs questions (question 2, 7 et 9) ont évalué l'avis des patients sur la modification de la relation thérapeutique que pouvait engendrer la perte du bureau séparateur (Tableau 6).

La très grande majorité des patients (86%) n'a pas eu l'impression d'une perte de lien avec le médecin du fait de l'absence du bureau entre eux (question 2). Ils étaient même 67% à répondre « pas du tout ».

La question 7 interrogeait les patients afin de savoir s'ils avaient eu l'impression d'une relation plus égalitaire avec leur médecin. Les avis étaient plutôt favorables (35% de plutôt favorables, 25% de tout à fait favorables), seuls 10% des patients n'avaient pas du tout cette impression. On note une part importante de sans opinion, représentant 23% des réponses. En

les excluant, 77% des patients qui avaient un avis avaient l'impression d'une relation plus égalitaire avec leur médecin dans cette nouvelle disposition.

Près des trois quarts des patients trouvaient que la relation avec leur médecin était plus humaine et personnelle avec la perte du bureau séparateur (74%).

RELATION MÉDECIN-MALADE	n	%		n	%
Q2. Avez-vous eu l'impression d'une perte de lien avec votre médecin liée à l'absence de bureau entre vous et lui ou elle ? (n=156)					
Tout à fait	6	3.85	Plutôt non	29	18.59
Plutôt oui	9	5.77	Pas du tout	104	66.67
Sans opinion	8	5.13			
Q7. Avez-vous eu l'impression d'une relation plus égalitaire avec votre médecin ? (n=155)					
Tout à fait	38	24.52	Plutôt non	11	7.10
Plutôt oui	55	35.48	Pas du tout	16	10.32
Sans opinion	35	22.58			
Q9. La relation avec votre médecin vous a-t-elle paru plus humaine et personnelle ? (n=155)					
Tout à fait	55	35.48	Plutôt non	6	3.87
Plutôt oui	60	38.71	Pas du tout	8	5.16
Sans opinion	26	16.77			

Tableau 6. Avis des patients sur la modification de la relation médecin-malade

5. Modification de l'image du médecin

La recherche d'une modification de l'image qu'ont les patients de leur médecin généraliste suite au changement de disposition du bureau a été réalisée grâce aux questions 5 et 6 (Tableau 7).

À la question 5, il était demandé aux patients si leur médecin leur paraissait plus avenant et accessible dans cette nouvelle configuration. Les réponses ont été majoritairement favorables à cette question (66% d'avis favorables) avec 20% de sans opinion.

Très nettement, les patients n'avaient pas la sensation que leur médecin ait perdu en autorité suite à cette nouvelle disposition : 91% des patients ayant répondu négativement à la question 6 avec même 71% des patients qui n'avaient pas du tout cette sensation.

IMAGE DU MÉDECIN	n	%	n	%	
5. Votre médecin vous a-t-il paru plus avenant et accessible suite à cette nouvelle configuration ? (n=157)					
Tout à fait	54	34.40	Plutôt non	14	8.92
Plutôt oui	51	32.48	Pas du tout	7	4.46
Sans opinion	31	19.75			
6. Avez-vous la sensation que votre médecin a perdu en autorité suite à cette nouvelle disposition du bureau ? (n=156)					
Tout à fait	1	0.64	Plutôt non	32	20.51
Plutôt oui	5	3.21	Pas du tout	110	70.51
Sans opinion	8	5.13			

Tableau 7. Modification de l'image du médecin suite à la perte du bureau séparateur

6. Modification des entretiens

L'impression d'une modification des entretiens au cours des consultations réalisées sans bureau séparateur (Tableau 8) a été explorée par les questions 11 et 12. Nombreux sont les patients à ne pas avoir eu d'opinion à ces questions.

58% des patients ont eu l'impression que ce positionnement libérait la parole contre 21% qui n'ont pas eu cette impression et 20% étaient sans opinion.

La question 12, interrogeant les patients afin de savoir s'ils ont eu l'impression d'aborder plus de problématiques psychologiques que d'habitude, est celle pour laquelle une tendance est la plus difficile à déterminer. Un quart des patients n'ayant pas d'opinion à cette question. On note un plus grand nombre de patients ayant trouvé qu'ils n'ont pas abordé plus de problématiques psychologiques que d'habitude : 42% ayant répondu défavorablement contre 22% favorablement. Il s'agit de la seule question du questionnaire où un avis favorable ou défavorable ne dépasse pas les 50% de réponses.

ENTRETIENS	n	%	n	%	
Q11. Avez-vous eu l'impression que ce positionnement libérait la parole ? (n=154)					
Tout à fait	35	22.73	Plutôt non	18	11.69
Plutôt oui	55	35.71	Pas du tout	15	9.74
Sans opinion	31	20.13			
Q12. Avez-vous eu l'impression d'aborder plus de problématiques psychologiques que d'habitude ? (n=156)					
Tout à fait	17	10.90	Plutôt non	32	20.51
Plutôt oui	34	21.80	Pas du tout	34	21.80
Sans opinion	39	25.00			

Tableau 8. Modification des entretiens suite à la perte du bureau séparateur

IV- Analyse univariée des facteurs associés aux réponses des patients

1. Déterminants de l'appréciation de la perte du bureau séparateur

Pour toutes les questions concernant l'appréciation globale du bureau séparateur, il a été retrouvé une association significative avec l'âge et le nombre d'années d'installation du médecin consulté : plus le médecin était âgé et installé depuis longtemps, moins les patients avaient un avis positif sur la perte du bureau séparateur ($p \leq 0.01$ pour les questions 1, 14 et 15, Tableaux 9 et 10 ci-dessous, Tableau 11 en Annexe 4).

Si les patients consultaient le médecin pour la première fois, les avis étaient plus souvent positifs concernant l'appréciation de la perte du bureau séparateur et le fait que cette nouvelle disposition pourrait améliorer leur prise en charge globale ($p=0.02$ et 0.01 respectivement pour les questions 1 et 14, Tableaux 9 et 10).

	Appréciation de la perte du bureau séparateur (n=116)	Non appréciation de la perte du bureau séparateur (n=16)	p value
Médecin généraliste :			0.05
Habituel	57 (82.61%)	12 (17.39%)	
Inhabituel	59 (93.65%)	4 (6.35%)	
Nombre de consultation avec le médecin :			0.02
Première consultation avec le médecin	49 (96.08 %)	2 (3.92 %)	
Consultation itérative avec le médecin	68 (82.93%)	14 (17.07%)	
Âge du médecin généraliste consulté :	28 [28-33]	41.5 [31.5-50]	<0.01
Nombre d'années d'installation du médecin :	1 [0.25-5]	11 [2.75-17]	<0.01

Tableau 9. Déterminants de l'appréciation de la perte du bureau séparateur (question 1)

	Pensent à une amélioration de leur prise en charge globale (n=102)	Ne pensent pas à une amélioration de leur prise en charge globale (n=24)	p value
Nombre de consultation avec le médecin :			0.01
Première consultation avec le médecin	49 (92.45%)	4 (7.55%)	
Consultation itérative avec le médecin	53 (72.60%)	20 (27.40%)	
Âge du médecin généraliste consulté :	28 [28-33]	32 [29.5-50]	<0.01

Tableau 10 : Déterminants de l'avis des patients sur l'amélioration de leur prise en charge globale avec la perte du bureau séparateur (question 14)

2. Déterminants des avis concernant la modification de la relation avec le médecin

Il semble que le fait de consulter son médecin généraliste habituel tend à diminuer l'impression que la perte du bureau séparateur puisse modifier la relation du médecin avec son patient. En effet, on note une tendance à la diminution de l'impression d'une perte de lien avec le médecin lorsque les patients consultaient leur médecin généraliste habituel ($p=0.05$, tableau 12). Le fait de consulter son médecin généraliste habituel était aussi significativement associé à une diminution de l'impression d'obtenir une relation plus égalitaire avec son médecin en l'absence de bureau séparateur ($p=0.02$, tableau 12).

	Médecin généraliste habituel	Médecin généraliste inhabituel	p value
Q2/ Perte de lien :			0.05
Impression d'une perte de lien	4 (5.41%)	11 (15.28%)	
Pas d'impression d'une perte de lien	70 (94.59%)	61 (84.72%)	
Q7/ Relation plus égalitaire :			0.02
Impression d'une relation plus égalitaire	41 (68.33%)	51 (86.44%)	
Pas d'impression d'une relation plus égalitaire	19 (31.67%)	8 (13.56%)	

Tableau 12. Avis des patients concernant la modification de la relation selon qu'ils aient consulté leur médecin généraliste habituel ou non

De plus, il est apparu une tendance entre le fait de consulter une médecin femme et celui de trouver une relation plus humaine et personnelle avec le médecin investigateur ($p=0.05$, tableau 13). Cette impression était significativement augmentée lorsque les patients consultaient le médecin pour la première fois ($p=0.03$, tableau 13).

	Impression d'une relation plus humaine	Pas d'impression d'une relation plus humaine	p value
Sexe du médecin généraliste consulté :			0.05
Femme	105 (91.3%)	10 (8.7%)	
Homme	10 (71.43%)	4 (18.57%)	
Nombre de consultation avec le médecin :			0.03
Première consultation avec le médecin	52 (96.3%)	2 (3.7%)	
Consultation itérative avec le médecin	63 (84%)	12 (16%)	

Tableau 13 : Déterminants de l'impression d'une relation plus humaine et personnelle des patients (question 9)

3. Déterminants du ressenti des patients en l'absence de bureau séparateur

Nous avons retrouvé une association significative entre le fait de se sentir mal à l'aise sans bureau séparateur et la catégorie socio-professionnelle du patient ($p=0.04$, tableau 14). En effet, seuls les ouvriers, les employés et les personnes sans activité professionnelle ont signalé s'être sentis mal à l'aise en l'absence de bureau séparateur.

De même, l'impression de perdre son intimité en l'absence de bureau séparateur était significativement associée à la catégorie socio-professionnelle du patient. Les personnes sans activité professionnelle rapportaient plus souvent cette impression d'être en quelque sorte « mis à nu » en l'absence de bureau séparateur ($p=0.04$, tableau 14).

Ces résultats sont à interpréter avec prudence devant les faibles effectifs des sous-catégories étudiées.

	Profession				Commerçant, artisan, chef d'entreprise		Sans activité professionnelle	p value
	Cadre	intermédiaire	Employé	Retraité		Ouvrier		
Q3/ Aisance en l'absence de bureau séparateur :								0.04
À l'aise	33 (100%)	3 (100%)	46 (86.79%)	18 (100%)	6 (100%)	5 (71.43%)	24 (82.76%)	
Mal à l'aise	0 (0%)	0 (0%)	7 (13.21%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28.57%)	5 (17.24%)	
Q8/ Impression de perte d'intimité en l'absence de bureau séparateur :								0.04
Perte d'intimité	1 (3.03%)	1 (33.33%)	1 (1.92%)	2 (11.11%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (19.23%)	
Pas de perte d'intimité	32 (96.97%)	2 (66.67%)	51 (98.08%)	16 (88.89%)	6 (100%)	7 (100%)	21 (80.77%)	

Tableau 14. Ressenti des patients selon leur catégorie socio-professionnelle

4. Déterminants du cadre de la consultation engendré par la perte du bureau séparateur

La question 10 interrogeait les patients sur la nouvelle disposition afin de savoir si elle leur paraissait moins adaptée au cadre d'une consultation avec leur médecin, trop familière. Ils étaient plus nombreux à ne pas avoir d'opinion sur cette question lorsqu'ils consultaient leur médecin généraliste habituel ($p=0.02$, tableau 15 en Annexe 4).

Le fait de consulter un médecin installé depuis longtemps était associé à une diminution de l'impression d'un cadre plus convivial sans bureau séparateur ($p=0.02$, tableau 16 en Annexe 4).

DISCUSSION

I- Principaux résultats de l'étude

Notre étude montre que les patients ont réagi favorablement à la perte du bureau séparateur. Les questions à connotation positive ont toujours obtenu plus de 50% de réponses favorables et inversement pour celles à connotation négative (hormis la question 12 sur l'évocation des problématiques psychologiques). Les patients sont 75% à avoir apprécié de ne plus avoir de bureau entre le médecin et eux, et 65% souhaitaient que le bureau reste dans cette position à l'avenir (en excluant les patients n'ayant pas d'opinion, ces réponses représentaient respectivement 88% et 86% des avis). Cette appréciation était encore plus importante chez les patients qui consultaient le médecin généraliste pour la première fois, chez ceux qui consultaient un médecin jeune, ou un médecin récemment installé.

Les patients se sont majoritairement sentis à l'aise, sans notion de perte d'intimité liée à la perte du bureau entre le médecin et eux. Il semblait y avoir une influence de la catégorie socio-professionnelle du patient sur ce point. En revanche, les patients n'ont quasiment jamais ressenti de vulnérabilité ou d'insécurité suite à la perte du bureau séparateur (seulement 8% des patients) et ceci quel que soit leur catégorie socio-professionnelle.

Le nouveau cadre de consultation induit par la perte du bureau séparateur ne leur semblait pas inadapté mais au contraire plus convivial, et ceci était d'autant plus vrai que les patients ne consultaient pas leur médecin généraliste habituel.

De même, le fait de consulter son médecin généraliste habituel semblait diminuer la possibilité que la perte du bureau séparateur puisse modifier la relation thérapeutique. Néanmoins, la majorité des patients avait l'impression que cette nouvelle disposition pouvait avoir un impact positif avec une relation plus égalitaire (60%), plus humaine et personnelle (74%). Étonnamment, une relation plus humaine et personnelle était plus perceptible aux patients consultant une femme médecin.

L'image du médecin semblait aussi bénéficier du changement de disposition du bureau : le médecin paraissait plus avenant et accessible à 67% des patients et 91% des patients n'avaient aucune impression que le médecin ait perdu en autorité dans cette nouvelle disposition.

La plupart des patients (58%) trouvait que ce positionnement libérait la parole, sans pour autant qu'ils aient nettement l'impression d'avoir abordé plus de problématiques psychologiques que d'habitude.

II- Comparaison avec la littérature

1. Avis et ressentis des patients sur la perte du bureau séparateur

Un des premiers points remarquables est que les patients ont un avis sur le sujet. En effet, le Dr Trichard Lavergne rapporte, dans sa thèse sur l'agencement du cabinet médical, que de nombreux patients ne se sentaient pas légitimes pour « juger » le cabinet de leur médecin ⁵⁰. Dans celle du Dr Champeau et Lallemand ¹³, les patients rapportaient qu'il appartient au médecin de choisir l'aménagement qui lui convient. Ceci peut sûrement expliquer le fait que près d'un quart des patients de notre étude n'avaient pas d'opinion sur la question du maintien du bureau dans sa nouvelle disposition. Néanmoins, les analyses quantitatives de notre étude ont été fructueuses, montrant que la plupart des patients ont un avis sur le sujet. En effet, le nombre maximum de données manquantes à une question n'est que de 4, le pourcentage des « sans opinion » est souvent faible et ne dépasse jamais 25% des réponses à une question et les patients ont eu des avis tranchés (un avis favorable ou défavorable l'emportant à plus de 50% des réponses pour 14 questions sur 15).

Un résultat majeur de notre étude est que, parmi ceux ayant un avis, 88% des patients ont apprécié la perte du bureau séparateur et 86% aimeraient qu'il reste dans cette position à l'avenir. Ces résultats s'apparentent à ceux trouvés en 1980 par un médecin anglais qui avait réalisé une expérience similaire à la nôtre ⁴⁴. S'inspirant des travaux alors récents sur l'évolution de la relation médecin-malade et sur l'importance du positionnement du médecin, le Dr Short décida de conduire des « *open consultations* » (consultations ouvertes) en s'asseyant à côté de son bureau plutôt que derrière. Après 6 semaines passées dans cette nouvelle position, il demanda à 100 patients leur avis : parmi les 54% qui avaient exprimé une préférence, ils étaient 75.9% à préférer le nouvel aménagement.

L'image du médecin semble bénéficier de ce changement de disposition et les patients se sont nettement exprimés en défaveur d'une perte d'autorité du médecin dans cette nouvelle position, contredisant ainsi plusieurs avis contraires exprimés dans les enquêtes

qualitatives. Notre questionnaire abordait les freins exprimés par les patients lorsqu'on leur présentait ce nouvel aménagement dans l'étude du Dr Champeau et Lallemand¹³. Les patients évoquaient alors la perte du cadre de consultation, avec un environnement trop familial, la perte de la séparation physique « *sur laquelle s'appuyer et être à l'aise pour la conversation* » équivalant à une absence d'intimité pour le patient. Notre étude a permis de montrer que ces points négatifs n'ont finalement pas été ressentis par les patients confrontés à l'absence de bureau séparateur.

2. Facteurs associés aux réponses des patients

Cependant, le sentiment d'aise et de perte d'intimité sont les deux questions pour lesquelles est apparue une association avec la catégorie socio-professionnelle du patient. Les personnes sans activité professionnelle reportaient plus souvent avoir été mal à l'aise sans bureau séparateur et éprouvaient plus souvent une perte d'intimité, tout comme les employés et les ouvriers. Les Dr Champeau et Lallemand rapportaient sur ce sujet : « *Cette distance était en particulier indispensable pour les patients les plus vulnérables ou stressés. En se réfugiant derrière le bureau, donc en se distançant du médecin et de ce qu'il représente, leur impression de vulnérabilité diminuait.* »¹³. Ceci pourrait être une explication à cette association retrouvée, les personnes inactives et les ouvriers pouvant être considérés comme plus anxieux ou vulnérables^{10,36}.

Par ailleurs, nos analyses ont montré que plus le médecin était jeune, plus les patients appréciaient la perte du bureau séparateur. L'étude de la WONCA sur l'aménagement des salles de consultations des médecins généralistes²¹ a montré que les médecins diplômés avant 2010 préféraient la disposition avec bureau séparateur, contrairement à ceux diplômés après 2010 qui préféraient une disposition sans bureau entre eux et le patient. Ainsi, nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que les médecins jeunes sont plus à l'aise sans bureau séparateur, cette disposition étant moins naturelle pour des médecins plus âgés.

Nos analyses ont aussi permis de montrer qu'il semble que plus les patients connaissent leur médecin, moins ils ont été influencés par le changement de disposition du bureau. Cette idée avait déjà été soulevée par le Dr Trichard Lavergne, un patient lui rapportant : « *quand c'est le médecin traitant, c'est vrai qu'on a ses habitudes* »⁵⁰. Il paraît en

effet logique que les patients ayant une relation bien installée et définie avec leur médecin, celle-ci ne saurait être modifiée par un simple déplacement du bureau. Plusieurs études montrent que l'attitude, les compétences et la bienveillance des soignants prédominent sur l'aménagement de l'environnement pour améliorer le bien-être du patient ⁴². Néanmoins, un bon environnement permettrait justement d'améliorer l'attitude et les compétences des soignants ⁵².

De manière plus surprenante, la relation avec le médecin paraissait plus humaine et personnelle aux patients lorsqu'ils consultaient une femme. Cette donnée se retrouve cependant dans la littérature où il a été montré que le genre féminin est associé à des rapports de partenariat entre médecins généralistes et patients. Les femmes médecins montrent plus d'empathie, rassurent et encouragent plus souvent les patients que leurs homologues masculins ⁹. Elles invitent plus fréquemment les patients à s'exprimer et ont un comportement non verbal plus chaleureux. Ainsi, les patients parleraient davantage et s'affirmeraient plus en présence d'une femme médecin ³⁹. La relation avec le médecin s'en trouve donc plus humaine et personnelle.

Enfin, suite à l'analyse de la littérature et aux retours des médecins investigateurs, nous pensons que l'âge des patients influenceraient les réponses au questionnaire. En effet, lors du travail qualitatif sur la place et les représentations du bureau ¹³, il a été rapporté que les patients âgés étaient moins sensibles à l'environnement et aux apparences. Les médecins investigateurs ont aussi rapporté cette impression à la doctorante, les patients âgés étaient étonnés qu'on leur demande leur avis. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes plus âgées gardent un modèle « paternaliste » de la relation médecin-malade et se ressentent moins « usager-consommateur-citoyen-contribuable ». Cependant, dans notre étude, les avis sur les questions et le nombre de « sans opinion » n'ont pas été significativement associés à l'âge avancé des patients. Cela pourrait être dû à un biais d'échantillonnage, l'effectif de personnes âgées étant faible dans notre étude.

III- Intérêts et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude en France sur l'avis et le ressenti des patients confrontés à la perte du bureau séparateur. À notre connaissance, il n'existe qu'un autre article sur le sujet spécifique du bureau séparateur. Publié en février 2021 dans la revue *Exercer*⁵¹, ce dernier rapporte les points de vue des médecins généralistes et internes travaillant sans bureau séparateur. Notre étude complète donc ce travail avec le point de vue des patients.

Notre questionnaire s'appuie sur une étude qualitative du ressenti des patients sur la place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale¹³. Lors des entretiens, il était évoqué aux patients la possibilité d'une nouvelle disposition sans bureau séparateur : les patients ont alors émis des hypothèses sur leurs ressentis dans ce nouvel aménagement. Notre étude a permis de tester ces hypothèses en situation réelle et d'en faire une analyse quantitative.

L'analyse descriptive des réponses aux questions est concluante. Elle permet de définir une nette tendance de l'avis des patients à chaque question, avec plus de 50% des patients ayant une opinion favorable ou défavorable sur chaque question (hormis la question 12). Les réponses ont globalement infirmé les points négatifs qui avaient pu être soulevés par les patients lorsqu'ils s'imaginaient être sans bureau séparateur. Nous pouvons conclure sur notre hypothèse de départ que les patients ont majoritairement apprécié la perte du bureau séparateur.

L'inclusion des « sans opinion » est une force de notre étude qui a laissé la possibilité aux patients de ne pas avoir d'avis sur les questions posées. Leur prise en compte a permis d'analyser la probabilité d'avoir une opinion sur chaque question et de limiter l'effet d'imposition d'une problématique.

Le caractère novateur du positionnement sans bureau séparateur, qui n'avait jamais été rencontré par la plupart des patients interrogés, a permis de s'affranchir d'idées préconçues que les patients auraient pu avoir sur ce sujet. En effet, une des critiques qui peut être faite aux enquêtes d'opinion est que les sondés répondent souvent en fonction des idées qui circulent dans leur entourage ou dans leur groupe d'appartenance sociale⁸. L'absence de bureau séparateur était une découverte pour la majorité des patients et cela permettait que

leurs réponses soient basées sur l'expérience qu'ils venaient de vivre, en limitant les influences extérieures.

La méthode est originale et elle propose une intervention uniquement sur le bureau du médecin. Elle permet ainsi d'avoir le bureau comme seule variable. Contrairement à d'autres études sur le sujet ¹, le reste de l'environnement reste identique : les patients ont consulté le même cabinet et le même médecin qu'habituellement, les médecins ont travaillé dans leur salle de consultation habituelle. Ceci a permis de centrer notre analyse sur la perte de bureau séparateur et de limiter les biais de confusion. Cela nous paraissait particulièrement important dans le cadre d'une étude sur les médecins généralistes, ces derniers ayant souvent une salle de consultation aménagée à leur image, pourvoyeuse d'une ambiance qui lui est propre ³⁰.

2. Limites de l'étude

Nous l'avons évoqué, le recrutement de médecins volontaires pour participer à l'étude a été difficile et nous n'avons pu recruter que huit médecins investigateurs. Ainsi, nos analyses croisées sur l'âge et le nombre d'années d'installation des médecins sont à relativiser, un biais important pouvant être lié à la personnalité du médecin ayant été consulté. Nous n'avons recruté qu'une seule médecin installée depuis plus de 5 ans et de plus de 40 ans. De plus, nous avons recruté principalement des médecins installés en centre de santé ou maison pluriprofessionnelle ayant l'habitude de changer fréquemment de salle de consultation. L'aménagement de leur salle de consultation était donc moins personnalisée et moins pourvoyeuse d'une ambiance propre au médecin consulté.

Notre échantillon de patients présente aussi des particularités. Comme nous l'avons vu, il était constitué principalement d'adultes jeunes et d'un niveau socio-économique légèrement supérieur au niveau national. De plus, cette étude a été réalisée uniquement en milieu urbain. L'inclusion de patients vivant en milieu rural aurait peut-être nuancé nos résultats, comme le suggère le travail du Dr Champeau et Lallemand rapportant que les patients ruraux sont moins sensibles à l'environnement et aux apparences ¹³. Enfin, une part importante de notre échantillon n'a pas consulté son médecin généraliste habituel et consultait le médecin investigateur pour la première fois. Pour ces patients, les réponses étaient biaisées car ils découvraient, en plus de la perte du bureau séparateur, un

environnement et un médecin qui ne leur étaient pas familiers. Néanmoins, la comparaison de leurs réponses, avec celles des patients ayant consulté leur médecin habituel, nous a permis d'analyser l'influence d'une relation médecin-patient instaurée.

Nos données étaient recueillies en « post-intervention », ce qui induisait un biais de mémorisation. Les patients devaient se remémorer une ancienne consultation avec bureau séparateur afin de pouvoir comparer avec la consultation sans bureau séparateur qu'ils venaient de réaliser.

Nous avons fait le choix d'exploiter nos données au maximum en croisant les résultats de chaque question avec l'ensemble des caractéristiques des médecins, des patients et le recours aux soins de ces derniers. Nous nous exposons ainsi à un biais de comparaison multiple et une augmentation du risque alpha.

Enfin, la méthode que nous avons utilisée d' « enquête d'opinion » fait l'objet de nombreuses critiques depuis les années 1940⁴⁸. Nous citerons ici quelques-uns de ses biais qui s'appliquent à notre étude :

- Biais de déclaration ou biais vers le « oui » : les enquêtés ayant peu d'opinion sur une question, mais qui trouvent qu'il est dans leur rôle de se prononcer, auront plus tendance à répondre oui que non, ou à choisir la réponse qui leur semble attendue d'eux.
- Biais de formulation : la formulation des questions peut influencer les réponses.
- Biais d'imposition de problématique ou « construction de l'objet » : les questions sont définies par les enquêteurs et s'imposent aux sondés qui n'avaient pas d'idées formées sur les questions. Leurs réponses sont alors une réaction à une stimulation instantanée, plutôt que le reflet d'une réflexion sur le sujet.
- Biais de fatigabilité : lorsque le questionnaire est trop long, les enquêtés répondent au plus vite, sans réfléchir à la problématique, pour abréger l'exercice.

Toutefois, la plus grande critique qui est faite aux enquêtes d'opinions par les sociologues est qu'elles considèrent qu'il existe une opinion unique ou moyenne définie par la sommation purement additives d'opinions individuelles⁸. Cette opinion unique, qui apparaît comme légitime devant les résultats des statistiques, s'impose et efface des débats ou réflexions qui auraient pu avoir lieu d'être.

IV – Perspectives

Notre étude révèle que les patients ont majoritairement apprécié la perte du bureau séparateur. Les modifications induites sur le cadre de la consultation, sur la relation médecin-malade, sur l'entretien avec le médecin et sur l'image de celui-ci étaient perçues comme positives par les patients.

Au-delà de ces résultats, il serait intéressant de réaliser une étude qui permettrait de définir plus objectivement si la communication est réellement modifiée au cours des consultations sans bureau séparateur. Pour ce faire, nous pourrions imaginer une étude avant/après où la communication serait analysée avec et sans bureau séparateur. Pour être la plus objective possible, il faudrait utiliser le même patient avec le même médecin, dans la salle de consultation habituelle, avec uniquement l'emplacement du bureau modifié. L'analyse de la communication pourrait se faire par enregistrements vidéos⁹ accompagnés de questionnaires remplis par les médecins et les patients dans les deux situations testées.

Comme nous l'avons vu, la communication et les distances interpersonnelles sont définies par notre culture et la disposition du bureau du médecin généraliste varie d'un pays à l'autre. Il est regrettable que notre étude n'ait pas pu inclure de données sur la culture des patients. Les études anglo-saxonnes renseignent ce point en demandant aux patients leurs origines. Il serait intéressant que les futures études sur le sujet analysent l'influence culturelle.

Notre étude a montré pour la première fois en France l'appréciation positive des patients sur la perte du bureau séparateur. Une autre étude a relevé tout l'intérêt de la perte du bureau séparateur pour les médecins généralistes⁵¹. Il serait intéressant maintenant d'analyser les facteurs limitants de la perte du bureau séparateur. Les médecins généralistes français semblent peu enclins à quitter leur position derrière leur bureau, en témoigne la difficulté que nous avons eu à recruter des médecins investigateurs. En dehors de l'objection naturelle à tout changement (le médecin anglais, premier à tenter l'expérience, rapportant lui-même « *ramener toujours ses pieds sous la table* » tant la position ne lui semblait pas naturelle⁴⁴), l'analyse de la littérature retrouve que le bureau séparateur peut servir de rempart contre la contagion émotionnelle et pourrait aider le médecin à contenir ses affects en se distançant suffisamment^{13,17}. Ainsi, une étude qualitative sur les freins des médecins généralistes à la perte du bureau séparateur paraîtrait utile à l'avancée sur le sujet.

CONCLUSION

En France, le positionnement du bureau entre le médecin et le patient paraît être un héritage culturel d'une époque où les médecins étaient engagés dans une relation paternaliste avec leurs patients. Cette vision de la médecine étant dépassée, le bureau séparateur semble être aujourd'hui une barrière à la communication, et plusieurs médecins ont décidé de l'enlever de leur salle de consultation. Ils y trouvent de nombreux avantages. Évaluer si les patients avaient aussi un avis et un ressenti positifs suite à la perte du bureau séparateur nous paraissait essentiel.

Notre étude est une enquête d'opinion réalisée sur 158 patients confrontés à la perte du bureau séparateur. Elle n'a pas la prétention de déterminer que l'opinion des patients est en faveur de cette nouvelle disposition et ne saurait constituer une injonction à l'adopter. Une relation médecin-malade bien instaurée reste l'élément principal d'une bonne alliance thérapeutique.

Néanmoins, il semble que la perte du bureau séparateur pourrait faciliter l'instauration d'une entente mutuelle médecin-patient dans une approche plus centrée sur le patient. Les résultats de notre étude vont en ce sens, montrant que les patients apprécient l'absence de bureau séparateur et que celle-ci a une influence positive sur les composantes de la relation médecin-patient. Notre travail est une invitation à remettre en question une pratique de la médecine générale culturellement ancrée, où la parole du patient est perçue comme secondaire. Supprimer le bureau séparateur pourrait être une ouverture vers une relation de partenariat avec le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ajiboye F, Dong F, Moore J, Kallail KJ, Baughman A. Effects of revised consultation room design on patient-physician communication. *Health Environments Research & Design journal*. 2015;8(2):8-17.
2. Argyle M, Salter V, Nicholson H, Williams M, Burgess P. The communication of inferior and superior attitudes by verbal and non-verbal signals. *British Journal of Social & Clinical Psychology*. 1970;9(3):222-231.
3. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. *Exercer*. 2013;24(108):165-9.
4. Balint M. Le métier de comprendre autrui. *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Payot. Paris; 1970:171-181.
5. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Payot. Paris; 1996.
6. Beaulieu M-D, Haggerty JL, Beaulieu C, et al. Interpersonal Communication from the Patient Perspective: Comparison of Primary Healthcare Evaluation Instruments. *Healthcare Policy*. 2011;7:108-123.
7. Bodenheimer T, Chen E, Bennett HD. Confronting the growing burden of chronic disease: can the U.S. health care workforce do the job? *Health Affairs (Project Hope)*. 2009;28(1):64-74.
8. Bourdieu P. *L'opinion publique n'existe pas*. Minuit. Paris; 1984.
9. van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice*. 2003;20(4):478-485.
10. Brunot S, Juhel J. Comparaisons sociales et temporelles, estime de soi et activité de recherche d'emploi en situation de chômage de longue durée. *L'Année Psychologique*. 2012;Vol. 112(2):197-226.
11. Buckman R. *S'asseoir pour parler : L'Art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris: Editions Masson; 2001.
12. Buetow SA. Something in nothing: negative space in the clinician-patient relationship. *Annals of Family Medicine*. 2009;7(1):80-83.
13. Champeau S, LALLEMAND M. La place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale : étude qualitative du ressenti des patients. [Thèse de Médecine Générale] Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
14. Coble RJ-, Sinnott SK, Walz TH. The Family Physician's Office: Proposed Design Criteria for Family Centered Medical Care. *The Journal of Family Practice*. 1982;14(1):5.
15. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 24(108):148-55.

16. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. [Thèse de Médecine Générale] Grenoble: Université Joseph Fourier; 2001.
17. Delbrouck M. *La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie*. De Boeck Supérieur; 2016.
18. Deprez S. Agencement du cabinet médical : à propos d'une étude auprès de médecins généralistes. [Thèse de Médecine Générale] Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2009.
19. Dion MF. La salle de consultation, représentations et enjeux, points de vue comparés médecins-patients. [Thèse de Médecine Générale] Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
20. Fischer G-N. *Psychologie des espaces de travail*. Paris: Armand Colin; 1997.
21. Floss M, Hoedebecke K, Vidal-Alaball J. Where is the patient's chair? Differences in general practitioner consultation room layouts - an exploratory questionnaire. 2020;8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194339/> [Consulté le 5 juin 2020].
22. Hall ET. *La Dimension cachée*. Paris: Seuil; 1971.
23. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane Database Systematic Reviews*. 2014.
24. Iandolo C. *Parler avec le malade : Technique, art et erreurs de la communication*. Paris: Medecin Generaliste; 1996.
25. Jacobs K. Patient Satisfaction by Design. *Seminars in Hearing*. 2016;37(4):316-324.
26. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. *Manuel théorique de médecine générale*. GMSanté édition.; 2015.
27. Kazmi Z. Effects of exam room EHR use on doctor-patient communication: a systematic literature review. *Informatics in Primary Care*. 2013;21(1):30-39.
28. Laplantine F, 128. *La description ethnographique*. Paris: Nathan Université; 1996.
29. Lécuyer R. Psychosociologie de l'espace. I. Disposition spatiale et communication en groupe. *L'Année Psychologique*. 1975;75(2):549-573.
30. Lugo S. Le bureau : élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients. [Thèse de Médecine Générale] Paris: Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
31. Mantz J-M, Wattel F, Barois A, et al. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 2006;190(9):1999-2011.

32. Marel E. Influence de l'environnement du cabinet dentaire sur l'anxiété du patient : enquête auprès de 255 patients du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse de Chirurgie Dentaire] Lille: Université du droit et de la santé; 2006.
33. Mathé A. Valabrega Jean-Paul, La relation thérapeutique. Malade et médecin. *Revue française de sociologie*. 1963;4(1):94-96.
34. Mehrabian A. *Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes*. Belmont, Calif: Wadsworth Publishing Company; 1972.
35. Ormières JJ. Démarche qualité en médecine générale : expérience de mise en place d'un programme d'amélioration dans un cabinet de médecine générale. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 1999;13(467):1244-1249.
36. Parker C. Quelle est l'influence des caractéristiques socioprofessionnelles sur les résultats de consultation en médecine générale. [Thèse de Médecine Générale] Limoges: Université de Limoges; 2014.
37. Pinto MB, Leonidas L. The impact of office characteristics on satisfaction with medical care: a « before and after » analysis. *Health Marketing Quarterly*. 1994;12(2):43-54.
38. Rapin M. Thérapeutique et Communication. *Concours Méd*. 1979:4469-4470.
39. Richard C, Lussier M-T. *Communication professionnelle en santé*. 2e édition. Pearson; 2016.
40. Richard-Zapella J. *Variations interrogatives dans la question de sondage*. Mots.; 1990.
41. Roosen M. L'influence de l'attitude des soignants dans la gestion de l'anxiété chez les patients. *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*. 2007;25(2):29-34.
42. Rowlands J, Noble S. How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? A qualitative study with implications for ward design. *Palliative Medicine*. 2008;22(6):768-774.
43. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality. *Journal of the National Medical Association*. 2008;100(11):1275-1285.
44. Short PW. Why not discard the desk? *The Journal of the Royal General Practitioners*. 1980;30(220):687.
45. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. 2e éd. Chêne-Bourg: Médecine et hygiène; 2010.
46. Simpson M, Buckman R, Stewart M. Doctor-patient communication : Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303:1385-7.
47. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 1995;152(9):1423-1433.

48. Stoetzel J. *Théorie des opinions*. PUF. Paris; 1943.
49. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Frontiers in Psychology*. 2016;7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880744/> [Consulté le 21 avril 2021].
50. Trichard Lavergne A. L'agencement du cabinet médical : enquête qualitative réalisée auprès de patients dans trois cabinets de médecine générale. [Thèse de Médecine générale] Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2011.
51. Tudrej B, Colas C, Augustin J, Robin E, Birault F. Cabinet sans bureau séparateur : points de vue de médecins généralistes et de leurs internes. *Exercer*. 2021;(169):16-22.
52. Ulrich R, Quan X. The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. *The Center for Health Design*. 2005.

ANNEXES

ANNEXE 1 – PROSPECTUS DE RECRUTEMENT DES MEDECINS INVESTIGATEURS



Recherche médecins généralistes volontaires pour changer la disposition de leur bureau

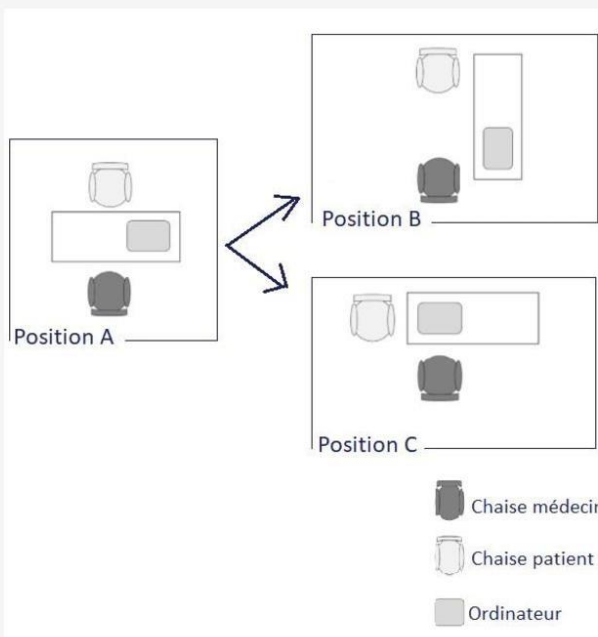
Une étude anglaise* a montré que 75,9% des patients préféraient une nouvelle disposition de la salle de consultation sans bureau entre eux et le médecin. Seriez-vous prêt à tenter l'expérience dans votre cabinet ?

*Short PW. Why not discard the desk? J R Coll Gen Pract. nov 1980;30(220):687

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse, je recherche des médecins généralistes volontaires pour modifier la disposition de leur bureau au sein de leur salle de consultation.

Comme montré sur le schéma, il s'agirait de déplacer votre chaise ou votre bureau de sa position habituelle (position A) à une position permettant un face à face direct avec le patient (position B) ou un angle de 90° avec le patient (position C) selon les possibilités de votre cabinet. L'ordinateur pouvant rester tourné uniquement vers vous dans ces nouvelles positions.

Suite à ce changement, vous effectuez vos consultations normalement. Il s'agit seulement de remettre à vos patients un questionnaire papier en fin de consultation afin de recueillir leurs ressentis et avis concernant cette nouvelle disposition. Les résultats de ces questionnaires serviront à la réalisation de ma thèse de médecine générale et, si vous le souhaitez, je me ferais un plaisir de vous remettre les analyses spécifiques à votre patientèle.



En pratique, votre participation consiste à :

- Modifier la disposition de votre bureau pendant 4 à 15 jours selon votre convenance (position B ou C)
- Remettre le questionnaire à vos patients

Si vous êtes intéressé(e) pour tenter l'expérience, n'hésitez pas à me contacter. Je viendrai aux dates qui vous conviennent pour vous aider à modifier la disposition de votre bureau, vous remettre les questionnaires et une bannette afin de récupérer les questionnaires à la sortie de votre cabinet.

Aurore DESBANT



ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE

ENQUÊTE DE SATISFACTION SUR LA NOUVELLE DISPOSITION DU BUREAU



Comme vous avez dû le remarquer au cours de votre consultation, le bureau de votre médecin n'était plus placé entre vous et lui. Ce changement intervient dans le cadre d'une étude réalisée pour ma thèse de médecine évaluant l'impact d'un changement de disposition du bureau dans la salle de consultation du médecin généraliste.

Cette étude dépend de vos réponses à ce questionnaire anonyme, qui ne vous prendra pas plus de 5 minutes. Le remplir signifie que vous ne vous opposez pas à ce que ces données soient utilisées à des fins de recherche.

Une fois rempli, merci de le déposer dans la bannette prévue à cet effet dans la salle d'attente.

En vous remerciant pour votre aide précieuse,

Aurore DESBANT

 outlook.com



INFORMATIONS PERSONNELLES

Ces informations sont strictement anonymes.

Vous n'êtes pas obligé(e) d'y répondre, elles sont néanmoins très utiles à l'analyse des données.

A/ Vous êtes :

- Un homme Une femme Autre

B/ Vous avez :

- Moins de 18 ans Entre 18 et 24 ans Entre 25 et 39 ans
 Entre 40 et 54 ans Entre 55 et 64 ans Entre 65 et 79 ans
 80 ans ou plus

C/ Quel est votre diplôme de niveau le plus élevé ?

- Aucun diplôme ou certificat d'études primaires
 Brevet des collèges
 CAP, BEP ou équivalent
 Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent
 Diplôme du supérieur court (niveau bac +2)
 Diplôme du supérieur long (supérieur à bac +2)

D/ Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur, exploitant Commerçant, Artisan, Chef d'entreprise
 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire (infirmier libéral, clergé, moniteur ou technicien à son compte...)
 Employé Ouvrier
 Retraité Sans activité professionnelle

E/ Avez-vous consulté votre médecin généraliste habituel ?

- Oui Non

F/ Consultiez-vous ce médecin pour la première fois ?

- Oui Non

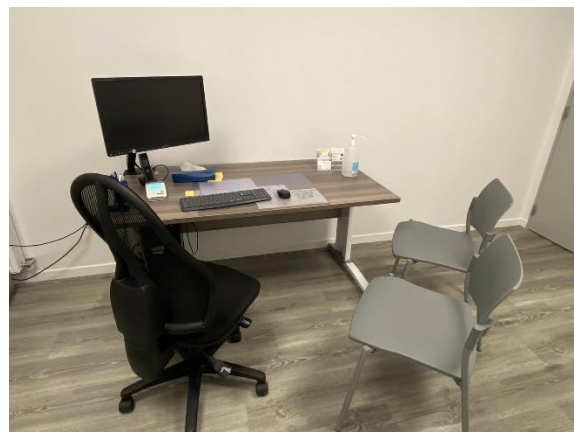
G/ Combien de fois par an avez-vous recours à votre médecin généraliste ?

- Moins de 1 fois par an 1 à 2 fois par an Plus de 3 fois par an



QUESTIONNAIRE

1. Avez-vous apprécié de ne plus avoir le bureau entre vous et le médecin au cours de cette consultation ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
2. Avez-vous eu l'impression d'une perte de lien avec votre médecin liée à l'absence de bureau entre vous et lui ou elle ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
3. Vous êtes-vous senti à l'aise lors de cette consultation sans bureau entre vous et le médecin ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
4. Avez-vous eu un sentiment d'insécurité dans cette nouvelle configuration, l'impression d'être plus vulnérable ou de moins pouvoir vous protéger ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
5. Votre médecin vous a-t-il paru plus avenant et accessible suite à cette nouvelle configuration ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
6. Avez-vous la sensation que votre médecin a perdu en autorité suite à cette nouvelle disposition du bureau ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
7. Avez-vous eu l'impression d'une relation plus égalitaire avec votre médecin ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
8. Avez-vous eu l'impression de perdre votre intimité avec la perte de la limite physique du bureau entre vous et votre médecin ? D'être en quelque sorte « mis à nu » ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
9. La relation avec votre médecin vous a-t-elle paru plus humaine et personnelle ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
10. Cette nouvelle disposition vous a-t-elle paru moins adaptée au cadre d'une consultation avec son médecin, trop familière ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
11. Avez-vous eu l'impression que ce positionnement libérait la parole ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
12. Avez-vous eu l'impression d'aborder plus de problématiques psychologiques que d'habitude ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
13. Avez-vous trouvé ce cadre plus convivial ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
14. Pensez-vous que cette nouvelle disposition peut améliorer votre prise en charge globale par votre médecin ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion
15. Aimerez-vous que le bureau reste dans cette position à l'avenir ?
 - Tout à fait
 - Plutôt Oui
 - Plutôt Non
 - Pas du tout
 - Sans Opinion

ANNEXE 3 – PHOTOS DES BUREAUX***Bureau 1 : cabinet libéral******Bureau 2 : maison de santé universitaire******Bureau 3 : Centre de santé***

Bureau 4 : centre de santé



Bureau 5 : maison de santé pluriprofessionnelle



ANNEXE 4 – TABLEAUX DES ANALYSES UNIVARIÉES SIGNIFICATIVES

Tableau 10 : Déterminants de l'avis des patients sur l'amélioration de leur prise en charge globale avec la perte du bureau séparateurs (question 14)

	Pensent à une amélioration de leur prise en charge globale (n=102)	Ne pensent pas à une amélioration de leur prise en charge globale (n=24)	p value
Nombre de consultation avec le médecin :			0.01
Première consultation avec le médecin	49 (92.45%)	4 (7.55%)	
Consultation itérative avec le médecin	53 (72.60%)	20 (27.40%)	
Âge du médecin généraliste consulté :	28 [28-33]	32 [29.5-50]	<0.01
Nombre d'années d'installation du médecin :	1 [0-3]	3 [1.75-17]	<0.01

Tableau 11 : Déterminants du souhait des patients du maintien du bureau dans cette position à l'avenir (question 15)

	Souhait de maintien (n=102)	Ne souhaitent pas le maintien (n=16)	p value
Âge du médecin généraliste consulté :	28 [28-32.75]	33 [29.5-50]	0.01
Nombre d'années d'installation du médecin :	1 [0-4.5]	5 [1.75-17]	0.01

Tableau 15 : Opinion sur le cadre de consultation non adapté, trop familial, selon que les patients aient consulté leur généraliste habituel ou non (question 10)

	Opinion sur le cadre trop familial	Pas d'opinion sur le cadre trop familial	p value
Médecin généraliste :			0.02
Habituel	70 (86.42%)	11 (13.58%)	
Inhabituel	71 (97.26%)	2 (2.74%)	

Tableau 16 : Impression d'un cadre plus convivial selon le nombre d'années d'installation du médecin consulté (question 13)

	Impression d'un cadre plus convivial (n=127)	Pas d'impression d'un cadre plus convivial (n=11)	p value
Nombre d'années d'installation du médecin :	1 [0-3]	5 [2-17]	0.02

Tableau 17 : Impression que le positionnement libérait la parole selon que les patients aient consulté pour la première fois le médecin ou non (question 11)

	Impression d'une libération de la parole	Pas d'impression d'une libération de la parole	p value
Nombre de consultation avec le médecin :			0.01
Première consultation avec le médecin	39 (86.67%)	6 (13.33%)	
Consultation itérative avec le médecin	51 (66.23%)	26 (33.77%)	

Tableau 18 : Opinion concernant l'abord de plus de problématiques psychologiques que d'habitude selon la fréquence de consultation chez le médecin généraliste (question 12)

	Opinion sur l'abord de problématiques psychologiques	Pas d'opinion sur l'abord de problématiques psychologiques	p value
Recours au médecin généraliste :			0.02
Moins de 1 fois par an	4 (3.45%)	6 (15.38%)	
1 à 2 fois par an	34 (29.31%)	13 (33.33%)	
Plus de 3 fois par an	78 (67.24%)	20 (51.28%)	

ABSTRACT

YEAR : 2021
AUTHOR : Aurore DESBANT
THESIS DIRECTOR : Dr Laurence COMPAGNON, MD, PhD
<p>TITLE : Quantitative survey about patients experiencing a new layout in the general practitioner consultation room : removing the desk from between the patient and the physician.</p> <p>Introduction : General practitioner (GP) desks in France, placed between patients and GP, seems to be a cultural heritage from old-fashioned times when medical paternalism prevailed. Working without a desk between patient and physician could facilitate communication in a patient centeredness approach.</p> <p>Methods : Volunteer GP changed their layout : they turned their desks in order to face directly their patients without a desk between them. After a consultation in this new layout, patients were asked to fill in a questionnaire. Descriptive analysis were made on the results of the questionnaire and univariate analysis were made to look for interference due to characteristics of patient or physician.</p> <p>Results : Between October 2020 and February 2021, 8 GP changed the layout of their consultation rooms. 158 patients responded to the questionnaire. 75% appreciated not having the desk between them and the physician and 65% wanted the desk to stay in this position (excluding patients that didn't have an opinion, answers were respectively 88% and 86%). Patients felt comfortable in this new layout and they thought it had a positive impact on the ambiance, the patient-physician relationship and the image they had of their doctor. Consulting a GP well-known by the patient seemed to weaken these results.</p> <p>Discussion : This is the first French study to analyse patients responses to desk removal. Our results show that patients appreciated this change. Further studies should assess the impact of suppressing the "in-between" desk on patient-physician communication. The reasons why French GP keep their desks between them and their patients could also be studied.</p>
<p>KEY WORDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - physicians' offices - general practice - physician-patient relations - health surveys
<p>UNIVERISTY ADRESS. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRÉTEIL CEDEX FRANCE</p>

RÉSUMÉ

ANNÉE : 2021
NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : DESBANT Aurore
DIRECTRICE DE THÈSE : Pr COMPAGNON Laurence
<p>TITRE DE LA THÈSE : Enquête quantitative sur l'avis et le ressenti des patients suite au retrait du bureau séparateur dans la salle de consultation du médecin généraliste.</p> <p>Introduction : Le bureau du médecin généraliste, placé en France entre le médecin et le patient, paraît être un héritage culturel d'une époque aujourd'hui dépassée où le médecin était engagé dans une relation paternaliste avec son patient. Supprimer le bureau séparateur permettrait d'améliorer la communication dans une approche plus centrée sur le patient.</p> <p>Méthode : Enquête d'opinion post-intervention : après avoir réalisé une consultation sans bureau séparateur, les patients devaient remplir un questionnaire. Analyses descriptives des réponses aux questionnaires puis croisées univariées selon les caractéristiques des médecins et patients.</p> <p>Résultats : Entre octobre 2020 et février 2021, 8 généralistes ont réalisé des consultations sans bureau séparateur. 158 patients ont répondu au questionnaire. 75% ont apprécié de ne plus avoir de bureau entre le médecin et eux, et 65% souhaitaient que le bureau reste dans cette position (en excluant les patients sans opinion, ces réponses représentaient respectivement 88% et 86% des avis). Les patients ont évalué que la perte du bureau séparateur les avait mis à l'aise et avait eu un impact positif sur le cadre de la consultation, la relation médecin-malade et l'image de leur médecin. Consulter un médecin généraliste connu du patient semblait diminuer ces résultats.</p> <p>Discussion : Il s'agit de la première étude en France ayant analysé la réponse des patients au retrait du bureau séparateur. Ses résultats semblent montrer que les patients ont apprécié ce changement. D'autres études pourraient faire suite afin d'analyser les modifications communicationnelles engendrées et les freins des médecins généralistes à la perte du bureau séparateur.</p>
<p>MOTS-CLÉS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabinets médicaux - Médecine générale - Relations médecin-patient - Enquête santé
<p>ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL 94010 CRÉTEIL CEDEX</p>