



HAL
open science

Étude de facteurs intrinsèques au patient sur la réception d'un affichage en salle d'attente

Jonathan Robert

► **To cite this version:**

Jonathan Robert. Étude de facteurs intrinsèques au patient sur la réception d'un affichage en salle d'attente. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03597636

HAL Id: dumas-03597636

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03597636v1>

Submitted on 4 Mar 2022

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 novembre 2021

par

Mr Jonathan Robert

Né le 23/09/1988 à Fécamp (76)

**Étude de facteurs intrinsèques au patient sur la réception d'un
affichage en salle d'attente**

Président : Monsieur le Professeur Le Coutour Xavier

Membres : Monsieur le Docteur Chanteloube Romain « directeur de thèse »

Monsieur le Docteur Couette Pierre-André

Monsieur le Docteur Bansard Mathieu

Monsieur le Docteur Lelièvre Benjamin

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AsseseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUC Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

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

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AssesseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André Médecine générale

Mme NOEL-DE JAEGER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

Remerciements

. Je remercie le Professeur Le Coutour pour avoir accepté de m'accorder du temps et de l'attention en présidant le jury de cette thèse.

. Je remercie très sincèrement le Dr Chanteloube Romain de Ducey pour m'avoir aidé dans ce travail de recherche et pour m'avoir dirigé au cours de son élaboration. Je le remercie aussi et surtout pour son accompagnement au cours de mon parcours pour devenir médecin généraliste. Son expérience et ses conseils toujours bienveillants ont été très précieux pour me permettre d'évoluer qualitativement et avec sérénité sur le plan professionnel. J'en profite aussi pour remercier les Docteurs Leray Eric, Lemonnier Dominique et Banier Nadine (ainsi que les secrétaires) du cabinet de Ducey qui ont aussi contribué à cette tâche.

. Je remercie les autres membres du jury, le Dr Couette Pierre-André, le Dr Bansard Mathieu et le Dr Lelièvre Benjamin pour leur présence et le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à mon travail.

. Je tiens avant tout à remercier mon amour Awéna. Toi qui as été une aide majeure dans l'élaboration de ce travail de recherche. Toi qui m'accompagnes, me conseilles, me soutiens, me réconfortes, m'encourages, m'apaises, me rends infiniment heureux. Toi qui donnes un sens à tout ce chemin parcouru. En embellissant chaque seconde de ma vie tu me permets de devenir une meilleure personne et par conséquent un meilleur médecin. Encore merci. Je t'aime.

. Je remercie plus que tout mes parents. Merci à mon papa, dont l'amour et la fierté dans le regard ont toujours été un moteur pour me surpasser. Merci de m'avoir appris que la seule chose importante dans la vie c'est d'être heureux et indépendant et qu'il faut travailler dur pour y arriver. Merci à ma maman qui m'a toujours couvert d'amour et qui m'a fait comprendre ainsi l'importance d'aimer et de respecter son prochain. J'espère te faire honneur en privilégiant toujours l'humain dans ma pratique médicale et ce jusqu'à la fin de ma carrière.

. Je remercie mes sœurs. Merci à Virginie, dont le courage et l'abnégation dans les épreuves de la vie force l'admiration et le respect. Tu es et a toujours été un modèle pour le petit frère que je suis et je suis incroyablement chanceux de t'avoir pour sœur. Merci à Laëtitia d'avoir été présente et d'avoir pris soin de moi dans mes premières années d'études. Le bon vieux temps.

. Un immense merci à mes meilleurs amis et tout particulièrement à FX qui a toujours été un ami fidèle dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu es un être rare sur lequel j'ai toujours pu compter et qui a toujours répondu présent, même dans la tempête. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, je ne l'oublierai jamais. Merci à ma meilleure amie Rahma, toujours

présente elle aussi quand j'en avais besoin dans les moments simples et dans les moments décisifs. Tu es indéniablement une des actrices principales de ma réussite de par ton soutien, ta gentillesse, ta disponibilité et ton indéfectible amitié. Merci à Victor, qui a toujours répondu présent dès qu'il fallait se changer les idées et dont la liste des moments merveilleux passés ensemble est sans limites. Merci à Lavarde, pour toutes ces longues heures de « travail » aussi studieuses que folles. Tu es un ami cher à mon cœur qui a joué un rôle prépondérant au cours de ces années difficiles. Merci à Ben (pour le re-citer) sans qui je n'aurais jamais gravité la très haute marche de la première année de médecine et qui me tend la main, encore une fois, pour franchir la ligne d'arrivée. Ce fut un plaisir de partager toutes ces années avec toi. Un très grand merci à Arnaud, mon copain de la « toute première » heure, toujours présent sur « la toute dernière » épreuve. Et pour encore bien des années j'en suis certain.

. Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont traversé cette grosse dizaine d'année à mes côtés et qui m'ont fait progresser chacun à leur façon. Tous ces amis rencontrés sur les bancs de la fac de médecine et que je ne peux pas citer ici au risque d'avoir plus de pages de remerciements que de contenu scientifique. Je remercie très chaleureusement toutes ces personnes qui se reconnaîtront et qui auront toujours une place dans mon cœur.

. Merci à tous mes co-internes et externes avec qui j'ai partagé mon apprentissage et tellement de bons moments. En particulier Tanguy, Luca, Sarah(GR), Alexandra, Guillaume, Thomas, Clémence, ... Toute la team Cherbourg. Ce stage restera assurément mon meilleur souvenir de médecine. Merci aux équipes (médecins, infirmières, aides-soignantes, ASH, secrétaires, ...) rencontrées au cours de mon cursus notamment dans le service de RDED de l'hôpital de Cherbourg-En-Cotentin, aux urgences d'Alençon, au service de pédiatrie de Cherbourg-En-Cotentin, au Dr Gildas Tyran et aux sages-femmes de la maternité de Cherbourg-En-Cotentin et au pôle de santé de St-James.

. Merci à Antoine (L'enfant) de m'avoir mis le pied à l'étrier et de m'avoir accompagné sur mon premier remplacement « comme un grand ». Ta présence sympathique et rassurante m'a permis d'être à l'aise très rapidement et je t'en suis vraiment reconnaissant.

. Merci à mes neveux et nièces, à toute ma belle-famille, mes grands-parents, mes arrière-grands-parents, et autres membres de ma famille qui ont permis de façonner celui que je suis. Un énorme merci à ceux qui traversent la vie à mes côtés et qui m'apportent énormément de belles choses.

Cette thèse est dédiée à mon Pépé de Rouen.

Abréviations

- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- EVA : Échelle Visuelle Analogique
- HPV : Papillomavirus Humain
- QR code : Quick Response code
- SACEM : Société des Auteurs, Compositeurs et Éditeurs de Musique

INDEX

I) Introduction

- A) La salle s'attente
 - 1) Ses rôles
 - 2) Ses obligations
 - 3) Sa représentation
- B) L'affichage
 - 1) Son intérêt
 - 2) Le cadre légal
 - 3) Sa provenance
- C) Visibilité / Réception / Impact
- D) Revue de la Littérature scientifique
 - 1) A propos de l'affichage
 - 2) A propos de l'impact d'un affichage
 - 3) A propos de la réception d'un affichage
- E) Facteurs intrinsèques au patient / Facteurs extrinsèques au patient
- F) Le temps d'attente en salle d'attente
- G) Intérêt de cette thèse

II) Matériels et méthode

- A) Matériels
 - 1) Le recueil de données
 - 2) Recrutement des salles d'attente
 - 3) Population de l'étude
 - 4) Le questionnaire
- B) Méthode
- C) Éthique

III) Résultats

- A) Résultats généraux (Tableau – 1)
- B) Influence du sexe dans la réception d'un affichage
- C) Influence de l'âge dans la réception d'un affichage (Tableau – 2)
- D) Influence de l'accompagnement dans la réception d'un affichage
- E) Influence du stress dans la réception d'un affichage (Tableau – 4)

- F) Influence de l'humeur dans la réception d'un affichage
- G) Influence de la douleur dans la réception d'un affichage (Tableau – 5 ; Tableau – 6)
- H) Influence de la relation médecin-malade dans la réception d'un affichage
- I) Influence de l'utilisation du téléphone portable dans la réception d'un affichage

IV) Discussion

- A) Nos résultats
 - 1) Réception des affiches par les patients
 - 2) Influence du sexe et de l'âge
 - 3) Influence de l'accompagnement
 - 4) Influence du stress
 - 5) Influence de l'humeur
 - 6) Influence de la douleur
 - 7) Influence de la relation médecin-malade
 - 8) Influence de de l'utilisation du téléphone portable
- B) Forces de l'étude
- C) Faiblesses de l'étude

Bibliographie

Annexe

I) Introduction

A) La salle d'attente

1) Ses rôles

La durée moyenne d'une consultation de médecine générale en France est de 16 minutes (1), le temps passé en salle d'attente est estimé à 30 minutes. (2) En partant de ce constat, il est essentiel de ne pas négliger cet espace qui remplit plusieurs fonctions.

Tout d'abord c'est l'endroit où le patient attend en vue de sa consultation. Selon Jean-Phillipe Pierron (Agrégé et docteur en philosophie, maître de conférences en éthique et droit à la faculté de philosophie de l'Université Jean Moulin, Lyon III) patienter c'est « un temps passé objectivement à ne rien faire ; mais une durée subjectivement vécue, opérant comme un approfondissement de soi faisant le tri de l'essentiel, fourbissant des armes pour résister à l'emprise du mal. Patienter pour se préparer à vivre à nouveau ». (3) À ce titre la salle d'attente est donc bien plus qu'une simple antichambre c'est un lieu où le patient va cristalliser tous ses espoirs : espoir d'obtenir une écoute, espoir de diagnostic, espoir de guérison.

La salle d'attente est aussi vue par de nombreux médecins généralistes comme un lieu de communication avec le patient. C'est l'endroit où ils vont pouvoir transmettre des messages à caractères préventifs ou informatifs qu'ils auront décidé eux-mêmes de sélectionner et de partager par l'intermédiaire de médiums variés (affiches, prospectus, écrans, ...). Cet échange non verbal est intéressant car il est diffusé auprès de toute la patientèle et permet de sensibiliser le plus grand nombre de personnes sur des sujets chers au praticien, car tout ne peut pas être abordé au cours d'une simple consultation, auquel cas elle serait bien trop longue. On peut donc considérer que c'est en salle d'attente que commence la relation médecin-malade.

D'une façon générale, le médecin est libre de donner le rôle qu'il désire à sa salle d'attente. Il peut aussi en faire un espace de détente conscient du caractère anxiogène de la

consultation (aménagement, décorations, magazines, musique d'ambiance, ...) ou en faire un espace ludique notamment pour les enfants (jouets, ...).

Ce lieu en constante mutation amène de nombreuses réflexions quant à son avenir. Certains auteurs s'interrogent sur des moyens d'optimiser sa fonction pour devenir, par exemple, un espace d'échange culturel ou de mixité sociale. (4) Tandis que d'autres envisagent sa disparition pure et simple. Et ce futur n'est peut-être pas si lointain, car il existe d'ores et déjà des entreprises qui proposent des logiciels informatiques (exemple : IWAIT) qui informent directement le patient du retard afin que celui-ci ne se rende au cabinet qu'au moment précis de la consultation avec le praticien et supprimer ainsi l'attente.

2) Ses obligations

La salle d'attente est un lieu privé ouvert au public, de fait c'est un espace de liberté pour le praticien qui peut l'aménager comme il le souhaite. Mais il se doit de respecter quelques contraintes réglementaires. Notamment, il se voit dans l'obligation de payer la redevance SACEM en cas de diffusion musicale. Les aménagements d'accessibilité aux personnes handicapées doivent être retrouvés dans toutes les pièces qui composent la maison de santé. Enfin il doit respecter un affichage obligatoire, comprenant : l'interdiction de fumer, les tarifs pratiqués, l'appartenance à une association de gestion agréée, le statut vis-à-vis de la convention médicale, l'information aux patients quant à l'utilisation de fichiers informatiques, les numéros d'urgences pour assurer la permanence des soins. (5)

3) Sa représentation

En 2016, un groupe de médecins généralistes suisses s'est penché sur le profil de la salle d'attente idéale. (6) Il en ressort qu'elle doit être calme, lumineuse, aérée, décorée avec goût, permettant aux gens d'attendre, de se détendre et de s'informer dans une ambiance confortable et chaleureuse. La salle d'attente doit être fermée, sa propreté irréprochable avec désinfection régulière des divers éléments qui la compose. En période d'épidémie, du matériel de protection et de désinfection ainsi qu'une poubelle doivent être mis à disposition.

Une majorité des médecins généralistes se représentent la salle d'attente comme un lieu favorable à l'éducation sanitaire. 80% d'entre eux jugent qu'elle est un lieu approprié à la diffusion de messages d'éducation sanitaire. (7) Mais l'attente a une symbolique qui peut être chargée d'angoisse et c'est pourquoi l'autre partie des médecins généralistes préfèrent faire de leur salle d'attente un lieu vierge de matériel à vocation médicale pour favoriser la relaxation en vue de la consultation. (8)

B) L'affichage

1) Son intérêt

L'affichage est un des vecteurs de communication privilégié entre le médecin et son patient en salle d'attente. Nous définissons l'affichage comme l'ensemble des affiches que le médecin traitant va décider d'accrocher aux murs de sa salle d'attente.

Toutes les affiches ne vont pas remplir les mêmes objectifs. Certaines seront à but préventif (promouvoir des dépistages, la vaccination, ...), à but éducatif (gestes barrières, limites de consommation d'alcool, ...), à but informatif (sur des associations, sur des recommandations HAS, des articles de revues scientifiques, affiches obligatoires (voir ci-dessus), ...) ou tout simplement à but décoratif.

Dans ce travail de recherche, nous avons décidé de nous intéresser à tous les types d'affiches en dehors de celles qui sont purement décoratives, car il nous semble plus utile d'un point de vue médical d'étudier l'affichage qui véhicule des informations concrètes pour les patients.

2) Le cadre légal

Le médecin est responsable de ce qu'il propose dans sa salle d'attente, de fait s'il est libre de choisir les affiches qu'il entend exposer, il reste tenu de respecter le code de déontologie médicale, notamment en ce qui concerne :

- L'article 19 qui interdit la pratique commerciale de la médecine et « tout aménagement donnant aux locaux une apparence commerciale. » Cela implique l'exclusion des affiches et autres documents à caractère publicitaire ou commercial. (5)
- Les articles 13,14, 20 et 39 qui rappellent la responsabilité du médecin qui cautionnerait des informations fausses ou non vérifiées. (5) Cela ayant comme conséquence que les messages délivrés sur les affiches doivent être appuyés par des arguments reconnus par la communauté médicale et scientifique. (Exemple : un médecin ne peut pas promouvoir des affiches anti-vaccins, ...)
- L'article 31 qui rappelle que le médecin « doit s'abstenir, même en dehors de l'exercice de sa profession de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci. » (5) De fait il n'est pas autorisé à faire de la propagande politique, religieuse ou à imposer ses convictions morales à ses patients au travers de l'affichage. (Exemple : campagnes anti-IVG, ...)

3) Sa provenance

Le médecin peut produire lui-même les affiches qu'il met dans sa salle d'attente, mais dans la majorité des cas elles sont réalisées par divers organismes intéressés par cet espace de diffusion qui va s'adresser à une très grande partie de la population. On distingue des organismes de santé publique (Les caisses d'assurance maladie, les services de protection sanitaire ou sociale, les comités pour l'éducation sanitaire), des associations caritatives de santé ou des associations de malades qui peuvent proposer des affiches au médecin, lui permettant alors de participer aux campagnes de santé publique et cela fait partie de ses missions (article 2 et 12 du code de déontologie médicale).

Des laboratoires pharmaceutiques distribuent aussi des affiches aux médecins, elles peuvent délivrer des messages de santé publique (exemple : rappels de règles hygiéno-

diététiques dans les maladies cardio-vasculaires, promotion de certains dépistages, ...). Mais le conseil national de l'ordre des médecins encourage les praticiens à rester prudents avec certaines affiches émises par ces laboratoires qui peuvent s'apparenter à de la publicité cachée illégale en salle d'attente. De plus, elles attirent la méfiance des patients qui peuvent être amenés à suspecter une connivence entre le laboratoire et le praticien.

Enfin, des associations culturelles ou sportives locales peuvent aussi proposer des affiches pour des événements plus ou moins en lien avec la santé. Il appartient au médecin de décider de la pertinence de diffuser ces informations en cabinet médical.

C) Visibilité / Réception / Impact

L'objectif d'un affichage est de délivrer une information au patient et qu'elle soit comprise et acceptée par celui-ci. De même toute campagne de prévention a pour but l'adhésion du patient sur le sujet concerné pour la sauvegarde de sa santé.

Dans cette thèse nous allons distinguer 3 notions :

- **La visibilité** : Pour qu'il y ait adhésion du patient au message, il faut tout d'abord que l'affiche soit bien visible. Cela va dépendre de facteurs liés à la salle d'attente, à l'affiche elle-même et à sa disposition (Facteurs extrinsèques : voir ci-dessous) pour bien mettre en valeur le message.

- **La réception** : Une fois que l'affichage est visible en salle d'attente il faut que le patient y porte un intérêt. Qu'il prenne le temps de le lire, de comprendre et d'assimiler son ou ses messages, c'est ce que l'on va appeler la réception.

- **L'impact** : C'est l'effet que le message va avoir sur le patient. Une fois que celui-ci a reçu le message de l'affiche, il va prendre le temps de réfléchir à sa propre position par rapport au sujet exposé. Dans le cadre d'un message informatif, il va assimiler la

donnée et s'en souvenir. Dans le cadre d'un message préventif, il va opérer un changement de mode de vie ou poursuivre sa conduite si elle va dans le bon sens.

Pour que l'affichage ait un impact sur le patient il faut, dès le départ, qu'il y ait une bonne visibilité des affiches pour assurer une bonne réception. Dans cette thèse, il nous a semblé important de faire la distinction entre ces 3 termes pour recentrer notre propos uniquement sur l'étude de **la réception** d'un affichage.

D) Revue de la littérature scientifique

1) A propos de l'affichage

L'affichage en salle d'attente est pratiqué par une grande majorité de médecins généralistes. Une étude de 2012 réalisée en Picardie (9) retrouve que 78% d'entre eux ont recours aux affiches pour diffuser des messages à leur patientèle. Ce médium est très utilisé par les médecins généralistes car il est considéré comme un vecteur d'information simple, peu coûteux, ne nécessitant pas d'entretien et pour lequel il y a peu de dégradations (8). Vont plutôt y avoir recours les praticiens en cabinet de groupe, ayant le statut de maître de stage ou de SASPAS, dont le nombre d'actes quotidiens est élevé avec un temps de présence au cabinet important. (10)

Si l'on considère les outils de communication de la salle d'attente, il a été démontré que les affiches sont plus lues que les plaquettes et les prospectus. (9,11)

Le type d'affiche qui est le plus retrouvé sur les murs des généralistes concerne le fonctionnement du cabinet et les informations pratiques (ce qui est logique puisque dans cette catégorie nous retrouvons les affiches obligatoires dont nous avons parlé précédemment), ensuite nous allons avoir les affiches de prévention (10) dont les thèmes les plus abordés semblent être la vaccination suivie de l'addiction au tabac et la nutrition. (9,10)

De nombreux médecins apprécient l'affichage en salle d'attente car ils trouvent qu'il peut être pratique pour évoquer certains sujets avec le patient en consultation. (9) De fait, les patients aussi semblent satisfaits d'avoir accès à de l'information médicale durant l'attente et le reconnaissent à l'issue de la consultation. (9,12,13,14) Cependant ils attendent une implication du médecin, qu'il valide l'information et qu'elle soit renouvelée sur des sujets d'actualité. (12,14)

Un certain nombre d'études se sont intéressées au caractère anxiogène des affiches. Notamment une étude réalisée en 2004 (15) dans un centre pour le cancer du sein où environ 40 % de patientes se déclaraient plus anxieuses après avoir vu les affiches. Mais ce pourcentage assez élevé pouvait être lié au lieu de l'étude qui en lui-même était déjà très stressant pour les patientes. Une étude réalisée dans l'Orne en 2019 (16) dans un cabinet de médecine général retrouvait que 82,1% des patients affirmaient ne pas ressentir d'anxiété suite à la lecture des affiches. De fait les contenus se doivent d'être adaptés pour prévenir l'anxiété de certains patients. Sauf quand cet effet anxiogène voire choquant est justement recherché par l'affiche pour « imprimer » le message dans l'esprit des patients, il se révèle nécessaire pour l'impact de certaines campagnes d'affichage. (14)

2) A propos de l'impact d'un affichage

Il est intéressant d'étudier l'impact de l'affichage pour se rendre compte de l'efficacité d'une campagne de prévention. On sait que parfois le motif de la consultation peut résulter de l'affichage, cela a notamment été constaté au sujet de la démence, des troubles de la mémoire et de la vaccination contre le HPV. (17)

Dans une étude datant de 1994, (11) 22% des patients étaient capables de se remémorer un message disposé sur un tableau d'affichage. Ce chiffre n'est pas très conséquent mais il montre tout de même qu'une partie de la patientèle va assimiler et retenir les messages des affiches.

Ce qu'il faut bien voir c'est que l'affichage en salle d'attente s'inscrit dans une démarche globale d'éducation thérapeutique. La plupart des études montrent que l'impact d'une affiche seule, simplement placardée en salle d'attente (sans discussion associée avec le médecin traitant, sans campagne publicitaire, sans autre matériel associé, ...) est souvent

éphémère voire nul. (17,18,19) Plusieurs études ont tiré cette même conclusion. Nous pouvons citer par exemple une étude canadienne publiée en 2007 (20), qui n'a pas retrouvé de différence significative dans la prévention des accidents domestiques en pédiatrie après une campagne d'affichage. Ou encore une thèse réalisée en France en 2016 (21) qui ne retrouvait aucune efficacité prouvée d'une campagne de vaccination antigrippale monothématique (affiche et prospectus) en salle d'attente des cabinets de médecine générale. Nous constatons donc au travers de la littérature scientifique que l'impact d'une campagne d'affichage seule est assez limité. Mais l'utilisation d'affiches de prévention dans un processus d'éducation thérapeutique plus élaboré est bénéfique. Comme en atteste une étude publiée en 2010 (22) qui a validé l'efficacité d'une campagne de communication multi-support (incluant des affiches) sur la reconnaissance des signes d'AVC et la conduite à tenir immédiate pour prévenir la survenue d'un AVC. Les auteurs constataient aussi que les patients exposés à ces informations en parlaient autour d'eux, ce qui augmentait la portée de la campagne.

En matière de prévention, la parole du médecin reste ce qui influence le plus les patients pour les amener à adopter un mode de vie qui préserve au mieux leur santé. Quand celui-ci appuie le message des affiches lors de la consultation on constate que son impact est plus grand. (12)

Les affiches présentes en salle d'attente peuvent aussi avoir un impact sur les prescriptions du médecin. Cela se comprend aisément car le praticien va appliquer les recommandations qu'il expose à ses patients. (23)

Précédemment, nous avons expliqué que l'impact d'une affiche dépend à l'origine de sa visibilité en salle d'attente. L'affichage d'une affiche unique (visibilité optimale pour l'affiche) au lieu de multiples affiches augmente l'impact du message auprès des patients. (24) Et on sait qu'un trop grand nombre d'affiches, de sujets et de supports en salle d'attente a tendance à minimiser leur impact. (11,25)

Un tri dans les affiches est nécessaire ainsi qu'un renouvellement régulier. 66% des médecins généralistes déclarent ainsi modifier régulièrement leur affichage en salle d'attente. (9,10)

L'autre vecteur capital de la visibilité d'une affiche en salle d'attente est le design de celle-ci. La qualité d'une affiche a été étudiée par de nombreux auteurs, elle réside avant tout dans l'équilibre entre une image qui attire le regard, un slogan bref et un texte assez peu développé pour ne pas atténuer l'efficacité du dessin ou de la photo. (26,27) On doit

choisir une image à la valeur symbolique forte, adhérant le mieux possible au thème de la campagne. (26,27) Le fait d'utiliser des images choquantes n'apporterait pas forcément un bénéfice sur l'impact des campagnes d'affichage. (27)

La clarté du message doit être bien évaluée par les concepteurs d'affiches et les médecins car certains patients trouvent que les affiches soulèvent plus de questions qu'elles n'apportent de réponses. (15)

3) A propos de la réception d'un affichage

Les études au sujet de la réception de l'affichage sont contradictoires, on retrouve dans la littérature des disparités importantes sur le pourcentage de patients qui vont lire les affiches en salle d'attente. Certains auteurs nous expliquent qu'un nombre important de patients lisent l'affichage en salle d'attente, tandis que d'autres nous disent que l'affichage est un outil peu intéressant car peu de personnes le lisent.

Dans une étude anglaise de 1994 (13), on retrouve que 82% des 319 patients interrogés regardent les affiches et que dans ce groupe **95%** d'entre eux les lisent. En 1999 (28), Une étude réalisée dans le Cher avance le chiffre de **26%** de patients qui lisent les affiches médicales. En 2004 (15), une étude iranienne (dont nous avons déjà parlé) réalisée dans un centre pour le cancer du sein, montre que sur 777 femmes, **80%** d'entre-elles déclarent avoir lu les affiches en salle d'attente. En 2011 (29), une étude se penche sur la salle d'attente d'un cabinet dentaire et retrouve que sur 1161 patients interrogés environs **40%** ont lu les affiches présentes. Enfin nous pouvons citer une dernière étude réalisée autour de Lyon en 2015 (24), où l'analyse des données sur 270 patients nous dit que **60%** des patients venant consulter lisent les affiches. On retrouve donc un véritable désaccord sur ce chiffre de la réception de l'affichage dans la littérature et un des objectifs de notre étude est d'apporter une réponse quant au pourcentage de patients qui vont s'intéresser aux affiches en salle d'attente.

Mais ce n'est pas la seule question qui fait débat dans les études. L'effet du temps d'attente dans la réception de l'affichage est une donnée incertaine. Pour certains auteurs cela n'influence pas l'intérêt que peut porter le patient aux affiches même s'il y est exposé plus longtemps en cas d'attente longue. (11,24) mais d'autres avancent que la réception est

moins bonne si l'attente est jugée trop longue car le patient va adopter une attitude d'attente anxieuse peu propice à s'informer. (12)

E) Facteurs intrinsèques au patient / Facteurs extrinsèques au patient

Notre objectif au travers de ce travail est de rechercher et d'analyser l'implication de divers facteurs liés au patient lui-même qui vont entraver la réception de l'affichage en salle d'attente. Nous allons utiliser le terme de **facteur intrinsèque** (car intrinsèque au patient) qui pourrait jouer un rôle sur le fait que le patient va porter un intérêt ou non aux affiches. A l'issue d'une réflexion et d'un travail de recherche dans la littérature scientifique, nous avons isolé un certain nombre de facteurs intrinsèques qui nous semblent cohérents et dont on suspecte qu'ils pourraient diminuer l'attention du patient envers les affiches en salle d'attente :

- L'âge du patient : Il semblerait que les personnes de plus de 50 ans soient plus susceptibles de lire les affiches. (13)

- Le sexe : Il ressort de quelques études que les hommes et les femmes liraient tout autant les affiches. (13,24) Nous voulons confirmer cette donnée.

- L'accompagnement : Il nous a semblé logique d'évaluer ce critère. Le fait de venir accompagné en salle d'attente détourne-t-il l'attention du patient envers les affiches ?

- La relation médecin-patient : En 2017 (12), une étude qualitative stéphanoise a réalisé des entretiens semi-dirigés sur 13 sujets. L'auteur a fourni des informations intéressantes sur la vision que les patients portent sur l'affichage en salle d'attente. Une des conclusions est que la réception en salle d'attente semble améliorée par une relation médecin-patient jugée satisfaisante.

- Le stress : Dans cette même étude stéphanoise (12), on nous dit que la réception de l’affichage est améliorée si le motif de consultation semble bénin. Nous voulions vérifier si la gravité du motif de consultation a une influence sur la réception. Mais pour des soucis de méthode (l’auto-évaluation de la gravité du motif de consultation est trop subjective d’un patient à l’autre et ne reflèterait pas forcément la réalité clinique), il nous a semblé plus cohérent d’évaluer le niveau de stress / d’inquiétude que va ressentir le sujet avant sa consultation qui est plus facilement évaluable.

- L’humeur : Par soucis de clarté envers les patients nous allons parler de moral et de tristesse. Nous avons sélectionné ce critère en pensant qu’il est possible que les patients au moral bas voire dépressifs soient moins réceptifs aux affiches en salle d’attente.

- La douleur : Il nous paraît raisonnable de penser que les patients les plus douloureux vont être moins sensibles à l’affichage en salle d’attente. Pour évaluer ce facteur nous avons pensé utiliser l’échelle EVA car très utilisée dans la pratique courante. Mais nous ne sommes pas certains que cette échelle numérique soit très bien comprise par tous les patients. De fait nous avons préféré proposer des items par soucis de clarté.

- L’utilisation du téléphone portable : Le téléphone portable est devenu un outil indispensable du quotidien, certaines sources (30) avancent que 59% des français utilisent leur smartphone en attendant une consultation. Partant de ce constat, nous pouvons envisager que son utilisation entrave la réception de l’affichage, le patient étant plus occupé à pianoter sur son smartphone qu’à regarder les affiches aux murs.

Par opposition aux facteurs intrinsèques nous pouvons évoquer des **facteurs extrinsèques** aux patients qui sont aussi très importants et qui peuvent diminuer la réception de l’affichage.

Il y a des facteurs extrinsèques qui vont influencer la visibilité de l'affiche (L'agencement de la salle d'attente, la surcharge d'affiches au mur, le design de l'affiche, ...) et des facteurs extrinsèques qui vont détourner l'attention des patients en salle d'attente (Un nombre important de personnes dans la salle d'attente, la présence de magazines, ...).

Dans ce sujet de thèse nous avons décidé de nous intéresser uniquement aux facteurs liés au patients.

Nous distinguons la distraction apportée par les magazines présents en salle d'attente (facteur extrinsèque) et la distraction provoquée par le téléphone portable (facteur intrinsèque). Car dans le cas de ce dernier, c'est le patient qui l'introduit en salle d'attente, sa présence est liée au patient, tandis que les magazines sont des éléments initialement présents dans la salle d'attente.

F) Le temps d'attente en salle d'attente

Il faut bien considérer l'attente comme nécessaire dans notre étude car c'est la période durant laquelle le patient va regarder les affiches, s'arrêter sur les différents sujets, analyser et retenir les messages. Cependant il ne faut pas que l'attente soit trop longue. Trente minutes d'attente est le seuil à partir duquel la satisfaction des patients chute et à partir duquel apparaît un vécu négatif avec sentiment d'ennui, de stress, de colère, d'agacement ou d'anxiété. (31,32) Même si paradoxalement l'attente en salle d'attente est un gage de qualité du médecin aux yeux des patients. (31)

Dans notre étude nous avons demandé aux patients de déclarer leur temps d'attente avant la consultation, mais nous n'avons pas étudié cette donnée comme un facteur susceptible de diminuer la réception de l'affichage. Tout d'abord parce que selon nos définitions, le temps d'attente apparaît comme un facteur extrinsèque au patient (il dépend de l'organisation du médecin). Ensuite parce qu'il nous paraît plus adapté de le considérer comme un facteur d'exclusion de notre étude. Nous n'allons pas compter dans nos résultats les patients ayant patienté moins de 5 minutes car c'est une durée trop courte pour prendre connaissance des affiches et éventuellement les assimiler. De même, nous allons exclure les patients ayant patienté plus de 30 minutes pour les raisons évoquées ci-dessus. Nous craignons que les sujets répondent au questionnaire de façon peut-être plus précipitée et

qu'ils soient moins enclins à l'objectivité. Enfin une attente trop longue est génératrice de stress, et nous craignons de retrouver dans nos résultats une proportion de gens stressés qui soit trop importante par rapport à la réalité et que cela fausse notre recueil de données sur la question du stress comme facteur de mauvaise réception de l'affichage.

G) Intérêt de cette thèse

Le sujet de la réception d'un affichage est retrouvé dans un certain nombre d'études, avec cette question simple : Quel pourcentage de patients regarde et lit les affiches en salle d'attente ?

Comme nous l'avons déjà dit, les études se contredisent sur ce chiffre et un des objectifs de notre thèse est d'évaluer en 2020 la proportion de patients attentifs aux affiches en salle d'attente.

Dans la littérature scientifique, La plupart des auteurs évaluent l'intérêt que vont porter les patients à l'affichage en fonction d'un critère propre à l'affiche ou propre à la salle d'attente (facteurs extrinsèques). Leur but est de comprendre ce qui peut être modifié ou amélioré d'un point de vue matériel afin d'attirer l'attention du patient sur les messages de prévention. Mais peu d'études se sont penchées sur les facteurs propres au patient qui vont détourner son attention des affiches.

Dans notre étude, nous tentons de retrouver ces facteurs intrinsèques significatifs qui vont influencer l'intérêt des patients pour les affiches en salle d'attente. En fonction des résultats nous allons réfléchir aux moyens de rendre les patients (et quel type de patients ?) plus sensibles à l'affichage. Car une meilleure réception veut dire aussi et surtout un impact majoré et c'est le but de toute campagne d'affichage.

II) Matériels et méthodes

A) Matériels

1) Le recueil de données

Nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle reposant sur des questionnaires complétés par les patients. Notre étude s'est déroulée sur une période allant du 29 juin 2020 au 7 août 2020 dans 2 cabinets à activité semi-rurale. L'un est situé à Ducey dans la Manche et l'autre est situé à Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine en Ille-et-Vilaine. Dans le cabinet de Ducey, 3 médecins ont distribué les questionnaires à leurs patients qui devaient aller les remplir au secrétariat où une urne les attendait. Dans le cabinet de Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine, 1 seul médecin a distribué les questionnaires à la patientèle en fin de consultation. Les patients devaient le remplir au bureau du médecin à l'abri du regard de celui-ci (par soucis d'objectivité) et déposer le papier dans une urne à la sortie.

2) Recrutement des salles d'attente

La sélection de la salle d'attente devait remplir un critère qui nous semblait indispensable : Elle devait comporter au moins 6 affiches à caractère informatif et/ou préventif. Nous avons fixé cette limite minimum de 6 affiches à partir de données de la littérature car il semblerait qu'une salle d'attente comporte en moyenne 5,98 affiches. (10) Les affiches devaient être bien visibles et lisibles. Nous n'avons pas fixé de nombre maximum d'affiches et peu importe si la salle d'attente comportait des affiches décoratives supplémentaires aux affiches validées pour notre travail. Les 3 salles d'attentes de Ducey appartenaient aux 3 médecins investigateurs et la salle d'attente de Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine était collective à tous les praticiens qui y exercent. Elles remplissaient toutes les 4 les critères de sélection.

3) Population de l'étude

Pour être inclus dans notre étude le patient devait être majeur (avoir atteint l'âge de 18 ans). Certes il peut être intéressant d'étudier la réception de l'affichage chez l'enfant et l'adolescent mais par soucis de clarté et pour ne pas trop complexifier cette thèse nous avons préféré travailler uniquement sur la population adulte.

Nous avons exclu assez logiquement les patients présentant un illettrisme, ainsi que ceux atteints de cécité. De même, les patients présentant dans leurs antécédents des troubles cognitifs ou un retard mental ne se sont pas vus remettre de questionnaire.

Pour des raisons éthiques évidentes, nous n'avons pas proposé non plus le questionnaire aux patients orientés vers les urgences en fin de consultation pour ne pas retarder leur prise en charge.

Enfin, comme expliqué précédemment dans cette thèse nous avons choisi d'exclure de nos analyses les personnes ayant rempli leur questionnaire en mentionnant qu'ils avaient patienté en salle d'attente moins de 5 minutes et ceux ayant patienté plus de 30 minutes. Nous n'avons pas dit aux patients que ce critère de l'attente était un critère d'exclusion potentiel afin d'obtenir les réponses les plus honnêtes possibles.

De fait, les médecins investigateurs ont essayé de donner au mieux les questionnaires aux personnes dont le temps de présence en salle d'attente se situait entre 5 et 30 minutes.

4) Le questionnaire (annexe – 1)

Le questionnaire comportait un message d'information destiné à expliquer la démarche de l'auteur de cette thèse aux patients afin d'obtenir leur participation.

Le sujet de l'affichage en salle d'attente n'a pas été mis au premier plan volontairement. Nous avons préféré parler sur le document de « préoccupations avant la

consultation » L'auteur ne voulant pas focaliser l'attention sur le sujet de l'affichage et obtenir des réponses « complaisantes » de la part des patients qui par sympathie auraient tendance à répondre par l'affirmatif au fait qu'ils ont bien lu les affiches.

Le questionnaire comportait 12 questions : 2 questions ouvertes (Age et nature des accompagnants) et 10 questions à choix multiples. Sur ces 10 questions, 1 analysait le temps d'attente, 7 analysaient les facteurs intrinsèques au patient dont nous avons parlé précédemment (sexe, nombre d'accompagnants, stress, moral, douleur, relation médecin-malade, temps d'utilisation du téléphone portable) et 2 représentaient nos critères de jugements pour cette étude.

Pour la décision de notre critère de jugement principal, nous avons réfléchi à la tournure de la question qui semblait être la plus adaptée au sujet. Nous avons choisi le fait d'avoir lu ou non les affiches en salle d'attente. Car avoir lu les affiches implique forcément qu'elles aient été vues et analysées un minimum, donc que le patient y ait porté une attention.

Enfin, pour les patients ayant lu les affiches en salle d'attente nous leur avons demandé en critère de jugement secondaire s'ils étaient capables de se souvenir de certaines affiches et de combien d'entre elles ? le but est de voir s'il reste des souvenirs de l'affichage dans l'esprit des patients à la fin de la consultation.

B) Méthode

Les données du questionnaire ont été retranscrites dans un fichier Excel et ont été analysées statistiquement à l'aide du site BiostaTGV.

Les variables quantitatives ont été représentées par leur moyenne et leur variance et les variables qualitatives par leur répartition.

Pour comparer deux moyennes, la table de Z (loi normale) a été utilisée avec un risque de première espèce défini à 5%. Les comparaisons de répartitions ont été effectuées grâce au test du Khi2 au seuil de 5%. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05. Une correction de Yates a été appliquée quand les variables qualitatives ne présentaient que 2 modalités.

C) Éthique

Pour cette étude nous n'avons pas demandé d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes car il s'agit d'une étude observationnelle et qu'aucune modification thérapeutique n'y est conduite. Aucune donnée nominative n'ayant été recueillie auprès des patients, nous n'avons pas fait non plus de demande auprès du Comité National de l'Information et des Libertés.

III) Résultats

A) Résultats généraux

Au cours de notre étude nous avons recueilli 318 questionnaires au total. 5 ont été écartés car seul le recto avait été complété, 50 ont été exclus car les patients ont déclaré avoir attendu moins de 5 minutes ou plus de 30 minutes.

Nous avons donc réalisé nos analyses sur les 263 questionnaires restants qui étaient bien remplis.

Nos résultats montrent que 199 patients ont reconnu avoir lu l'affichage avant la consultation et 64 ne l'ont pas lu. Ce qui donne un pourcentage de **75,66% de patients qui affirment lire les affiches en salle d'attente** (groupe lecteur).

Le nombre minimum moyen d'affiches que vont retenir les patients lecteurs en fin de consultation est de 1,85 affiche.

Nous avons condensé tous nos résultats dans le tableau ci-dessous (Tableau – 1)

	Total des patients = 263	
	Lecteurs = 199 (75,66%)	Non lecteurs = 64 (24,34%)
Age moyen en années (variance estimée)	- 53,86 (342,74)	- 52,60 (368,96)
Sexe		
- Homme	- 78 (39,2%)	- 30 (46,9%)
- Femme	- 121 (60,8%)	- 34 (53,1%)
Accompagnement		
- Seul(e)	- 159 (79,9%)	- 48 (75%)
- 1 accompagnant	- 37 (18,6%)	- 12 (18,75%)
- > 1 accompagnant	- 3 (3,5%)	- 4 (6,25%)
Stress		
- Serein(e)	- 145 (72,9%)	- 47 (73,4%)
- Ni serein(e), ni stressé(e)	- 31 (15,6%)	- 11 (17,2%)
- Un peu stressé(e)	- 20 (10%)	- 6 (9,4%)
- Très stressé(e)	- 3 (1,5%)	- 0
Humeur		
- Bonne humeur	- 144 (72,36%)	- 39 (61%)
- Ni bonne humeur, ni triste	- 49 (24,62%)	- 25 (39%)
- Triste	- 6 (3,02%)	- 0
- Très triste	- 0	- 0
Douleur		
- Pas de douleur	- 123 (61,81%)	- 35 (54,69%)
- Un peu de douleur	- 40 (20,1%)	- 19 (29,69%)
- Douleur mais supportable	- 34 (17,09%)	- 10 (15,62%)
- Douleur et insupportable	- 2 (1%)	- 0
Relation médecin-malade		
- Très satisfaisante	- 156 (78,4%)	- 45 (70,31%)
- Satisfaisante	- 37 (18,6%)	- 18 (28,12%)
- Sans avis	- 6 (3%)	- 1 (1,57%)
- Mauvaise	- 0	- 0
- Très mauvaise	- 0	- 0
Utilisation du téléphone portable		
- Non	- 121 (60,8%)	- 31 (48,44%)
- Moins d'une minute	- 41 (20,6%)	- 11 (17,19%)
- Beaucoup	- 30 (15,07%)	- 14 (21,87%)
- Tout le temps d'attente	- 7 (3,53%)	- 8 (12,5%)
Nombre minimum moyen d'affiches retenues	- 1,85	

Tableau – 1

Le détail de nos analyses statistiques est disponible en annexe – 2 de cette thèse.

B) Influence du sexe dans la réception d'un l'affichage

Sur les 199 patients lecteurs d'affiches en salle d'attente, 121 sont de femmes et 78 sont des hommes. Dans le groupe des non lecteurs on compte 34 femmes et 30 hommes. Il n'apparaît pas de différence significative dans la répartition du sexe entre ces 2 groupes ($p = 0,37$). **Les hommes et les femmes sont tout autant réceptifs aux affiches en salle d'attente.**

C) Influence de l'âge dans la réception d'un affichage

Dans le groupe des lecteurs nous avons calculé l'âge moyen des patients qui est de 53,86 ans avec une variance de 342,74. Dans le groupe des non lecteurs on retrouve une moyenne d'âge de 52,60 ans et une variance de 368,96. Nous ne retrouvons pas de différence significative entre ces 2 moyennes ($p = 0,64$). De fait **l'âge ne semble pas être un facteur qui influence le fait de porter attention aux affiches en salle d'attente.**

Cela étant dit, nous avons décidé d'analyser nos données en formant des groupes de patients en fonction de leur âge. 4 tranches d'âges nous ont semblé intéressantes à étudier. Le groupe des patients de 18 à 25 ans, les patients de 26 à 40 ans, les patients de 41 à 60 ans et les patients de 61 ans et plus.

Pour aller plus loin, nous avons composé des sous-groupes par tranches d'âge et par sexe. (Tableau - 2)

Nous avons ensuite comparé le pourcentage de patients lecteurs observé dans chaque groupe et sous-groupe par rapport à un pourcentage théorique de patients lecteurs en salle d'attente fixé à 75,66% qui est le pourcentage de patients lecteurs sur l'ensemble des questionnaires recueillis.

	Lecteur	Non lecteur	Total		Sexe	Lecteur	Non lecteur	Total	
[18 ; 25 ans]	17 (70,83%)	7 (29,17%)	24	p= 0,51	Homme	8 (72,73%)	3 (27,27%)	11	Non valide
					Femme	9 (69,23%)	4 (30,77%)	13	Non valide
[26 ; 40 ans]	42 (76,36%)	13 (23,64%)	55	p= 0,97	Homme	13 (61,90%)	8 (38,10%)	21	Non valide
					Femme	29 (85,29%)	5 (14,71%)	34	p= 0,23
[41 ; 60 ans]	51 (68,92%)	23 (31,08%)	74	p= 0,12	Homme	22 (70,97%)	9 (29,03%)	31	p= 0,46
					Femme	29 (67,44%)	14 (32,56%)	43	p= 0,16
[+ de 60 ans]	89 (80,91%)	21 (19,09%)	110	p= 0,28	Homme	35 (77,78%)	10 (22,22%)	45	p= 0,85
					Femme	54 (83,08%)	11 (16,92%)	65	p= 0,21

Tableau – 2

Aucun de ces groupes ou sous-groupes évaluable ne présente de différence significative avec le pourcentage théorique de patients lecteurs dans la population pour un risque de 5%. De fait, **on confirme que l'âge n'est pas un facteur influençant la réception de l'affichage en salle d'attente même associé au sexe.**

Malgré tout, 3 sous-groupes n'ont pas pu être évalués au cours de notre analyse car le nombre de patients les représentant n'était pas assez important. C'est le cas notamment pour le sous-groupe des hommes de 26 à 40 ans qui présente un pourcentage de patients lecteurs de 61,90%, qui est bien plus faible que celui retrouvé dans notre population générale de 76,55%. Avec un nombre plus élevé d'hommes entre 26 et 40 ans nous aurions peut-être pu déceler une différence significative et affirmer que dans ce sous-groupe les patients sont moins attentifs aux affiches en salle d'attente.

D) Influence de l'accompagnement dans la réception d'un affichage

Dans notre ensemble de patients lecteurs d'affiches en salle d'attente, 159 étaient seuls, 40 étaient accompagnés (37 accompagnés d'une seule personne et 3 de plus d'une personne). Dans le groupe des patients non lecteurs 48 sont venus seuls et 16 accompagnés (12 accompagnés d'une seule personne et 4 de plus d'une personne).

	Lecteur (199 patients)	Non lecteur (64 patients)
Accompagnement	Seul : 159 (79,9%)	Seul : 48 (75%)
	Accompagné : 40 (20,1%) - 1 personne : 37 (16,6%) - Plus d'une personne : 3 (3,5%)	Accompagné : 16 (25%) - 1 personne : 12 (18,75%) - Plus d'une personne : 4 (6,25%)
Accompagnants	- Conjoint : 20 (10,05%) - Enfant(s) : 15 (7,54%) - Autre : 1 (0,5%) - Non noté : 4	- Conjoint : 6 (9,38%) - Enfant(s) : 5 (7,81%) - Autre : 4 (6,25%) - Non noté : 1

Tableau – 3

Si l'on compare la répartition seul/accompagné dans les 2 groupes, nous ne retrouvons pas de différence significative ($p = 0,51$).

Une analyse plus fine d'étude de l'influence du nombre d'accompagnants sur la réception de l'affichage ne peut être réalisée du fait des conditions de validité qui ne sont pas remplies. Il aurait fallu plus de patients.

Nous avons interrogé les patients accompagnés avec une question ouverte pour savoir si le type d'accompagnant avait une influence sur la lecture ou non des affiches. 10,05% des patients lecteurs sont venus avec leur conjoint contre 9,38% chez les patients non lecteurs. Cela ne semble pas être différent dans les 2 groupes. De façon similaire, 7,54% des patients lecteurs sont venus avec 1 ou plusieurs enfants (Pour cette notion, il faut bien prendre en compte que dans le terme « enfant » on entend « enfant en bas âge » et « adolescent ») contre 7,81% chez les patients non lecteurs. Ce qui ne semble pas différer non plus entre ces 2 groupes.

Nous avons rangé dans la catégorie « autre » les questionnaires mentionnant d'autres accompagnants (« mon père », « ma mère », « ma sœur », « mon oncle », « ma filleule »). Ceux-ci n'ayant été cités qu'une seule fois nous n'avons pas pu en tirer d'analyse intéressante.

Enfin, quelques patients ont complété leur questionnaire en mentionnant le fait qu'ils étaient venus accompagnés sans nous renseigner sur la nature de l'accompagnant, ce sont les « non noté ».

En conclusion, le fait de venir accompagné, que ce soit avec son conjoint ou ses enfants, n'apparaît pas comme un facteur influençant la réception d'un affichage en salle d'attente.

E) Influence du stress dans la réception d'un affichage

Sur nos 199 patients qui lisent les affiches en salle d'attente, 145 se sont déclarés sereins, 31 ni sereins/ni stressés, 20 un peu stressés et 3 très stressés. Chez les patients non lecteurs, 47 se sont déclarés sereins, 11 ni sereins/ni stressés, 6 un peu stressés et aucun ne s'est dit très stressé avant la consultation. De fait, dans notre analyse nous avons été obligés de regrouper les patients lecteurs un peu stressés et très stressés dans le même groupe pour la réalisation de notre analyse statistique.

Le stress ne semble pas être un facteur qui influence la réception de l'affichage en salle d'attente. Les répartitions des patients en fonction du stress semblent être les mêmes dans le groupe des lecteurs et dans le groupe des non lecteurs ($p = 0,86$).

Mais avec nos résultats nous avons dû regrouper les patients un peu stressés avec les patients très stressés ce qui n'est pas très satisfaisant car il y a une véritable différence entre ces 2 catégories. Par conséquent nous allons transformer notre variable qualitative du stress en variable quantitative et comparer « le stress moyen » ressenti dans les 2 groupes. Pour cela nous allons utiliser l'échelle brève d'évaluation des stressseurs, développée par Charly Cungi en 1997. (33) Cette échelle permet de quantifier le stress ressenti dans plusieurs situations par le patient sur une échelle allant de 1 à 6. (Tableau – 4)

	Stress ressenti ?
1	Non, pas du tout
2	Faiblement
3	Un peu
4	Assez
5	Beaucoup
6	Extrêmement

Tableau – 4

Chaque item de notre question sur le stress a donc été remplacée par une valeur. 1, pour les patients sereins. 2, pour les patients ni stressés/ni sereins car s'ils n'ont pas coché la case « j'étais serein(e) » c'est que l'on peut considérer qu'ils ressentent faiblement un certain stress. 3, pour les patients un peu stressés. 5, pour les patients très stressés.

On obtient alors un « stress moyen » dans le groupe des patients lecteurs évalué à 1,417 (variance = 0,625) et dans le groupe des patients non lecteurs évalué à 1,359 (variance = 0,418). Le « stress moyen » ne diffère pas entre les 2 groupes ($p = 0,55$)

Le stress n'est apparemment pas un facteur influençant l'attention du patient envers les affiches de la salle d'attente. Mais il faut reconnaître que le nombre de patients se déclarant stressés est faible et ne permet pas de tirer de conclusions définitives sur ce sujet.

F) Influence de l'humeur dans la réception d'un affichage

Sur 199 patients ayant lu les affiches en salle d'attente, seulement 6 (3,02%) ont affirmé se sentir triste et aucun dans le groupe des patients non lecteurs. Ces résultats sont trop faibles pour que l'on puisse en tirer la moindre conclusion. **Nous ne pouvons pas dire si l'humeur a une influence sur la réception de l'affichage en salle d'attente.**

G) Influence de la douleur dans la réception d'un affichage

Chez les patients ayant lu les affiches en salle d'attente, 123 ne présentaient pas de douleurs, 40 un peu de douleurs, 34 de franches douleurs mais supportables et 2 des douleurs insupportables. Dans le groupe des patients non lecteurs, 35 n'avaient pas mal, 19 déclaraient avoir un peu de douleurs, 10 de franches douleurs mais supportables et personne n'a répondu avoir des douleurs insupportables. Pour la réalisation de l'analyse statistique nous avons dû regrouper les patients aux douleurs supportables et insupportables dans le même groupe

La répartition de la douleur dans ces 2 groupes est la même ($p = 0,28$), **la douleur ne semble pas influencer la réception de l'affichage en salle d'attente.**

Nous avons décidé d'affiner notre analyse en pondérant les réponses en fonction de la douleur, c'est à dire transformer la variable qualitative qu'est la douleur en variable quantitative. Pour cela nous allons convertir les items de la question sur la douleur en valeurs d'intensité douloureuse et comparer si la « douleur moyenne » dans chaque groupe diffère.

Pour se faire nous allons utiliser l'échelle EVA (34), qui est une des échelles de référence de la douleur et qui quote la douleur de 0 à 10 en fonction de son intensité. (Tableau – 5)

Modalité	Pas de douleur	Douleur faible	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur insupportable
EVA	0	1-3	4-5	6-7	8-10

Tableau – 5

Chaque item de notre question sur la douleur a donc été remplacée par une valeur en cohérence avec l'échelle EVA à laquelle nous avons ajouté 1. Cette échelle commence par 0 et pour les patients non douloureux il faut obligatoirement leur attribuer un minimum de 1 pour les comptabiliser dans notre analyse. (Tableau – 6)

Ainsi nous avons attribué la valeur 1 à chaque patient ayant répondu n'avoir « pas mal » (soit $0 + 1 = 1$). Nous avons attribué la valeur 3 aux patients qui avaient « un peu mal » car nous avons quotté pour ces patients la valeur 2 qui est la valeur moyenne d'une douleur faible sur l'échelle EVA à laquelle nous avons ajouté 1 (soit $2 + 1 = 3$). Sur ce même principe, les patients qui avaient « mal, mais supportable » ont été associés à la valeur 6,5 (soit $5,5 + 1 = 6,5$) et les patients aux douleurs « Insupportables » 10 (soit $9 + 1 = 10$).

Item du questionnaire	Équivalence EVA	Valeur numérique EVA	Moyenne EVA	+1 pour compter tous les patients
« Vous n'aviez pas mal »	Pas de douleur	0	0	1
« Vous aviez un peu mal »	Douleur faible	1-3	2	3
« Vous aviez mal, mais supportable »	Douleur modérée à intense	4-7	5,5	6,5
« Vous aviez mal et insupportable »	Douleur insupportable	8-10	9	10

Tableau – 6

Il résulte de nos résultats une « douleur moyenne en EVA +1 » de 2,432 dans le groupe des patients lecteurs avec une variance de 4,73 et une « douleur moyenne en EVA + 1 » de 2,453 avec une variance de 3,80 dans le groupe des non lecteurs. On ne trouve pas de différence significative entre ces 2 moyennes ($p = 0,94$).

La douleur n'est donc pas un facteur diminuant ou favorisant la réception de l'affichage en salle d'attente.

H) Influence de la relation médecin-malade dans la réception d'un affichage

Aucun patient n'a déclaré avoir une mauvaise ou une très mauvaise relation avec son médecin, sur tous les questionnaires recueillis. De fait, aucune donnée n'est exploitable sur cette question. **Nous n'avons pas pu étudier l'influence de la relation médecin-malade dans la réception de l'affichage en salle d'attente.**

I) Influence de l'utilisation du téléphone portable dans la réception d'un affichage

Nous retrouvons dans le groupe des patients lecteurs d'affiches en salle d'attente, 121 d'entre eux qui n'ont pas utilisé leur téléphone pendant l'attente, 41 qui l'ont utilisé moins d'une minute, 30 qui l'ont beaucoup utilisé et 7 qui l'ont utilisé sur la totalité du temps d'attente. Dans le groupe des patients non lecteurs, 31 ne l'ont pas du tout utilisé en attendant la consultation, 11 l'ont utilisé moins d'une minute, 14 l'ont beaucoup utilisé et

enfin 8 personnes ont patienté en utilisant leur téléphone portable sur tout le temps d'attente. Pour la réalisation de notre analyse statistique nous avons dû regrouper les patients ayant beaucoup utilisé leur téléphone portable avec les patients l'ayant utilisé tout le temps d'attente.

On peut affirmer que l'utilisation du téléphone portable en salle d'attente a une influence sur la réception de l'affichage ($p = 0,024$). Celui-ci en détournant l'attention du patient va avoir tendance à diminuer son intérêt pour les affiches.

IV) Discussion

A) Nos résultats

1) Réception des affiches par les patients

Dans notre étude, nous retrouvons un véritable plébiscite des patients pour les affiches en salle d'attente, puisque 75,66 % d'entre eux déclarent les lire avant la consultation. Notre revue de la littérature scientifique a retrouvé que le pourcentage de patients déclarant lire les affiches en salle d'attente est très variable selon les auteurs, celui-ci allant de 26 à 95%. Notre travail de recherche plaide en faveur des études qui annoncent des chiffres hauts et un intérêt certain des patients pour l'affichage que leur propose leur médecin traitant en salle d'attente. Par conséquent, il faut reconnaître qu'en 2020 l'affiche est encore et plus que jamais un médium intéressant pour transmettre des informations à la patientèle et qu'il serait dommage de se passer de cet outil simple et peu coûteux dans nos campagnes de prévention.

Il convient tout de même d'apporter quelques critiques à notre pourcentage élevé de patients lecteurs d'affiches dans notre population. Tout d'abord, Il y a l'effet Hawthorne qui est à prendre en compte dans notre étude. Cet effet se retrouve dans toute expérience dès lors que le sujet se sait observé, il va présenter alors une plus grande motivation et inconsciemment essayer de répondre à l'expérience dans le sens à trouver absolument un

résultat à celle-ci plutôt que de répondre avec honnêteté. Et ce phénomène a tout à fait pu s'appliquer au cours de notre évaluation. En ajoutant le fait que certains patients aient pu remplir leur questionnaire en falsifiant leur réponse sur le fait d'avoir réellement lu les affiches (soit par sympathie pour le médecin ayant l'impression de « faire plaisir » à celui-ci en répondant qu'ils ont bien porté un intérêt à son affichage, soit par crainte de le « décevoir ») nous pouvons avoir une surévaluation de notre pourcentage général de lecteurs dans notre population. Ces deux phénomènes pourraient avoir été plus importants au cabinet de Châteauneuf-d'Ille-et-Vilaine où les patients devaient compléter leur questionnaire, certes à l'abris du regard du médecin, mais tout de même en sa présence.

Nous avons aussi et surtout une donnée capitale à prendre en compte sur le contexte d'évaluation de cette étude, qui à plus d'un aspect a très certainement majoré notre pourcentage de patients réceptifs à l'affichage en salle d'attente : C'est la COVID 19. Le recueil de données s'est déroulé en pleine crise sanitaire liée à ce coronavirus qui a profondément changé les habitudes des patients et leur comportement. Durant cette période la plupart des patients présentaient une vraie demande d'information fiable qui pouvait répondre à leurs inquiétudes. D'autant plus que les divers médias (presse, télévision, internet, ...) les ont abreuvés de nouvelles abondantes, incertaines et contradictoires. Ils se sont naturellement et à raison tournés vers leur médecin traitant pour obtenir des réponses. De fait, cela a majoré l'attention qu'ils pouvaient avoir pour tout médium informatif à disposition en maison médicale et notamment les affiches. De plus, durant cette période d'épidémie anxiogène, il y a eu une très grande sensibilisation de la population à la prévention notamment en ce qui concerne la limitation de la propagation du virus (port du masque, lavage des mains, distanciation sociale, ...). Dans ce contexte, nous pouvons penser que les patients ont eu un intérêt majoré pour tout ce qui pouvait les inviter à prendre soin de leur santé au sens large et se sont peut-être plus intéressés aux affiches en ce sens. Le pourcentage de patients lecteurs d'affiches dans la population générale a aussi été nettement majoré du fait des mesures barrières pour contrer la propagation du virus qui ont imposé la disparition des magazines en salle d'attente. Les patients se sont retrouvés sans distraction et se sont plus concentrés sur les affiches les entourant. Sur le même principe, les gens ont essayé, autant que possible, de ne pas venir accompagnés au cabinet. Ils ont donc été moins distraits lors de l'attente et plus attentifs aux affiches.

Malgré tout, ces arguments expliquant la surévaluation du pourcentage de patients lecteurs d'affiches en salle d'attente sont à contrebalancer avec certains faits qui ont pu au contraire sous-évaluer ce pourcentage. Par exemple, nous pouvons faire la remarque que l'affichage dans toutes les salles d'attentes sélectionnées n'avait pas été renouvelées depuis

longtemps et l'on sait que cela crée une certaine lassitude des patients qui disent connaître les affiches et ne les regardent plus. Nous pouvons aussi parler du fait qu'avec le coronavirus certains patients ont préféré attendre en dehors de la salle d'attente pour être certains de bien respecter les distances de sécurité. Ces patients ont pu répondre n'avoir pas lu les affiches sur leur questionnaire car n'y ayant pas été exposé, cela faussant ainsi légèrement nos résultats. Ce cas de figure n'a pas pu être contrôlé par les médecins investigateurs, il aurait peut-être fallu penser en amont à cette possibilité et inclure une question supplémentaire pour exclure ces patients de notre étude.

L'objectif secondaire de cette thèse est d'évaluer si le patient va conserver dans son esprit des messages délivrés en salle d'attente par les affiches. À ce titre, nous pouvons constater que les patients déclarent qu'ils sont capables de se souvenir de 1 à 2 affiches en moyenne (1,87 affiches) à la fin de la consultation. Ce chiffre montre qu'à court terme, il leur reste bien des informations à l'esprit. Mais il faut reconnaître que ce chiffre ne nous donne aucun renseignement sur la persistance de souvenirs d'affiches à long terme, ni sur l'impact que va avoir l'affichage.

2) Influence du sexe et de l'âge

Dans notre recueil de données de la littérature scientifique nous avons retrouvé que les plus de 50 ans étaient plus susceptibles de lire les affiches en salle d'attente, (13) or notre étude ne va pas en ce sens. L'âge ne semble pas avoir d'influence sur la réception de l'affichage. Pourtant, nous aurions pu penser que les plus jeunes auraient pu se sentir moins concernés par les affiches car c'est une population qui est en bonne santé. De plus c'est une population qui utilise beaucoup les nouvelles technologies et qui aurait pu n'avoir que peu d'intérêt pour l'affichage qui est un vieux médium. Mais il n'en est rien, Les plus jeunes restent attentifs aux affiches en salle d'attente comme les plus âgés et ce constat est une bonne chose car la prévention s'adresse très souvent à eux (prévention IST, contraception, addictologie, ...).

De même pour le sexe, les femmes et les hommes lisent tout autant les affiches et il n'apparaît pas de raison particulière pour que l'on constate une différence entre ces 2 populations. Cela dit, il est à noter que quand on regarde dans le sous-groupe des hommes de 25 à 40 ans, on constate un pourcentage de lecteurs qui est plus bas que dans la

population générale. Malheureusement notre étude manque de puissance sur ce point et nous ne pouvons rien conclure de ce résultat, mais il n'est pas totalement à exclure que cette population que l'on peut qualifier de population masculine de jeunes actifs montre un intérêt moindre pour l'affichage en salle d'attente. Plusieurs raisons pourraient être avancées. Tout d'abord chez ces hommes il peut y avoir une certaine négligence de soins comme ils sont plutôt en bonne santé. De fait, ils ne vont pas beaucoup chez leur médecin généraliste, alors ils peuvent se sentir moins concernés par la prévention et les affiches. Ensuite, cette population pourrait aussi avoir tendance à être « pressée ». Ces hommes viennent souvent consulter le soir après le travail ou entre les heures de travail dans le but d'optimiser leur temps. Cette impatience pourrait être moins propice à diriger leur attention envers les affiches. Enfin l'utilisation du téléphone portable est très répandue dans ce sous-groupe, et cela participe au fait que leur attention soit moindre en salle d'attente. (cf. Influence de l'utilisation du téléphone portable)

Alors faut-il envisager d'autres méthodes pour faire de la prévention auprès des jeunes actifs hommes ? On pourrait en effet renforcer la prévention avec des supports connus plus impactant chez cette catégorie de personnes. Par exemple à travers la télévision, internet ou les réseaux sociaux. On pourrait aussi envisager de nouveaux systèmes de prévention, par exemple directement mis en place sur le lieu de travail. Rappelons enfin que le médecin traitant a aussi un rôle important auprès de ces hommes et qu'il peut profiter de la présence de ces patients plus rares en consultation pour aborder certains sujets, profitant d'un laps de temps où il va capter leur attention.

3) Influence de l'accompagnement

Le fait de venir accompagné en salle d'attente ne modifie pas la réception de l'affichage par les patients. La raison que nous pouvons avancer est que le patient et son accompagnateur ne vont pas forcément discuter pendant l'attente, ou tout du moins pendant toute la durée de l'attente. Premièrement pour des raisons de politesse envers les autres personnes de la salle d'attente, pour ne pas déranger. Deuxièmement, ils n'ont pas spécialement envie de « partager » leurs discussions avec les gens qui les entourent, pouvant trouver d'autres moments plus opportuns pour échanger. Notamment on remarque bien souvent que l'accompagnateur n'est autre que le(la) conjoint(e) et les conversations

peuvent donc se faire à la maison. L'attention du patient ne va donc pas obligatoirement être sollicitée par l'accompagnant restant ainsi disponible pour la réception des affiches.

Le deuxième type d'accompagnement que l'on note dans notre étude se sont les enfants. Encore une fois leur présence ne semble pas diminuer l'attention que leur parent va porter aux affiches. On aurait pourtant pu imaginer le contraire pensant que le patient se consacre à s'occuper de sa progéniture, mais visiblement cela ne les empêche pas de lire les affiches. Après tous, la plupart des enfants même en bas âge savent rester calme dans les lieux publics et ne nécessitent pas une attention de tous les instants de la part de leur parent. Cela dit il faut rappeler que notre étude manque de puissance sur cette question de l'accompagnement par des enfants et qu'il nous est impossible de tirer des conclusions. De plus cette catégorie « enfant(s) » est trop vague, elle englobe autant les bébés que les adolescents. Or nous pouvons supposer que si nos critères avaient été plus précis et notre nombre de patients dans l'étude plus important nous aurions peut-être finalement constaté que le fait de venir accompagné d'enfants en bas âge diminue la réception de l'affichage en salle d'attente pour le parent/patient.

Le manque de puissance de notre étude sur la question de l'accompagnement peut s'expliquer encore une fois avec le coronavirus. Durant la période de recueil des données les patients essayaient pour la plupart de venir seul dans les cabinets médicaux afin de respecter au mieux les règles de limitation de propagation du virus.

4) Influence du stress

Le stress avant une consultation semble assez fréquent chez les patients. Il suffit de voir le nombre de patients qui présentent une hypertension artérielle sur effet « blouse blanche » pour s'en rendre compte. Il est d'ailleurs tout à fait compréhensible d'appréhender le contact avec le monde médical car c'est à chaque fois un moment où le patient pose la question de la réévaluation de sa propre santé et interroge sur le risque de la voir décliner. C'est à ce titre que nous avons sélectionné ce facteur intrinsèque de l'anxiété en salle d'attente sur la réception d'un affichage.

Il semblerait que le stress en salle d'attente ne soit pas un facteur influençant la réception de l'affichage en salle d'attente. Après tout le stress n'empêche pas l'attente et l'on

remarque que celui-ci ne modifie pas le comportement des patients qui restent attentifs aux affiches. On pourrait même imaginer que le patient anxieux puisse même se concentrer un peu plus sur l'affichage dans un soucis de se « changer les idées » en vue de la consultation.

Mais encore une fois le nombre de personnes se déclarant stressées et surtout très stressées n'est pas très important et nos conclusions manquent de puissance. Mais alors comment expliquer cette faible proportion ? Tout d'abord, il faut reconnaître qu'en médecine générale il y a des motifs de consultation bénins et reconnus comme tels par les patients et de fait un grand nombre d'entre eux ne se sentent effectivement pas stressés. Ensuite l'anxiété est une notion très subjective et les patients ressentant un certain stress peuvent le sous-estimer ou ne pas le reconnaître (par exemple, si l'on reparle de l'effet « blouse blanche » il est fréquent de rencontrer des patients présentant une hypertension réactionnelle à la consultation affirmant ne pas être stressé).

Enfin nous pouvons aussi reconnaître quelques petits défauts méthodologiques. Premièrement, nous aurions pu avoir plus d'honnêteté dans les réponses si nous avions posé les questions en fin de consultation et non en fin d'attente. Car il est plus facile de se reconnaître anxieux au moment où l'on ressent l'anxiété qu'à la fin de la consultation quand le diagnostic est posé et que l'on sait que la pathologie est bénigne. Le patient rassuré peut être amené à relativiser le stress ressenti en salle d'attente et nier finalement le stress ressenti. Deuxièmement, il aurait peut-être été judicieux d'utiliser dans le questionnaire l'échelle brève d'évaluation des stressseurs qui offre une plus grande souplesse de réponses. Enfin, pour palier au problème de puissance de cette analyse serait-il plus intéressant de proposer le questionnaire dans une salle d'attente plus anxiogène (salle d'attente des consultations d'oncologie, salle d'attente du chirurgien-dentiste, ...) et cela amènerait-il d'autres conclusions ?

5) Influence de l'humeur

Notre étude n'a pas permis de tirer de conclusion quant à un éventuel lien entre la dépression et le fait de moins lire les affiches en salle d'attente. Le nombre de patients se déclarant tristes a été bien trop faible. Plusieurs raisons peuvent être avancées. Tout d'abord, la dépression est une pathologie à humeur fluctuante où les phases de tristesse

vont plus ou moins survenir dans la journée. De fait, un patient dépressif ne va pas forcément présenter de tristesse précisément en salle d'attente. Ensuite, la majorité des patients présentant ce trouble de l'humeur sont équilibrés par une prise en charge adaptée (plus ou moins thérapeutique) et l'on peut s'attendre à ce que les seules personnes se déclarant tristes soit les patients qui viennent parler pour la première fois de leur dépression et les patients dépressifs au traitement non équilibré (Soit une population assez restreinte en médecine générale).

Même si le nombre de patients dépressifs est faible dans notre population de patients, nous pouvons tout de même noter qu'aucun patient se déclarant triste n'est retrouvé dans le groupe des non lecteurs d'affiches. De fait, nous pouvons être amenés à penser que le fait d'être dépressif n'influence pas la réception de l'affichage en salle d'attente.

Pour répondre à cette question il faudrait revoir la méthodologie. Une étude en salle d'attente des consultations psychiatriques ou chez le psychologue pourrait nous permettre d'obtenir des résultats concluants avec un effectif de patients plus important.

6) Influence de la douleur

Sur cette question de la douleur comme facteur influençant la réception de l'affichage nous pouvons avoir 2 approches différentes. Soit penser que le patient douloureux centré sur sa douleur n'aurait pas été attentif aux affiches qui l'entourent, soit au contraire, penser que le patient douloureux aurait tendance à être plutôt attentif à l'affichage pour se concentrer sur autre chose que la douleur. Au final, notre étude montre que c'est plutôt la deuxième hypothèse qui domine. La douleur ne diminue pas l'attention du patient envers les affiches en salle d'attente. Tout du moins pour les douleurs décrites comme supportables (EVA allant de 1 à 7) que l'on rencontre dans la grande majorité des cas en médecine générale (les douleurs plus intenses sont plus souvent associées à la médecine d'urgence). De fait seule cette douleur « du quotidien » nous intéresse et nous pouvons voir qu'elle ne détourne pas l'intérêt des patients envers la prévention.

En plus de ce phénomène de « détournement » envers la douleur, nous pouvons être amenés à penser que les patients qui souffrent vont avoir tendance à s'intéresser à la prévention justement parce qu'ils sont dans une situation où ils sont directement témoins

leur propre fragilité, ainsi il est possible qu'ils soient plus sensibles aux messages préventifs délivrés par les affiches pour éviter toute dégradation de leur état de santé.

7) Influence de la relation médecin-malade

C'est une des faiblesses de notre étude, nous n'avons pas réussi à étudier l'influence de la relation médecin-malade dans la réception de l'affichage en salle d'attente à cause d'un problème de méthode et nous pouvons retrouver plusieurs raisons. La première est plutôt positive, c'est que les patients aiment leur médecin, 92% d'entre eux en ont une bonne image et 48% une très bonne. (35) Donc le risque de tomber sur un patient déclarant une mauvaise relation médecin-malade est faible. Ajouté à cela le fait que quand on a une mauvaise relation médecin-malade avec son généraliste, on en change, il était à prévoir un taux de patients satisfaits très important pour notre étude. La deuxième raison que nous pouvons avancer c'est un problème de sincérité, malgré l'anonymat du questionnaire, il y a certainement des patients qui se sont un peu censurés au sujet de leur ressenti réel dans la relation médecin-malade, par crainte que leur médecin traitant vienne à savoir qu'ils n'en sont pas forcément très satisfaits.

Il apparaît que sur cette question il est difficile d'obtenir des réponses car il faudrait interroger des personnes insatisfaites de leur médecin et leur demander s'ils lisent tout de même les affiches de la salle d'attente. Or quand on n'est pas satisfait de son médecin traitant, on va en voir un autre. De fait le recueil de données auprès des personnes insatisfaites avec cette méthode de questionnaire semble impossible du fait qu'elles ne se présentent probablement plus au cabinet.

8) Influence de l'utilisation du téléphone portable

L'utilisation du téléphone portable est un facteur qui diminue la réception de l'affichage en salle d'attente. Plus précisément, son utilisation prolongée qui détourne l'attention du patient qui ne sera alors plus enclin à s'intéresser aux affiches qui l'entourent. D'autant plus que l'on peut suspecter une sous-estimation de la déclaration sur l'utilisation

de cet objet en salle d'attente car il y a comme une certaine honte de la part d'une partie des sujets à avouer son usage. Certains d'entre eux nous l'ont d'ailleurs exprimé à la lecture du questionnaire. Peut-être, peut-on expliquer cette attitude par le fait que sortir son téléphone portable dans les lieux publics soit vu comme une impolitesse par certaines personnes (notamment dans train) ou par le fait qu'il soit même interdit dans certains espaces comme les hôpitaux.

Cela étant dit nous pouvons relativiser cette sous-estimation par un autre facteur qui aurait tendance à surestimer l'usage du téléphone portable : c'est l'absence de distraction en salle d'attente due au coronavirus (absence de magazines notamment) qui a fait que les patients ont utilisé de façon plus importante leur téléphone portable afin de s'occuper. Cela a donc augmenté la sensibilité de notre étude montrant que plus ils se servaient de leur téléphone et plus ils se sont détournés de l'affichage en salle d'attente.

Nous avons calculé l'âge moyen des patients dans 4 groupes constitués à partir des items sur l'utilisation du téléphone portable. Nos résultats montrent une moyenne d'âge de 60,35 ans pour ceux qui n'ont pas utilisé le téléphone portable, 49,65 ans pour ceux qui l'ont utilisé moins d'une minute, 39,96 ans pour ceux qui l'ont beaucoup utilisé et 36,3 ans pour ceux qui ont utilisé leur téléphone tout au long de l'attente. On voit bien que ce sont les plus jeunes qui utilisent plus le téléphone portable en salle d'attente. De fait nous pouvons être amenés à renforcer notre idée selon laquelle l'âge en soit n'est pas un facteur qui va favoriser le désintérêt des patients envers les affiches. Le facteur qui va détourner l'intérêt de certains jeunes patients des affiches c'est leur utilisation prolongée du téléphone portable.

La question qui se pose à nous désormais à la vue de ses résultats c'est : Que doit-on faire pour limiter l'utilisation du téléphone portable en salle d'attente ?

Nous pourrions penser que les utilisateurs du téléphone portable pourraient être sensibles à d'autres médiums interactifs en salle d'attente. Le développement d'affiche numériques et vidéos, plus attractives, pourrait être une solution. Le médecin traitant serait amené plus facilement à renouveler le contenu diffusé en salle d'attente et cela pallierait à la lassitude que peuvent ressentir les patients qui connaissent bien les affiches non renouvelées du cabinet. Dans le même registre nous pourrions imaginer l'émergence de bornes interactives sur lesquelles les patients pourraient se pencher et sélectionner les différents sujets de prévention qui les concernent pour obtenir diverses informations importantes. Si l'attractivité pour le patient s'en trouve grandement améliorée, la limite de ce

genre de système serait très certainement le coût car le gros avantage des affiches c'est que c'est un vecteur d'information qui ne coûte presque rien.

Peut-être pouvons-nous imaginer un autre support qui ne soit pas dans la salle d'attente elle-même mais directement sur le téléphone portable ? Au travers d'une application par exemple que le médecin recommanderait d'ouvrir en salle d'attente afin de se documenter avant la consultation. Une application de partage de documents et d'informations entre le médecin qui pourrait être libre de délivrer du contenu et le patient qui pourrait ainsi aller le consulter. Ou ce système pourrait aussi fonctionner avec des QR codes, ce qui pourrait simplifier la démarche. Le patient n'aurait plus qu'à flasher ce code en salle d'attente pour accéder au contenu que le médecin aurait décidé de lui transmettre.

Une autre piste de résolution de ce problème serait de ne pas autoriser le téléphone portable en salle d'attente. Mais cette solution ne nous semble pas être satisfaisante, par son côté liberticide tout d'abord et parce que le téléphone portable est devenu un objet indispensable du quotidien dans notre société. Il est préférable d'imaginer des solutions pour demain en s'adaptant à cette évolution plutôt que d'essayer de nier son omniprésence actuelle et future dans les salles d'attente en essayant de l'interdire. De plus cette étude montre que ce n'est pas cet objet en lui-même qui pose problème pour la prévention médicale mais son utilisation prolongée, l'utilisation brève ne pose pas de problème.

B) Forces de l'étude

Une des forces de cette étude est son originalité. En parcourant la littérature scientifique concernant l'affichage en salle d'attente, nous avons remarqué que ce qui était le plus étudié était l'impact d'une campagne d'affichage sur un sujet précis. Quand une étude porte sur l'affichage au sens large elle étudie surtout des facteurs extrinsèques (design de l'affiche, nombre d'affiches, disposition de la salle d'attente, ...) pour en mesurer la réception sur le patient. À notre connaissance cette étude est la première à s'intéresser à des facteurs propres aux patients et à rechercher s'ils vont modifier leur comportement vis-à-vis des affiches. De plus dans cette thèse nous nous intéressons à 8 facteurs, ce qui est un nombre élevé.

Une autre force de cette étude est la simplicité et la clarté de son protocole qui amène une bonne compréhension et un investissement minime des participants, permettant ainsi d'obtenir des résultats proches de la réalité. Cela est renforcé par le fait que les questionnaires soient anonymes. De plus, sa mise en place pratique et peu coûteuse permet une reproductibilité de l'expérience.

C) Faiblesses de l'étude

La principale faiblesse de cette étude est sa puissance pour l'évaluation de certains facteurs. Notamment le nombre de sujets dans le sous-groupe des hommes de 26 à 40 ans n'est pas assez important pour tirer de conclusion avec nos analyses statistiques sur le fait qu'ils soient moins réceptifs aux affiches, ce qui est très probable. De même le problème de puissance s'est vraiment présenté dans l'étude de la réception des affiches en fonction de l'humeur.

En réalisant l'étude nous nous sommes rendu compte que la méthodologie n'était pas non plus très appropriée pour l'étude de la relation médecin-malade comme facteur influençant la réception d'un affichage. De la manière dont nous avons mené le recueil de données, il était prévisible que l'ensemble des patients se disent satisfaits de leur médecin traitant. Nous n'avons donc pas pu avoir de personnes insatisfaites et analyser leur attention vis-à-vis des affiches.

Une donnée inattendue est aussi venue biaiser un peu nos résultats, c'est la crise sanitaire liée au COVID 19. Cette crise a profondément et durablement changé le comportement des patients. Les patients ont certainement été plus attentifs à la prévention durant cette période, ce qui peut expliquer le pourcentage important de lecteurs en salle d'attente. De plus, l'absence de distraction que représentent les magazines ont permis aux patients de focaliser plus leur attention sur ce qui les entourait en salle d'attente. De fait notre étude surévalue très certainement le nombre de lecteurs d'affiches réels habituel en salle d'attente. Il est à noter aussi que les patients ne sont pas venus accompagnés au cours de cette période pour éviter la propagation du virus, augmentant ainsi le nombre de personnes seules et une baisse de puissance pour évaluer l'accompagnement comme facteur influençant la réception des affiches en salle d'attente.

Enfin, cette étude a été réalisée sur des affiches bien connues des patients. Le renouvellement de celles-ci n'avait pas été réalisé avant le recueil des données. De fait, l'intérêt de base des patients pour l'affichage peut être plus faible par habitude, par lassitude, de ces affiches qu'ils ne lisent plus. On se retrouve alors avec un groupe de patients non-lecteurs plus important qu'en réalité.

V) Conclusion

L'affichage en salle d'attente plébiscité par de nombreux médecins généralistes est un outil utile pour faire passer des messages dans la population des malades. Une très grande proportion de patients lit les affiches en salle d'attente. Ce qui risque essentiellement de les détourner de cette lecture à caractère informatif et éducatif c'est l'utilisation prolongée du téléphone portable qui distrait de façon évidente et importante leur attention et diminue la réception puis l'impact du message délivré au plus grand nombre d'entre eux. Il peut donc être nécessaire de travailler sur de nouveaux supports (multimédias ?) pour atteindre la patientèle beaucoup plus connectée de notre époque. Nous pouvons ressortir de notre étude d'autres conclusions intéressantes. Notamment le fait que les patients présentant des douleurs ne semblent pas être moins attentifs aux affiches, tout comme les patients stressés ou les patients accompagnés. De même, il semblerait que les affiches touchent autant les hommes que les femmes et ce quel que soit leur âge (mais un doute subsiste chez les jeunes hommes actifs qui sont peut-être moins sensibles). Enfin, pour des soucis de méthodologie nous n'avons pas pu conclure quant au rôle de l'humeur ou de la relation médecin-malade dans la réception de l'affichage.

Bibliographie

1. Breuil-Grenier P. (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)), Goffette C. (École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE)). La durée des séances des médecins généralistes. Études et résultats. [en ligne] N°481, avril 2006 [consulté le 05/03/2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
2. Ruaud F. La salle d'attente idéale des médecins généralistes, d'après une étude nationale [Thèse d'exercice]. Université de Clermont-Ferrand 1. Faculté de médecine ; 2001.
3. Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé. 2007/02 ; 25(2):43-66.
4. Bosman L. La salle d'attente : Lieu de vie culturelle et d'échanges ? [Thèse d'exercice]. Université de Tours. Faculté de médecine ; 2018.
5. Stefani F. (Conseil national de l'Ordre des médecins). Informations dans la salle d'attente du médecin. [en ligne] Rapport adopté lors de la session des 5 et 6 octobre 2000 [consulté le 08/06/2020] Disponible sur : https://www.mgfrance.org/images/local-professionnel/salle-attente/doc_infosalledattente.pdf
6. Amstutz C., Arnold M., Bersier M., et al(CQB). La salle d'attente idéale existe-t-elle ? Rev Med Suisse. 2016 ; 12:2084-6.
7. Playon P. Contribution de la salle d'attente des médecins généralistes à l'éducation pour la santé. [Thèse d'exercice]. Université François-Rabelais de Tours. Faculté de médecine ; 1990.
8. Coiffier A. Représentations et enjeux de la salle d'attente : Points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative. [Thèse d'exercice]. Université Henry Poincaré, Nancy 1. Faculté de médecine ; 2010.

9. Gignon M., Idris H., Manouil C., Garny O. The waiting room : vector for health education? The general practitioner's part of view. BMC Res Notes. 2012 ; 5:511-517.
10. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale : Enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois. [Thèse d'exercice]. Université Sophia Antipolis de Nice. Faculté de médecine ; 2017.
11. Wicke DM., Lorge RE., Coppin RJ., Jones KP. The effectiveness of waiting room notice boards as a vehicle for health education. Fam Pract. 1994 ; 11(3):292-295.
12. Michelet T. Pertinence des informations médicales dans la salle d'attente du médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Université de Saint-Etienne. Faculté de médecine Jacques Lisfranc ; 2017.
13. Ward K., Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in the waiting room : A study in one general practice. Br J Gen Pract. 1994 ; 44(389):583-585.
14. Thibaut Marquant M-L. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : Une étude qualitative sur le ressenti des patients. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen. Faculté de médecine ; 2018.
15. Montazeri A., Sajadian A. Do women read poster displays on breast cancer in waiting rooms ? J Public Health Oxf Engl. Décembre 2004 ; 26(4):355-8.
16. Jelidi N. Evaluation de l'anxiété induite par les affiches de prévention exposées en salle d'attente au sein d'un cabinet de médecine générale situé à Argentan. Etude quantitative descriptive observationnelle via un auto-questionnaire. [Thèse d'exercice]. Université de Caen – Normandie. Faculté de médecine ; 2019.
17. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Thèse d'exercice]. Université de Saint-Etienne. Faculté de médecine ; 2013
18. Blamey A., Mutrie N., Aitchison T. Health promotion by encouraged use of stairs. BMJ. 1995 ; 311(7000):289-290.

19. Ashe D., Patrick PA., Stempel MM., Shi Q., Brand DA. Educational posters to reduce antibiotic use. *J Pediatr Health Care*. Mai-Juin 2006 ; 20(3):192-197.
20. Pless IB., Hagel B., Patel H., Leduc D., Magdalinos H. Preventing product-related injuries: a randomized controlled trial of poster alerts. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. Août 2007 ; 98(4):271-5.
21. Willefert A. La promotion de la vaccination antigrippale dans les salles d'attente de médecine générale par l'affiche et la brochure. Essai clinique randomisé. [Thèse d'exercice]. Université Lille 2 Droit et Santé. Faculté de médecine ; 2016
22. Yvonne Chan Y-F., Nagurka R., Richardson LD., Zaets SB., Brimacombe MB., Levine SR. Effectiveness of stroke education in the emergency department waiting room. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc*. Mai 2010 ; 19(3):209-15.
23. Gonzales R., Sauaia A., Corbett KK., Maselli JH., Erbacher K., Leeman-Castillo BA., et al. Antibiotic treatment of acute respiratory tract infections in the elderly : effect of a multidimensional educational intervention. *J Am Geriatr Soc*. Janvier 2004 ; 52(1):39-45.
24. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : Efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. Étude observationnelle. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard - Lyon I. Faculté de médecine Lyon Est ; 2015.
25. Dupuis A-C., Mouterde Lefebvre H. Création et évaluation d'une nouvelle modalité éducative en soins primaires : la campagne éducative monothématique multivectorielle en salle d'attente. [Thèse d'exercice]. Université de Rouen. Faculté de médecine ; 2010.
26. Garçon J., Fillaut T., Mansotte F., Mauger M. Quand la santé publique s'affiche. École nationale de la santé publique. Rennes : Editions ENSP. 1995.
27. Fernandez J. Influence de l'affiche utilisée en salle d'attente sur la participation à une campagne de dépistage cible du mélanome. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Faculté de médecine ; 2014.

28. Plisson L. Etude de la gestion de l'accueil et de la salle d'attente dans dix cabinets de médecine générale du Cher. [Thèse d'exercice]. Université François Rabelais de Tours. Faculté de médecine ; 1999.
29. Williams M., Bethea J. Patient awareness of oral cancer health advice in a dental access centre : a mixed methods study. BDJ. Mars 2011 ; 210(6):E9.
30. simplifyadmin. Salle d'attente 2.0 : un outil de communication avec ses patients. Simplify. [En ligne]. 28 avril 2016. [Consulté le 19/06/2020]. Disponibilité sur internet : <https://www.simplify.fr/salle-dattente-2-0-un-outil-de-communication-avec-ses-patients>
31. Christophe N. Retentissement de l'attente dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients : enquête dans l'arrondissement de Cholet. [Thèse d'exercice]. Université d'Angers. Faculté de médecine ; 2015.
32. Métois C. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : Etude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Faculté de médecine ; 2013.
33. Cungi C., Bouhana S., Degoul G., Bibollet D. Deux échelles brèves d'auto-évaluation des stressseurs et du stress. [En ligne]. 1997. [Consulté le 30/11/2020]. Disponibilité sur internet : <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/fileadmin/Restreint/Stresseurs Stress echelle Validation.pdf>
34. HAS, DAQSS, EVOQSS. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. [En ligne]. 26 mai 2020. [Consulté le 01/12/2020]. Disponibilité sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf
35. Hervé E. Les français aiment leur généraliste mais les trouvent cupides. [En ligne]. 5 février 2020. [Consulté le 22/05/2021]. Disponibilité sur internet : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-francais-aiment-leur-generaliste-mais-les-trouvent-cupides>

Annexe – 1 (questionnaire)

Ce questionnaire a été réalisé par le médecin remplaçant de votre cabinet médical (Mr Jonathan Robert), afin de réaliser une étude sur vos préoccupations avant la consultation médicale.

Ce questionnaire est totalement anonyme et les informations que vous préciserez seront uniquement utilisées dans le cadre de cette étude.

Il vous est demandé la plus grande honnêteté pour répondre à ces questions.

Ce travail est réalisé dans le cadre de la thèse d'exercice de Mr Robert pour obtenir le titre de Docteur en médecine et pour perfectionner les objets de prévention dans le cadre de la mission des médecins généralistes en matière de santé publique.

Merci à vous.

1) Quel âge avez-vous ?

2) Vous êtes : une femme
 un homme

3) Avant cette consultation, vous avez attendu en salle d'attente :

Entre 0 et 5 min entre 6 et 15 min entre 16 et 30 min plus de 30 minutes

4) En salle d'attente, vous êtes venu(e) :

Seul(e)
accompagné(e) d'une personne
accompagné(e) de plus d'une personne

5) Si vous êtes venu(e) accompagné(e) merci de mentionner qui sont ces accompagnants ? (exemple : mon mari, ma femme, un ami, mes 2 enfants, un proche, une aide de vie ...)

.....

6) Évaluez votre niveau stress avant la consultation :

J'étais serein(e)
Ni serein(e), ni stressé(e)
Un peu stressé(e)
Très stressé(e)

1) Évaluez votre moral avant la consultation :

J'étais de bonne humeur
Ni bonne humeur, ni triste
J'étais triste
J'étais très triste

2) Si vous veniez en consultation avec une ou des douleurs, dans la salle d'attente :

Vous n'aviez pas mal
Vous aviez un peu mal
Vous aviez mal, mais supportable
Vous aviez mal et insupportable

3) Que diriez-vous de la relation que vous avez avec votre médecin traitant habituel ?

Elle est très satisfaisante
Elle est satisfaisante
Sans avis
Elle est mauvaise
Elle est très mauvaise

4) Avez-vous utilisé votre téléphone portable en salle d'attente avant la consultation ?

Non
Oui. Je l'ai utilisé moins d'une minute
Oui. Je l'ai beaucoup utilisé pendant le temps d'attente
Oui. Je l'ai utilisé tout le temps d'attente

5) Avez-vous lu les affiches de la salle d'attente avant cette consultation ?

Non
Oui

6) Sans retourner dans la salle d'attente. Êtes-vous capable de vous souvenir des affiches que vous avez regardé en salle d'attente ?

Non
Oui, au moins 1 affiche
Oui, au moins 2 affiches
Oui, au moins 3 affiches

(Si vous avez déjà rempli ce questionnaire, merci de ne pas le remplir à nouveau)

Annexe – 2 (statistiques)

1) Comparaison de répartition des sexes entre les 2 groupes

	Lecteur	Non lecteur
Hommes	78 (39,2%)	30 (46,9%)
Femmes	121 (60,8%)	34 (53,1%)

En utilisant le test du Khi-2 (Site Biostatgv)

Résultats du test

- Méthode : Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
- Statistique observée Qobs : 0.88393670746017
- p-value : 0.34712570928881
- Paramètre du test : 1
- Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	Y1	Y2
X1	81.719	26.281
X2	117.281	37.719

La valeur p (p-value) de votre test est 0.34712570928881.

Différence non significative entre ces 2 répartitions car $p > 0,05$

Validité du test : tous $c_{ij} > 5$

Conclusion : Les hommes et les femmes ont tendance à lire tout autant les affiches en salle d'attente

2) Comparaison de l'âge moyen entre les 2 groupes

Groupe	Effectif	Moyenne d'âge (années)	Variance estimée
Lecteur	199	53,86	342,74
Non lecteur	64	52,60	368,96

En utilisant la loi normale (table de z)

$$z = \frac{53,86 - 52,6}{\sqrt{\frac{342,74}{199} + \frac{368,96}{64}}} = 0,46$$

$z < 1,96$; Différence non significative entre ces 2 moyennes pour un risque de 5%

$$p = 0,64$$

Validité du test : Effectif lecteur > 30
Effectif non lecteur > 30

Conclusion : L'âge ne semble pas être un facteur influençant le fait de lire ou non l'affichage en salle d'attente.

3) Comparaison du pourcentage de patients lecteurs dans chaque groupe d'âge et dans chaque sous-groupe âge/sexes par rapport au pourcentage théorique de patients lecteurs dans notre population

Po est le pourcentage de lecteurs dans un groupe ou sous-groupe. Dans notre population de patients 76,55% des patients sont lecteurs. On détermine le nombre n de patient dans le groupe ou sous-groupe.

En utilisant la loi normale (table de z)

$$Z = \frac{Po - 0,7655}{\sqrt{0,7655 * 0,2345 / n}}$$

|z| nous permettant de retrouver p

	Po	n	z	p
[18 ; 25 ans] mixte	0,7083	24	0,661	p= 0,51
[26 ; 40 ans] mixte	0,7636	55	0,033	p= 0,97
[41 ; 60 ans] mixte	0,6892	74	1,549	p= 0,12
[+60 ans] mixte	0,8091	110	1,079	p= 0,28
[18 ; 25 ans] hommes	0,7273	11	Conditions de validité du test non remplies	
[26 ; 40 ans] hommes	0,6190	21	Conditions de validité du test non remplies	
[41 ; 60 ans] hommes	0,7097	31	0,733	p= 0,46
[+60 ans] hommes	0,7778	45	0,195	p= 0,85
[18 ; 25 ans] femmes	0,6923	13	Conditions de validité du test non remplies	
[26 ; 40 ans] femmes	0,8529	34	1,203	p= 0,23
[41 ; 60 ans] femmes	0,6744	43	1,410	p= 0,16
[+60] femmes	0,8308	65	1,243	p= 0,21

Validité du test : $0,7655n \geq 5$ et $0,2345n \geq 5$

Conclusion : Différence non significative entre ces pourcentages et le pourcentage théorique car tous $p > 0,05$

4) Comparaison de répartition de l'accompagnement entre les 2 groupes

	Lecteur	Non lecteur
Seul(e)	159 (79,9%)	48 (75%)
Accompagné(e)	40 (20,1%)	16 (25%)

En utilisant le test du Khi-2 (Site Biostatgv)

Résultats du test

- Méthode : Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction
- Statistique observée Qobs : 0.43209256680389
- p-value : 0.51096393998228
- Paramètre du test : 1
- Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	Y1	Y2
X1	156.627	50.373
X2	42.373	13.627

La valeur p (p-value) de votre test est 0.51096393998228.

Différence non significative entre ces 2 répartitions car $p > 0,05$

Validité du test : tous $c_{ij} > 5$

Conclusion : L'accompagnement ne semble pas être un facteur influençant le fait de lire ou non l'affichage en salle d'attente.

Si on tente une analyse plus fine ;

	Lecteur	Non lecteur
Seul(e)	159 (79,9%)	48 (75%)
Accompagné(e) d'une personne	37 (16,6%)	12 (18,75%)
Accompagné(e) de plus d'une personne	3 (3,5%)	4 (6,25%) ; $c_{ij} = 1,70$

On ne peut pas utiliser le test du Khi-2 car les conditions de validité ne sont pas remplies

5) Comparaison de répartition du stress entre les 2 groupes

	Lecteur	Non lecteur
Serein(e)	145 (72,9%)	47 (73,4%)
Ni serein(e) / ni stressé(e)	31 (15,6%)	11 (17,2%)
Un peu stressé(e)	20 (10%)	6 (9,4%)
Très stressé(e)	3 (1,5%) ; $c_{ij} = 2,27$	0 ; $c_{ij} = 0,73$

On ne peut pas utiliser le test du Khi-2 car les conditions de validité ne sont pas remplies. Nous allons regrouper les patients un peu stressés et très stressés dans un seul groupe.

	Lecteur	Non lecteur
Serein(e)	145 (72,9%)	47 (73,4%)
Ni serein(e) / ni stressé(e)	31 (15,6%)	11 (17,2%)
Stress	23 (11,5%)	6 (9,4%)

En utilisant le test du Khi-2 (Site Biostatgv)

Résultats du test

- Méthode : Pearson's Chi-squared test
- Statistique observée Qobs : 0.28999026096655
- p-value : 0.86502650536152
- Paramètre du test : 2
- Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	Y1	Y2	Y3
X1	145.278	31.779	21.943
X2	46.722	10.221	7.057

La valeur p (p-value) de votre test est 0.86502650536152.

Différence non significative entre ces 2 répartitions car $p > 0,05$

Validité du test : tous $c_{ij} > 5$

Conclusion : Le stress généré avant la consultation ne semble pas être un facteur influençant le fait de lire ou non l'affichage en salle d'attente.

6) Comparaison du « stress moyen » entre les 2 groupes

Groupe	Effectif	« Stress moyen »	Variance estimée
Lecteur	199	$\frac{145 \times 1 + 31 \times 2 + 20 \times 3 + 3 \times 5}{199} = 1,417$	0,625
Non lecteur	64	$\frac{47 \times 1 + 11 \times 2 + 6 \times 3}{64} = 1,359$	0,418

En utilisant la loi normale (table de z)

$$z = \frac{1,417 - 1,359}{\sqrt{0,625/199 + 0,418/64}} = 0,59$$

$z < 1,96$; Différence non significative entre ces 2 moyennes pour un risque de 5%

$p = 0,55$

Validité du test : Effectif lecteur > 30

Effectif non lecteur > 30

Conclusion : Le stress ne semble pas être un facteur influençant le fait de lire ou non l'affichage en salle d'attente.

7) Comparaison de répartition de la douleur entre les 2 groupes

	Lecteur	Non lecteur
Pas mal	123 (61,81%)	35 (54,69%)
Un peu mal	40 (20,1%)	19 (29,69%)
Mal mais supportable	34 (17,09 %)	10 (15,62)
Mal et insupportable	2 (1%) ; $c_{ij} = 1,51$	0 ; $c_{ij} = 0,49$

On ne peut pas utiliser le test du Khi-2 car les conditions de validité ne sont pas remplies. Nous allons regrouper les patients aux douleurs supportables et insupportables dans un seul groupe.

	Lecteur	Non lecteur
Pas mal	123 (61,81%)	35 (54,69%)
Un peu mal	40 (20,1%)	19 (29,69%)
Douloureux	36 (18,09%)	10 (15,62%)

En utilisant le test du Khi-2 (Site Biostatgv)

Résultats du test

- Méthode : Pearson's Chi-squared test
- Statistique observée Qobs : 2.561127675116
- p-value : 0.27788057676817
- Paramètre du test : 2
- Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	Y1	Y2	Y3
X1	119.551	44.643	34.806
X2	38.449	14.357	11.194

La valeur p (p-value) de votre test est 0.27788057676817.

Différence non significative entre ces 2 répartitions car $p > 0,05$

Validité du test : tous cij > 5

Conclusion : La douleur ne semble pas être un facteur influençant le fait de lire ou non l'affichage en salle d'attente.

8) Comparaison de la « douleur moyenne en EVA+1 » entre les 2 groupes

Groupe	Effectif	« Douleur moyenne en EVA + 1 »	Variance estimée
Lecteur	199	$\frac{123 \times 1 + 40 \times 3 + 34 \times 6,5 + 2 \times 10}{199} = 2,432$	4,73
Non lecteur	64	$\frac{35 \times 1 + 19 \times 3 + 10 \times 6,5}{64} = 2,453$	3,80

En utilisant la loi normale (table de z)

$$z = \frac{2,453 - 2,432}{\sqrt{3,80/64 + 4,73/199}} = 0,073$$

$z < 1,96$; Différence non significative entre ces 2 moyennes pour un risque de 5%

$p = 0,94$

Validité du test : Effectif lecteur > 30
Effectif non lecteur > 30

Conclusion : La douleur n'est pas un facteur influençant la lecture ou non de l'affichage en salle d'attente.

9) Comparaison de répartition de l'utilisation du téléphone portable en salle d'attente entre les 2 groupes

	Lecteur	Non lecteur
Non	121 (60,8%)	31 (48,44%)
Moins d'une minute	41 (20,6%)	11 (17,19%)
Beaucoup	30 (15,07%)	14 (21,87%)
Tout le temps d'attente	7 (3,53%)	8 (12,5%) ; cij = 3,95

On ne peut pas utiliser le test du Khi-2 car les conditions de validité ne sont pas remplies. Nous allons regrouper les patients ayant beaucoup utilisé leur téléphone portable avec les patients ayant utilisé leur téléphone durant tout le temps d'attente dans un seul groupe.

	Lecteur	Non lecteur
Non	121 (60,8%)	31 (48,44%)
Moins d'une minute	41 (20,6%)	11 (17,19%)
Utilisation prolongée	37 (18,6%)	22 (34,37%)

En utilisant le test du Khi-2 (Site Biostatgv)

Résultats du test

- Méthode : Pearson's Chi-squared test
- Statistique observée Qobs : 7.4792711458128
- p-value : 0.023762761347618
- Paramètre du test : 2
- Tableau des effectifs attendus sous H0 :

	Y1	Y2	Y3
X1	111.967	23.572	43.461
X2	40.033	8.428	15.539

La valeur p (p-value) de votre test est 0.023762761347618.

$p < 0,05$; Différence significative entre ces 2 répartitions au risque 5%

Validité du test : tous cij > 5

Conclusion : L'utilisation du téléphone portable en salle d'attente détourne l'attention du patient et diminue la réception de l'affichage.

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

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

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

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

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : ROBERT JONATHAN

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : ETUDE DE FACTEURS INTRINSEQUES
AU PATIENT SUR LA RECEPTION D'UN AFFICHAGE EN SALLE D'ATTENTE**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

L'affichage en salle d'attente est un outil très pratique qui permet au médecin généraliste de communiquer avec les patients. Par cet intermédiaire, il peut ainsi leurs délivrer des messages à caractères informatifs, éducatifs ou préventifs. L'affiche doit être bien visible pour que les patients s'y intéressent et la lisent (c'est la réception de l'affichage) afin d'acquérir l'information apportée par celle-ci. Cette thèse a pour but d'identifier des facteurs propres aux patients (facteurs intrinsèques) qui pourraient les rendre moins attentifs ou réceptifs aux affiches en salle d'attente. Pour cela nous avons réalisé une étude quantitative observationnelle dont le recueil de données a été réalisé au sein de 2 cabinets médicaux auprès de 263 sujets adultes. Le pourcentage de patients lecteurs s'élève à 75,66%. Nous avons pu constater que l'utilisation prolongée du téléphone portable lors de l'attente diminue l'intérêt que peuvent porter les patients à l'affichage et donc peut entraver le travail de prévention réalisé par le médecin généraliste au travers des affiches. En revanche, les patients ne sont pas moins réceptifs aux affiches qu'ils soient une femme ou un homme et ce quel que soit leur âge. Cela dit nous pouvons avoir une forte suspicion que les hommes âgés de 26 à 40 ans s'y intéressent moins. L'accompagnement, le stress ou la douleur n'ont pas d'influence sur l'attention des patients envers les affiches. Enfin, pour des soucis de méthodologie nous n'avons pas pu conclure quant au rôle de l'humeur ou de la relation médecin-malade dans la réception de l'affichage.

MOTS-CLÉS : Affichage ; Réception ; Salle d'attente ; Téléphone portable

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : STUDY OF PATIENT INTRINSIC
FACTORS ON THE RECEPTION OF THE WAITING ROOM POSTERS**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The waiting room display is a very practical tool that allows the general practitioner to communicate with patients. Through this intermediary, messages of an informative, educational or preventive nature can be delivered to them. The poster must be clearly visible for patients to take an interest in and read it (this is the reception of the poster) in order to acquire the information provided by it. This thesis aims to identify patient-specific factors (intrinsic factors) that could make them less attentive or receptive to waiting room posters. To do this, we carried out a quantitative observational study in which data was collected in 2 medical practices from 263 adult subjects. The percentage of patient readers is 75.66%. We have seen that prolonged cell phone use while waiting decreases the interest that patients may have in displays and therefore can hinder the prevention work carried out by the general practitioner through posters. Moreover, neither patient gender nor age had an impact on their receptiveness to posters. Having said that, we have a strong suspicion that men between the ages of 26 and 40 show less interested in them. Accompaniment, stress or pain do not influence patient's attention to posters. Finally, due to methodological concerns we were unable to conclude the role of mood or doctor-patient relationship in the reception of the display.

KEY WORDS : Posters ; Reception ; Waiting room ; Cell phone