



HAL
open science

Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente : identification des attentes des patients et des médecins après expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine : études qualitatives par entretiens semi-dirigés

Laurène Grosdidier, Charlotte Hermal

► To cite this version:

Laurène Grosdidier, Charlotte Hermal. Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente : identification des attentes des patients et des médecins après expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine : études qualitatives par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297506

HAL Id: hal-03297506

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297506>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale par

Laurène GROSDIDIER
et
Charlotte HERMAL

le 4 décembre 2018

**Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente :
identification des attentes des patients et des médecins après
expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine.**
Études qualitatives par entretiens semi-dirigés

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Francis GUILLEMIN
M. le Professeur François PAILLE
M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO
Mme le Docteur Christine LEFEBVRE
M. le Docteur Jean-Daniel GRADELER

Président
Juge
Juge
Juge et Directeur
Juge et Directeur



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : /

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
- Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND -

Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET- Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

3^e sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER - Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY - Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^e sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL - Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT - Docteur Julien BROSEUS - Docteure Maud D'AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicola SETTEMBRE (stagiaire)

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX - Docteur Anthony LOPEZ

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^e sous-section : (*Chirurgie générale*)

Docteur Cyril PERRENOT

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

**54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie
médicale*)**

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

**5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale*)**

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS -
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY



DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Santé Publique,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissantes de l'intérêt porté à notre travail.

Votre disponibilité et vos conseils nous ont été très précieux.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOS MAÎTRES ET JUGES

Monsieur le Professeur François PAILLE,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Thérapeutique et d'Addictologie,

Vous avez accepté volontiers de participer à notre jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,

Professeur de Médecine Générale,

Directeur du Département de Médecine Générale,

A vous qui nous avez enseigné avec passion et bonne humeur notre métier de médecin généraliste.

Votre participation à notre jury de thèse est pour nous un honneur.

Soyez remercié pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

À NOS DIRECTEURS DE THÈSE ET JUGES

Madame le Docteur Christine LEFEBVRE,

Monsieur le Docteur Jean-Daniel GRADELER,

Médecins Généralistes à Saint-Privat-la-Montagne (57),

Vous nous avez fait partager vos pratiques et vos visions de la médecine générale en nous accueillant dans votre cabinet.

Vous nous avez également fait confiance en nous confiant ce travail de thèse.

Vous avez été à nos côtés tout au long de ce projet.

Votre disponibilité, votre soutien et vos conseils nous ont été indispensables.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

REMERCIEMENTS COMMUNS

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des médecins qui ont accepté de participer à notre étude.

Sans vous, notre travail n'aurait pas été possible.

Merci de nous avoir consacré un peu de votre temps, que l'on sait précieux.

Merci à ceux qui ont rangé cette « pièce-où-personne-ne-va-jamais » pour que les entretiens patients puissent avoir lieu !

Merci à tous vos patients qui se sont prêtés au jeu des entretiens avec le même enthousiasme que vous.

Nous avons également une pensée au Dr Antoine.

En souvenir de votre implication dans notre formation d'internes en médecine générale et de l'intérêt immédiat témoigné à notre travail de thèse.

REMERCIEMENTS de Laurène Grosdidier

A Charlotte,

Merci d'avoir partagé ce projet avec moi. Merci pour ta motivation, tes encouragements, ta disponibilité sans lesquels cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Je ne saurai compter ces nombreux échanges à toutes heures du jour et de la nuit. Notre collaboration restera un excellent souvenir pour moi, dépassant même le cadre du projet. Je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille. Et j'espère que vous pourrez rapidement vous installer là-haut dans les montagnes.

A mes parents,

Vous qui m'avez transmis de belles valeurs. Merci de m'avoir permis de réaliser ces études, de m'avoir soutenue et encouragée durant toutes ces années. Merci d'être là. J'espère vous rendre fiers.

A Mathieu,

Merci pour ta patience et ton soutien sans faille durant toutes ces années. J'ai hâte de devenir ta femme et de réaliser tous nos beaux projets. Je t'aime.

A mon frère Clément,

Merci pour ton soutien au fil des années. Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite pour la suite. Bon voyage au pays des kangourous... mais n'oublie pas de rentrer !

A ma famille,

Merci pour vos soutiens et les bons moments passés ensemble.

A mes beaux-parents et belles-sœurs,

Merci pour votre accueil et votre bienveillance. Merci pour votre relecture.

Marine une belle année de préparatifs se profile devant nous, je suis contente de pouvoir partager tout ça avec toi. Elise, courage pour ces prochaines années. Le jeu en vaut la chandelle.

A Cindy,

Ton amitié m'est si précieuse, il nous reste de belles aventures à partager. Vivement le mois de mai !

A Alix,

Merci pour tous ces grands moments passés ensemble depuis tant d'années, et d'avoir toujours été là pour moi.

A Annabelle,

Merci d'avoir rendu ces années universitaires plus douces. Notre amitié en est devenue plus forte. J'espère t'avoir toujours à mes côtés dans les prochaines étapes.

A Maud,

Merci pour ces grands moments de rigolade, ton écoute, ces superbes soirées passées ensemble.

A Coralie,

Sans qui mon 2^{ème} semestre n'aurait pas été le même. Merci pour ta bonne humeur, ta gentillesse, tes conseils et ces bons moments passés et à venir.

Au Dr Gradeler,

Merci de m'avoir fait confiance dans ce travail de thèse et m'avoir fait partager votre pratique de la médecine générale.

Au Dr Lefebvre,

Merci de m'avoir fait confiance dans ce travail de thèse. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine familiale et de m'avoir fait partager votre expérience.

Aux Dr Ruel, Dr Thinus, Dr Marty, Dr Pidolle, Dr Baudoin,

J'ai été très honorée de travailler à vos côtés et de profiter de vos compétences. Merci pour ce que vous m'avez apporté.

Aux médecins d'HGE et de gériatrie de l'hôpital de Mercy,

Merci pour votre accompagnement et vos encouragements au cours des stages. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Au Dr Lemarié,

Merci de m'avoir fait découvrir la pédiatrie, et de m'avoir appris à appréhender les enfants.

Au Dr Bouschbacher,

Ce fût un plaisir de travailler avec vous, merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Remerciements de Charlotte Hermal

A Laurène,

Merci de m'avoir permis de faire équipe à tes côtés pour cette thèse. Notre entente a été immédiate et notre complémentarité nous a fait tenir le cap. Je ne compte plus les centaines (milliers peut-être ?) de messages échangés pour se motiver ou décompresser ! Je te souhaite bon vent dans ta carrière, un beau mariage, des papillons dans les champs... et de gagner à ce fichu concours !

A toutes les personnes croisées tout au long de ces études, patients, familles, médicaux et para-médicaux... Pour tout ce que vous m'avez apporté, ce qu'on a partagé. Vous m'avez enrichie... L'être humain reste fascinant, vraiment !

J'ai eu la chance de vivre un super internat. Pensées à...

La pneumo à Forbach. Alexandra, mon premier binôme. Dr Tellaroli, toujours disponible, bienveillant et à l'écoute. Je n'oublie pas : « il peut avoir un œil de verre et une jambe de bois » ! Dr Claussner, votre sauvetage un 31 décembre et ce « cimetière dans la tête » que je ne voulais pas et que je me suis efforcée, tout au long de mes prises en charge, à ne pas avoir... Merci à toute cette chouette équipe de m'avoir mis le pied à l'étrier. C'est toujours un plaisir de vous revoir.

La gastro à Mercy. Perrine, notre duo de choc tout au long de ces 6 mois. Laurence et Benjamin, alias chef Collet : merci pour votre disponibilité, votre confiance et tout ce que vous m'avez apporté. Ce stage m'aura profondément marquée humainement...

Les Docteurs Albrecht et Birgé. Merci de m'avoir fait partager votre passion de la médecine générale. Corinne pour ta gentillesse, l'amour de tes patients, nos repas le midi et ton accompagnement. Pensée à la Kitt' ! Jacques pour ta rigueur, ton sens clinique et ton humour.

La gériatrie à Saint-Avoid. Quelle aventure ! A Yousra, nos pauses clope-potins, nos visites en duo et tout ce que tu m'as transmis. Aah, les anémies... A mes super co-internes durant ce semestre : Caroline, Elodie et Léopold. Au service des Urgences : les gardes que j'ai partagées à vos côtés ont été les meilleures et les plus formatrices. Merci pour votre confiance, votre bonne humeur, votre transmission de savoir...

Dr Lemarié, pour m'avoir accueillie dans votre cabinet de pédiatrie, votre maîtrise clinique, vos moments d'agacement qui m'ont tellement fait rire, nos repas sans chauffage les mois d'hiver, le maître-nageur et les autres !

Dr Bouschbacher, pour votre confiance immédiate et mon intégration auprès de votre patientèle de gynéco, votre sympathie, votre envie de transmettre, vos coups de gueule aussi.

Christine, pour avoir eu la super idée de cette thèse commune. Sans oublier l'ouverture d'esprit que m'a apportée la pratique à tes côtés et la confiance que tu m'as accordée.

Dr Gradeler, pour toutes mes lacunes en informatique et en comptabilité que vous avez essayé de combler et pour votre disponibilité. Je laisse désormais plus de place aux silences en consult' et j'ai appris à écouter mes patients...

A ma Mamie Jacqueline,

Je me souviens des escaliers oranges que je dévalais en tentant de deviner ce que tu cuisinai, des constructions en Lego, des Maxi en guise de sous-main, de tes appels d'encouragement les veilles d'examen, de ta silhouette dans la voiture, de tes « c'est toujours sur nous qu'ça tombe » (t'avais raison en fait, tu sais)... J'espérais te faire partager mes premiers pas en tant qu'interne. C'était sans compter sur ces 3 fichues lettres venues se mettre dans les rouages. Ton intérêt, ton soutien inconditionnel, ta curiosité me manquent... Tu me manques ! Je t'aime !

A ma belle-famille,

Pour m'avoir fait une place auprès de vous.

A Léa, Mahé, Noah et Paul,

Au plaisir de vous voir grandir. Gardez votre spontanéité !

A Béatrice,

Pour tout ce que tu m'as apporté par ta présence. Pour tout ce que ton absence m'a fait comprendre... Tu tenais tant à assister à ma soutenance de thèse... Je te dédie ce travail, tu aurais été fière c'est certain ! Si tu savais comme tu lui manques... Comme tu nous manques...

A mes enfants,

Clémence, pour tout ce que ton arrivée m'a fait découvrir, comprendre, apprendre... Tes milliers de questions, ta soif d'autonomie, ta joie de vivre, tes trésors, ta générosité, etc. Je suis si fière de toi !

Alexis, sans le savoir, tu as été nommé « assistant thèse » officiel et une source de motivation énorme. Il ne manquait que toi à notre bonheur. A nos moments tendresse et tes sourires qui me font fondre.

Vous êtes, tous les deux, la plus belle des promesses. Soyez vous-mêmes, soyez heureux. Je vous aime tellement...

A Manu,

Il paraît qu'on garde le meilleur pour la fin ! Tu es ma plus belle rencontre de ces études... A ton regard croisé sur les bancs du 600A et cette évidence qui nous lie depuis. Bravo pour ta patience, d'avoir supporté mes vendredis, mes coups de gueule, de blues parfois. Ta sagesse et ton calme m'ont rendue meilleure. A tout ce qu'on a déjà traversé. A tous nos projets futurs... Je t'aime !

A Messieurs Thiriet, Sodebo et cie,

Pour avoir fait rimer nos repas de famille avec gastronomie lors de ces semaines de rédaction de thèse ! Merci Manu pour ta compréhension et d'avoir pris le relais. Merci Clémence d'avoir remplacé tes « tu as bien cuisiné Maman » par « tu as bien acheté Maman », avec toujours le même enthousiasme ! Tu es un amour...

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	11
SERMENT	22
TABLE DES MATIÈRES	23
LISTE DES ABRÉVIATIONS	25
I. INTRODUCTION	26
II. L’AFFICHAGE EN SALLE D’ATTENTE	27
A. <i>Cadre réglementaire</i>	27
1. Obligations	27
2. Recommandations	27
B. <i>Mise en œuvre de l’affichage dans deux domaines</i>	28
1. Prévention	28
2. Éducation thérapeutique	30
C. <i>De l’affichage classique vers le Wait Marketing en salle d’attente</i>	31
D. <i>Présentation du projet expérimental</i>	32
III. MATÉRIEL ET MÉTHODE	33
A. <i>Présentation commune de notre travail</i>	33
B. <i>Enquête auprès des patients (par Laurène Grosdidier)</i>	35
C. <i>Enquête auprès des médecins (par Charlotte Hermal)</i>	36
1. Échantillon et contact	36
2. Réalisation des entretiens	36
3. Guide d’entretien médecins	37
IV. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION	37
A. <i>Enquête auprès des patients (par Laurène Grosdidier)</i>	37
1. Caractéristiques de la population	37
a) Effectif	37
b) Âge	38
c) Sexe	38
d) Situation maritale	38
e) Catégories socio-professionnelles	39
2. Caractéristiques de la consultation	40
a) Accompagnement en salle d’attente	40
b) Durée d’attente	40
3. Caractéristiques des messages	40
a) Initiative du projet	40
b) Contenu des messages	41

c) Portée des messages _____	45
d) Type d'information attendu par les patients _____	47
e) Écran _____	51
f) Autres supports d'information _____	56
B. Enquête auprès des médecins (par Charlotte Hermal) _____	60
1. Panel des médecins généralistes interrogés _____	60
2. Réponses des médecins _____	61
a) Critères de décision _____	61
b) Matériel _____	68
c) Contenu _____	72
d) Desiderata et bilan _____	80
C. Analyse par cabinet (par Charlotte Hermal) _____	85
1. Cabinet A _____	85
2. Cabinet B _____	86
3. Cabinet C _____	86
4. Cabinet D _____	87
5. Cabinet E _____	87
6. Cabinet F _____	88
7. Cabinet G _____	88
8. Cabinet H _____	89
9. Cabinet I _____	90
10. Cabinet L _____	91
V. Limites de notre étude _____	92
A. Recueil des données _____	92
B. Représentativité _____	93
1. Taux de participation _____	93
2. Populations _____	94
C. Traitement de l'information _____	94
VI. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION _____	95
A. Récapitulatif des attentes et des propositions des patients (par Laurène Grosdidier) _____	95
B. Récapitulatif des attentes et des propositions des médecins (par Charlotte Hermal) _____	96
C. Conclusion _____	97
BIBLIOGRAPHIE _____	98
ANNEXES _____	101

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

CAF : Caisse d'allocations familiales

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CSP : Code de Santé Publique

IFOP : Institut français d'opinion publique

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

HAS : Haute autorité de santé

MST : Maladies sexuellement transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

UPSL : Union des pôles de santé libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

I. INTRODUCTION

La promotion de la santé en soins primaires fait partie intégrante des prérogatives des médecins généralistes (1). La convention médicale (2), dans sa version de 2016, reprend certaines de ces missions : prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des maladies et éducation pour la santé.

Le développement du digital dans notre société et la généralisation des écrans dans notre quotidien aident les médecins généralistes à communiquer avec leurs patients. En moyenne, en France, un patient consulte 6,7 fois par an son médecin (3). L'affichage dynamique, terme issu du marketing, désigne un dispositif d'affichage digital, vecteur de publicité au sein d'un lieu accueillant du public (écran par exemple) (4). Cet outil a été adapté aux salles d'attente, lieux de passage incontournables avant une consultation.

Des études (5,6) se sont intéressées à l'apport des écrans en salle d'attente dans les soins primaires. Elles tendent à montrer une amélioration des connaissances des patients. Un travail de thèse conclue à une efficacité supérieure des supports vidéo par rapport aux documents papier (7).

En 2015, un projet expérimental d'affichage dynamique dans des cabinets de médecine générale en Lorraine a débuté. Il nous semblait intéressant, après 3 ans d'utilisation, de dresser un bilan de cette expérimentation. En effet, les connaissances sur la manière dont ces supports sont utilisés en soins primaires sont limitées. L'objectif de ce travail est d'identifier les attentes des patients et des médecins quant à cette aide audiovisuelle.

Pour répondre à cette question, nous avons mené deux études qualitatives par entretiens semi-dirigés dans les cabinets équipés.

L'originalité de ce travail réside dans le fait d'interroger simultanément les patients et les médecins utilisateurs. Les résultats devraient permettre de tirer des enseignements de la présente expérimentation afin de mieux préparer une extension du parc installé.

II. L’AFFICHAGE EN SALLE D’ATTENTE

A. Cadre réglementaire

1. Obligations

Bien que la salle d’attente des cabinets libéraux n’ait pas de statut juridique propre, l’affichage y est toutefois réglementé par des textes de loi.

Le décret n° 2009-152 du 10 février 2009, relatif à l’information sur les tarifs d’honoraires pratiqués par les professionnels de santé, énonçait les obligations d’affichage des professionnels de santé.

L’arrêté du 30 mai 2018 (8), entré en vigueur le 1^{er} juillet 2018 et relatif à l’information des personnes destinataires d’activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins, précise les obligations du médecin en matière d’information et d’affichage. Il stipule également que l’affichage de ces informations doit se faire sur un seul et même support, de manière visible et lisible, dans le lieu d’attente et dans le lieu d’encaissement des frais.

2. Recommandations

Dès le serment d’Hippocrate, la promotion de « la santé dans tous ses éléments » était évoquée, avec la nécessité pour le médecin de préserver « l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de [sa] mission ». L’ensemble des directives élaborées depuis vont dans ce sens.

Le Conseil National de l’Ordre des Médecins fournit des recommandations complémentaires relatives à l’affichage. Les informations proposées doivent être conformes aux règles de la déontologie et aux exigences législatives.

Le code de Santé Publique stipule que le médecin est responsable de ses décisions et de ses actes (article R. 4127-69), y compris pour l’affichage disposé dans sa salle d’attente.

Le code de déontologie (9) fixe certaines règles claires :

- Il est strictement interdit aux praticiens d’utiliser la salle d’attente afin d’y exposer leur avis personnel, par rapport à une situation particulière (conflit avec la caisse d’assurance maladie ou positions syndicales), à une opinion religieuse ou politique...
- L’article 13 (article R.4127-13 du CSP) insiste sur la responsabilité du médecin ne devant pas cautionner des informations fausses ou non vérifiées : *« Lorsque le médecin participe à une action d’information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu’en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d’une cause qui ne soit pas d’intérêt général. »*

- L'article 19 (article R.4127-19 du CSP) informe sur l'interdiction de mêler commerce et publicité à l'exercice de la médecine : « *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.* »

- L'article 31 (article R.4127-31 du CSP) 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. Aux praticiens de veiller à la qualité des informations disposées en salle d'attente.

De façon plus large, les principes d'éthique médicale européenne interdisent au médecin d'user de sa position pour « *imposer au patient ses opinions personnelles, philosophiques, morales ou politiques* » (10).

Il faut par ailleurs savoir faire face aux différentes sollicitations extérieures, recherchant par le biais des salles d'attente l'assurance d'une publicité, parfois à des fins lucratives ou non liées au domaine de la santé.

Le code de la santé publique régit la communication autour des médicaments.

Il décrit également que divers organismes reconnus d'utilité publique (caisses d'assurance maladie, services de protection sanitaire ou sociale, comités pour l'éducation sanitaire) distribuent ponctuellement des affiches d'intérêt général à placer dans les salles d'attente (article 12 (article R.4127-12 du CSP) – « *Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire. Il participe aux actions de vigilance sanitaire. La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.* »). Les thèmes abordés sont variés : vaccination, dépistage, lutte anti-tabac, déclaration des maladies professionnelles, bon usage des antibiotiques...

B. Mise en œuvre de l'affichage dans deux domaines

1. Prévention

La prévention occupe une place de plus en plus importante en médecine générale. L'évolution de la société et l'apparition de messages de prévention dans les médias entraînent une démarche plus préventive de la part des patients. De plus, elle fait partie des différentes missions inscrites dans la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (11).

Il s'agit d'une notion bien assimilée par ceux-ci car, selon le baromètre de santé médecine générale de 2009 (INPES) (12), les médecins estiment que la prévention relève de leur rôle, notamment pour les thèmes les plus médicalisés comme le risque cardio-vasculaire et le tabagisme.

En 1948, dans son paragraphe sur la santé, l'OMS faisait déjà part de la notion de prévention. Dans ce contexte, « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

On distingue 3 types de prévention, correspondant aux états successifs de la maladie :

- La prévention primaire correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. A ce stade de la prévention, il convient donc de prendre en compte les conduites individuelles à risque.
- La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. A ce stade, la prévention recouvre les actes destinés à agir au début de la pathologie afin de limiter son évolution ou de faire disparaître les facteurs de risques. Ainsi, le dépistage en est un élément clé.
- La prévention tertiaire, quant à elle, intervient une fois la maladie installée. Elle vise à réduire la prévalence des incapacités chroniques ou récidives, ainsi que les complications, l'invalidité ou les rechutes consécutives à la maladie. Elle entre également en jeu dans la réadaptation du malade sous les dimensions médicale, sociale et psychologique.

En France, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (13) définit la politique de prévention selon 6 axes.

« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé. La politique de prévention tend notamment à :

1. réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé
2. améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
3. entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque, ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies
4. promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive
5. développer des actions d'information et d'éducation pour la santé
6. développer également des actions d'éducation thérapeutique. »

Au vu de ces définitions, la diffusion d'informations via les écrans numériques a donc une place entière en matière de prévention.

Comme l'a remarqué le Conseil National de l'Ordre des Médecins : « Lieu de passage et de séjour du public, la salle d'attente des médecins fut de tout temps un endroit d'échange et d'information. Lorsque les médecins reçoivent sans rendez-vous, ou que les retards sont importants, le séjour des patients s'y prolonge. Il est donc tentant de leur offrir, outre les revues classiques destinées à les distraire, différentes affiches, revues et dépliants, ou autres matériels à but informatif ou publicitaire. »

Selon une étude (14), 85% des patients considèrent la salle d'attente comme un simple lieu d'attente, mais 57% trouvent utiles les messages informatifs diffusés.

En 2006, un travail de thèse (15) a mis en avant une véritable demande de la part des patients qui cherchent à s'instruire sur leur santé durant ce temps de latence avant leur consultation.

Ils souhaitent voir des messages de prévention classiques, ainsi que des documents plus spécifiques sur leurs maladies, traitements, etc.

Quelques années plus tard, un nouveau travail de thèse (16) concluait que les patients étaient réceptifs et demandeurs d'une démarche éducative, notamment par l'intermédiaire des supports d'information dans la salle d'attente de leur médecin généraliste.

2. Éducation thérapeutique

La salle d'attente paraît donc être un lieu idéal pour faire passer des messages informatifs aux patients. L'information délivrée permet d'améliorer la communication entre le médecin et son patient.

Cette démarche éducative a pour objectif d'aider les patients à adopter des comportements de vie compatibles avec une bonne santé. Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » (17)

En 2007, l'HAS a créé une définition, en s'appuyant sur celle de l'OMS : « L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, pour les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (18)

L'éducation à la santé est ainsi une notion relativement récente. Elle sera mentionnée pour la première fois dans la loi n°2009-879 (19) portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. »

Le médecin généraliste, acteur principal de notre système de soin, par son contact étroit avec les populations visées, semble bien placé pour occuper un rôle d'éducation. Par sa posture éducative, il favorise une modification des comportements individuels (20).

Le baromètre santé médecins/pharmaciens de 2003 (21) citait comme frein à une démarche éducative, la résistance des patients.

C. De l'affichage classique vers le Wait Marketing en salle d'attente

Traditionnellement, les messages informatifs à l'attention des patients sont visionnés en salle d'attente via des supports papiers (affiches ou dépliants majoritairement) (22).

Les nouvelles technologies ont connu un essor important depuis les années 2000. La place grandissante du digital dans notre quotidien a permis de le coupler à une notion de marketing déjà connue, nommée « wait marketing ». L'idée était alors de mettre à profit le temps passé en salle d'attente, afin de transmettre par écran dynamique des informations pertinentes pour les patients.

C'est Diana Derval (23), professeur de marketing à l'Université de Galles, qui a décrit le concept de « wait marketing » pour la première fois. Elle estime que le temps d'attente, de 20,2 minutes en moyenne en médecine générale (24), peut être vu comme l'opportunité de transmettre des informations, qu'elles soient en lien avec la santé en médecine générale ou d'ordre publicitaire ou distractif.

En 2001, une étude (25) a montré que le taux de mémorisation d'un spot télévisé était de 15%. La société Canal33, prestataire de diffusion d'information par écran dynamique en salle d'attente, a fait réaliser en 2002 une étude par l'Ifop (26). Celle-ci a mis en évidence un taux de mémorisation d'un message en salle d'attente de 27%, soit presque 2 fois supérieur à la télévision. Cela illustre également la notion d'audience captive : une personne est plus attentive à une information diffusée dans un lieu confiné, où l'attente est inéluctable, que ce soit la salle d'attente de son médecin ou avant le début d'un film au cinéma (27). Plus récemment, en 2010, un travail de thèse (7) a conclu à une amélioration de 11,5% de l'efficacité d'une campagne menée sur support vidéo par rapport aux affiches et brochures.

Le digital apparaît comme un allié des médecins généralistes.

Il permet de réduire l'impression d'attente (même si le temps d'attente est identique) et augmente ainsi la satisfaction des patients. C'est ce qu'ont révélé des sondages réalisés auprès de patients dans des cabinets de soins primaires (28).

De plus, l'écran dynamique transforme le temps d'attente en temps d'information. Il est une aide utile, venant compléter le travail de prévention réalisé par les professionnels de santé et renforcer la communication médecin/patient (29).

Tous les médias sont potentiellement efficaces, à condition d'être utilisés de façon appropriée (23). Charles K. Atkin, professeur de communication, a ainsi décrit dans son ouvrage sur les médias que l'écran dynamique est plus adapté à la diffusion d'informations simples et brèves. Pour des messages plus techniques et longs, les supports papiers gardent leur intérêt (30).

D. Présentation du projet expérimental

Il n'est plus rare, dans des congrès ou des colloques, de rencontrer des sociétés proposant des abonnements à des services de diffusion d'information via écran en salle d'attente.

En 2015, deux médecins généralistes membres de l'URPS ont eu l'idée de mettre en place des écrans dynamiques dans des salles d'attente de cabinets de médecine générale. L'originalité de ce projet était double. Premièrement, l'accent était mis sur la diffusion de messages dans le domaine de la santé et non des spots à visée publicitaire ou distractive. Deuxièmement, cette offre était proposée par des professionnels de santé, en activité, et non des prestataires de service. En effet, la participation de médecins à la conception des supports audiovisuels pourrait influencer favorablement leur pertinence (31).

Après avoir réalisé un argumentaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes, le projet a été lancé.

Concernant l'aspect logistique, l'URPS a fait appel à la société Cube, basée à Nancy et spécialisée dans la communication digitale. Forte de son expérience, elle a pu proposer le matériel à installer, ainsi que le logiciel d'affichage dynamique. Le fait que l'ARS soit utilisatrice, dans ses locaux, des mêmes matériels et logiciels a également été un élément influençant. Il est envisagé que l'ARS puisse utiliser des moyens de communication qu'elle connaît pour diffuser des informations générales.

Les sources des messages diffusées sont variables, mais toujours validées. Elles peuvent, par exemple, être issues de l'ARS, de l'INPES... Pour l'aspect technique, un chargé de mission a rejoint l'équipe afin d'assurer le bon fonctionnement des installations directement chez les médecins (connexions réseau...), la mise en page des messages avec leur intégration à la boucle de diffusion et la maintenance du système. Le projet se distingue d'autres installations dans le sens où les professionnels sont responsables de l'élaboration des messages. Il ne s'agit pas de fichiers envoyés régulièrement par des sociétés sans que le médecin ne puisse influencer sur les messages ou les informations délivrées.

Au total, 12 cabinets ont été équipés, sur la base du volontariat des médecins généralistes. Tous sont situés en Lorraine. Deux d'entre eux sont des cabinets de garde.

Les deux médecins généralistes initiateurs de cette expérimentation s'étaient fixé 3 ans au bout desquels un bilan serait mené. Notre projet de thèse s'intègre donc dans cette démarche et a pour but d'identifier les opinions et attentes des médecins généralistes utilisateurs et de leurs patients. L'objectif étant d'adapter l'offre proposée, mais également de pouvoir pérenniser et développer ce support d'informations.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Présentation commune de notre travail

La méthode d'analyse qualitative a pour but de mettre en avant des idées, ressentis et représentations sociales. L'objectif de notre travail étant d'identifier les attentes des patients et des médecins généralistes par rapport aux écrans numériques en salle d'attente, elle nous a semblé la plus adaptée pour réunir des données et permettre une analyse par thématiques.

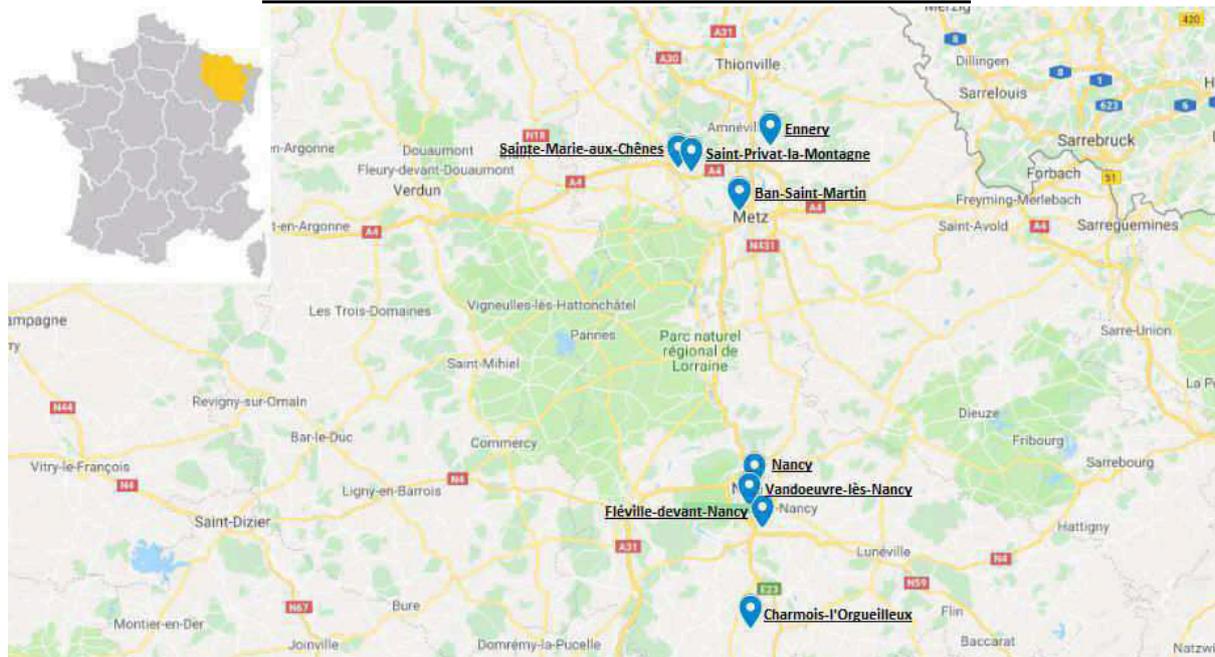
Pour les patients comme pour les médecins, un guide d'entretien a été élaboré, servant de trame lors des entretiens semi-dirigés. L'objectif du guide d'entretien est de permettre de répondre le mieux possible à la problématique, en contenant l'ensemble des thèmes que nous souhaitons aborder avec la personne interrogée.

Les deux guides d'entretien ont été élaborés après réalisation de notre travail de recherche bibliographique, puis soumis à l'approbation et aux suggestions de nos directeurs de thèse.

Préalablement à notre travail de recueil de données, nous avons mené plusieurs démarches. Tout d'abord, une demande a été faite auprès du Comité de Protection des Personnes : il nous a assuré que les entretiens patients ne relevaient pas de la loi Jardé. Par ailleurs, les études n'ayant pas d'impact sur la pratique des médecins ou les soins aux patients ne nécessitent par l'approbation du comité d'éthique. Nous avons également fait une déclaration auprès de la CNIL, enregistrée sous le numéro 2151357 v 0.

Le premier contact avec les médecins s'est fait par e-mail, afin de leur présenter notre projet de thèse commune, la méthode choisie par entretiens semi-dirigés et de laisser le temps à chacun de répondre. Finalement, seul 1 médecin a répondu. Un contact téléphonique a été pris dans un second temps pour 9 autres cabinets. N'ayant pas de médecin attitré, les deux cabinets de garde ne pouvaient pas être intégrés. Ils ont donc été retirés de l'étude. Les médecins contactés ont porté un réel intérêt à notre étude. Tous les cabinets libéraux concernés par l'expérimentation ont participé à ce travail. Pour garantir leur anonymat, un code a été attribué à chacun. Il a été repris pour les codes patients et les codes médecins, afin de permettre la corrélation médecin/patients par cabinet.

Localisation des cabinets médicaux inclus dans l'étude



Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone et retranscrits dans leur intégralité sur Word. Les fautes de syntaxe, les hésitations, les exclamations, les rires ont été minutieusement notés, le plus objectivement possible, afin de ne perdre aucune information. L'ensemble de ces retranscriptions formait la matière première de notre étude, appelée corpus ou verbatim.

Les entretiens ont été retranscrits par la personne qui les a menés : Laurène Grosdidier pour les patients, Charlotte Hermal pour les médecins. Dans les deux cas, les analyses des verbatim ont été débutées en parallèle des interviews, pour mettre en évidence la saturation des données. La saturation des données est définie par l'atteinte du moment où plus rien de significatif ne s'ajoute pour accroître la compréhension du phénomène observé.

Dès le départ, nous avons choisi de manière arbitraire d'interroger 4 patients par cabinet. Si la saturation des données n'était pas atteinte, il était convenu que nous retournerions dans les cabinets pour des entretiens supplémentaires.

Pour les médecins, nous avons débuté par la réalisation d'un entretien par cabinet, soit 10 au total. Dans les cabinets de groupe, le choix a été laissé aux médecins de désigner lequel d'entre eux serait interrogé. Il était prévu de retourner interroger les autres médecins des cabinets de groupe si la saturation des données n'était pas atteinte.

Les analyses des verbatim ont été réalisées de façon indépendante afin que les deux enquêtrices ne soient pas influencées dans la réalisation de la suite de leurs entretiens. Le travail de codage puis la synthèse des éléments retenus ont donc été réalisés par chacune. Nous avons bénéficié d'une initiation au codage par Dr Christine Lefebvre, elle-même ayant suivi une formation à ce sujet.

Il a été décidé, au cours de notre travail, de coder l'ensemble des entretiens patients et médecins réalisés, bien que la saturation des données ait été atteinte plus tôt. Le nombre de cabinets était restreint et nous voulions dresser un bilan le plus précis possible de cette expérimentation.

Idéalement, dans ces conditions d'étude, une triangulation des données doit être mise en place, une tierce personne assurant un second codage des données. Pour garder notre impartialité, nous avons songé un temps à proposer ce travail à un étudiant en Sociologie ou en Psychologie, dans le cadre de son mémoire. Nous avons contacté deux professeurs de faculté mais, au moment où nous les avons interrogés, leurs étudiants avaient déjà tous un sujet. Une triangulation partielle des données patients a été effectuée par Charlotte Hermal, après le codage de l'ensemble des entretiens médecins, lors de la mise en relation médecin-patients par cabinet.

B. Enquête auprès des patients (par Laurène Grosdidier)

L'étude s'est déroulée du 12 février au 9 avril 2018.

Seuls les patients majeurs, ne faisant pas l'objet de mesure de protection et volontaires ont été inclus. Avant de débiter chaque entretien, nous avons recueilli leur accord verbal, fait lire un document d'information (*annexe 1*) et signer un formulaire de consentement (*annexe 2*).

Le recrutement des patients s'est fait au fur et à mesure que ceux-ci sortaient de consultation et que Laurène Grosdidier était disponible et avait fini son précédent entretien.

Le praticien nous présentait systématiquement à la fin de sa consultation et proposait au patient de participer à notre étude.

Le recueil de données s'est fait de manière anonyme. Seuls l'âge et le sexe des participants ont été conservés.

Chaque entretien débutait de manière similaire :

« Bonjour, je réalise actuellement un travail de thèse sur l'identification des attentes de patients concernant la diffusion d'informations via l'écran numérique mis en salle d'attente. Pour cela je récolte les témoignages de quelques patients dans les différentes salles d'attente au cours d'entretiens. Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone si vous acceptez, afin que je puisse le retranscrire dans son intégralité. »

La durée de chaque entretien se situait entre 3 et 15 minutes, avec une moyenne de 5 minutes par entretien.

L'enregistrement a été fait dans une pièce libre mise à notre disposition dans chacun des cabinets, hormis un où aucune pièce n'était disponible. Dans ce cabinet, les coordonnées téléphoniques des patients volontaires ont donc été recueillies sur place et ces patients ont été interrogés par téléphone.

Comme décidé initialement, 4 patients ont été interrogés par cabinet. Seuls 3 patients ont pu être interviewés dans l'un des cabinets au moment où nous étions présents. La saturation des données ayant été atteinte au bout de 3 patients par cabinet, soit 30 entretiens, nous n'avons pas interrogé de patient supplémentaire.

L'anonymisation des entretiens a été assurée par l'attribution à chaque patient d'un code, constitué de deux lettres et d'un chiffre. La première lettre correspond au cabinet, de manière à pouvoir corréler les enquêtes patients à celles des médecins. La seconde lettre P signifie patient. Le chiffre qui fait suite donne l'ordre dans lequel les patients ont été interrogés. Par exemple, AP1 est attribué au premier patient interrogé dans le cabinet A.

Notre guide d'entretien (*annexe 3*) comprenait des questions que nous posions aux patients sortant de la consultation.

L'item 1 reprenait les données démographiques des patients : sexe, âge, situation maritale et catégorie socio-professionnelle.

L'item 2 était axé sur leur rapport à la salle d'attente : leur fréquence de venue et le temps passé habituellement en salle d'attente.

Un autre item permettait d'évaluer l'intérêt des patients vis-à-vis de la prévention et de l'information en salle d'attente.

Enfin, nous nous intéressions à l'intérêt porté par les patients à cet écran et explorions les éventuelles pistes d'amélioration.

C. Enquête auprès des médecins (par Charlotte Hermal)

1. Échantillon et contact

Les sujets de nos entretiens étaient des médecins généralistes lorrains, dont la salle d'attente était équipée d'un écran numérique. La liste des participants à cette expérimentation nous a été fournie : 12 cabinets de médecine générale y figuraient, dont 2 cabinets de garde.

Malgré la saturation obtenue pour la majorité de nos thèmes après 6 entretiens, nous avons réalisé un entretien médecin dans chacun des 10 cabinets inclus dans l'étude.

2. Réalisation des entretiens

Suite à un échange téléphonique, un rendez-vous était organisé pour réaliser l'entretien au cabinet du sujet interrogé, sauf dans un cas où il a été mené par téléphone. L'entretien s'est généralement déroulé en début ou en fin de plage de consultation. Dans deux cas, il était intercalé pendant les consultations du médecin.

Chaque entretien démarrait par une présentation semblable à celle-ci :

« Comme discuté ensemble par téléphone, mon travail de thèse commune avec Laurène Grosdidier s'intéresse, pour ma part, au ressenti des médecins généralistes dont la salle d'attente est équipée d'un écran avec affichage dynamique. Pour cela, je réalise des entretiens

semi-dirigés, enregistrés par dictaphone si vous en êtes d'accord, afin de les retranscrire en intégralité. »

La durée des entretiens a été de 20 minutes en moyenne, variant de 11 à 49 minutes.

Ils ont été réalisés entre le 22 février 2018 et le 25 avril 2018.

3. Guide d'entretien médecins

Le guide d'entretien (*annexe 4*) comportait 6 items avec, pour chacun, plusieurs questions de relance afin d'encourager, si besoin, le médecin interrogé dans ses réponses.

Deux entretiens test ont été réalisés. Leur bon déroulement a permis de les inclure à l'étude. Toutefois, ils ont mis en évidence deux points méritant d'être plus développés : le module de personnalisation et l'abonnement. Le guide a donc été adapté. Ces changements ont été bénéfiques lors des entretiens ultérieurs, les médecins émettant davantage leurs propos.

IV. RÉSULTATS ET INTERPRÉTATION

Les entretiens semi-dirigés ont permis de révéler de nombreuses idées, tant côté patients que médecins. Il a été décidé, dans un souci de clarté et pour éviter les répétitions, de fusionner les parties « résultats » et « interprétation ». Afin de dissocier ces éléments, le contenu se rapportant à la discussion et à l'interprétation est intégré dans des encadrés.

A. Enquête auprès des patients (par Laurène Grosdidier)

Le verbatim d'un entretien patient figure en annexe 5.

1. Caractéristiques de la population

a) Effectif

L'effectif total est de 39 patients interrogés sur 44 patients interpellés.

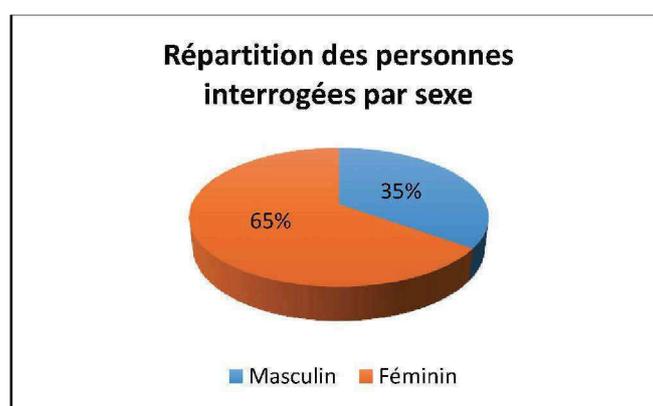
	Nombre de patients ayant accepté de participer à l'étude	Nombre de patients ayant refusé de participer à l'étude
Cabinet A	4	0
Cabinet B	4	0
Cabinet C	4	1
Cabinet D	3	0
Cabinet E	4	1
Cabinet F	4	0
Cabinet G	4	0
Cabinet H	4	2
Cabinet I	4	1
Cabinet L	4	0
TOTAL	39	5

b) Âge

L'âge médian de la population est de 50,8 ans avec un échantillon allant de 19 ans à 89 ans.

c) Sexe

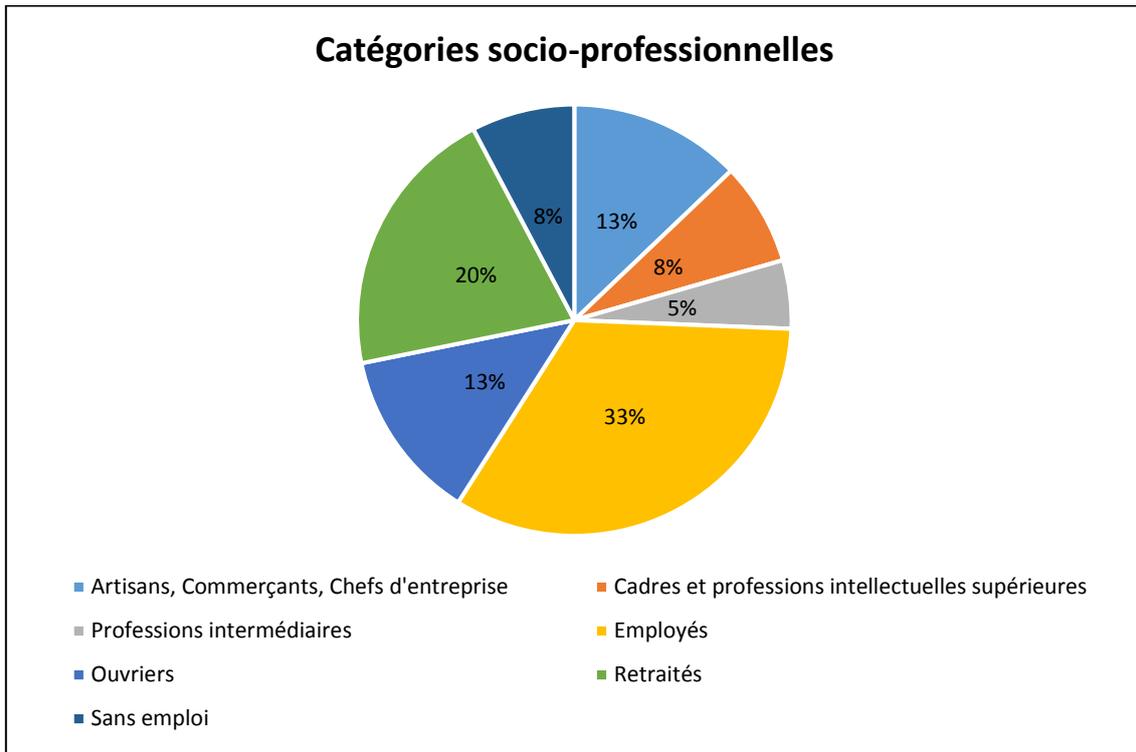
On note une prédominance féminine à 65%, avec 26 femmes interrogées contre 14 hommes.



d) Situation maritale

	Marié ou Pacsé	En couple	Divorcé ou Séparé	Veuf	Célibataire
Nombre de patients	20	3	5	3	8
Pourcentage	51,3 %	7,7 %	12,8 %	7,7 %	20,5 %

e) Catégories socio-professionnelles



Catégorie 1 – Agriculteurs : 0 personne interrogée

Catégorie 2 – Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise : 5 personnes

Catégorie 3 – Cadres et professions intellectuelles supérieures : 3 personnes

Catégorie 4 – Professions intermédiaires : 2 personnes

Catégorie 5 – Employés : 13 personnes

Catégorie 6 – Ouvriers : 5 personnes

Catégorie 7 – Retraités : 8 personnes

Catégorie 8 – Sans activité professionnelle : 3 personnes

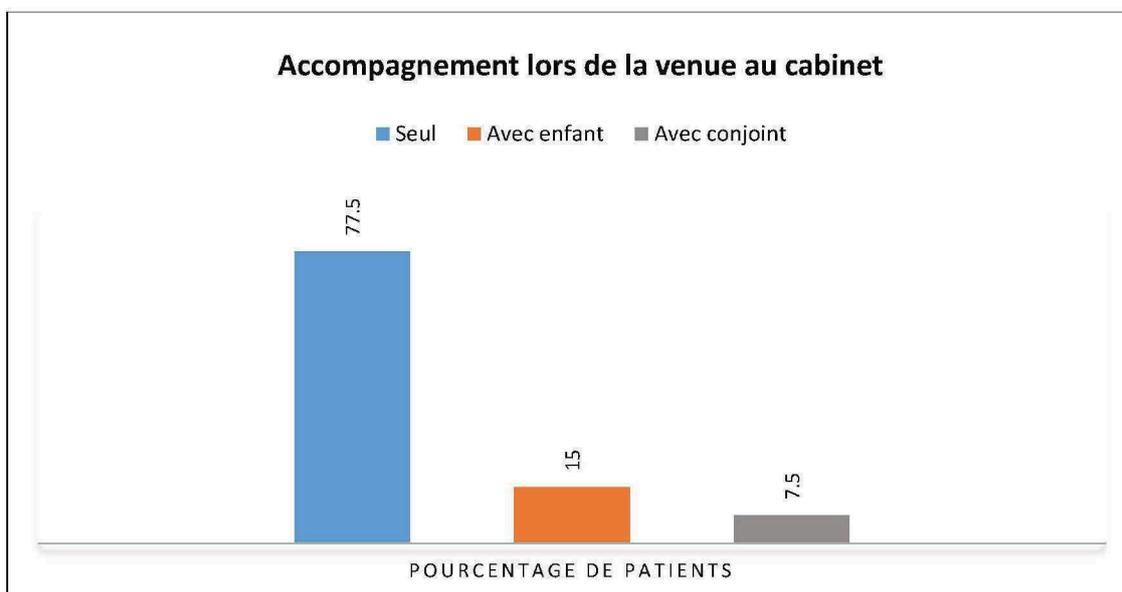
Notre échantillon de patients est composé de 65% de femmes. 51,3% des patients sont mariés. L'âge moyen est de 50,8 ans. L'ensemble des professions est représenté, hormis les agriculteurs.

Notre échantillon est varié. Cependant, son faible effectif est à prendre en compte pour la généralisation des résultats.

2. Caractéristiques de la consultation

a) Accompagnement en salle d'attente

La majorité des patients sont venus seuls en salle d'attente (77,5% soit n=31).



b) Durée d'attente

La durée d'attente moyenne est de 32 minutes, la plus courte étant de 5 minutes et la plus longue de 2 heures.

	≤ 5 min	> 5 et ≤ 15 min	> 15 et ≤ 30 min	> 30 min. et ≤ 1h	> 1h et ≤ 1h30	> 1h30 et ≤ 2h
Nombre	7	13	8	7	2	2
Pourcentage	17,9 %	33,3 %	20,5 %	17,9 %	5,2 %	5,2 %

3. Caractéristiques des messages

a) Initiative du projet

La très grande majorité des patients (92% soit n=35) ont trouvé que la présence d'écrans numériques en salle d'attente était une « *très bonne initiative* » [LP4] et présentait un réel intérêt (« *c'est intéressant* » [FP3]). Seulement trois patients ont émis certaines réserves quant au projet, mettant en avant l'anxiété que peuvent provoquer certains messages médicaux (« *ça l'angoisse un peu, il lit des choses* » [GP3]) et le manque d'originalité des sujets abordés (« *ça pourrait être plus ouvert* » [EP1]).

Une initiative approuvée par la quasi-totalité des patients. Seul un patient a attiré notre attention sur le fait que certains messages diffusés peuvent être source d'angoisses.

b) Contenu des messages

(1) Conception des messages

Les patients étaient globalement satisfaits de la mise en forme des messages. Ainsi, 43% (n=17) des patients ont signalé que le visuel était agréable à regarder : « *c'est très bien présenté, les contrastes sont bien* » [HP1], « *les couleurs sont attirantes sur l'écran (...) c'est agréable à regarder* » [CP3]. Seulement un patient a spécifié qu'il n'y avait « *pas assez d'images, trop de texte ! (...) à part pour des gens qui savent lire et qui ont envie de lire !* » [DP1].

Nous notons que 51% (n=20) des patients ont trouvé les messages compréhensibles : « *c'est simple, c'est bien expliqué* » [HP3], « *c'est facilement compréhensible* » [AP4].

43% (n=17) des patients les ont jugés intéressants : « *des infos qui sont utiles pour le coup* » [EP4]. 18% (n= 7) les ont trouvés pertinents : « *retrouver ces informations là au cabinet c'est une bonne chose* » [FP2], « *c'est succinct on rentre dans le vif du sujet* » [CP3].

30% (n=12) ont considéré que ces messages étaient complets et variés : « *plusieurs sujets sont abordés, il y a de tout* » [GP4], « *c'est très bien (...) plusieurs thèmes qui peuvent correspondre à tout le monde* » [DP2].

La conception des messages a été approuvée par une majorité du panel. Les messages paraissent compréhensibles, pertinents et le rendu visuel est satisfaisant.

Pour 71% (n=28) des patients, la vitesse de défilement du texte était adaptée. Toutefois, 6 patients ont déclaré ne pas réussir à lire l'ensemble des textes : « *elle serait un peu moins vite on pourrait lire tout ! J'arrive jamais à lire la dernière ligne* » [LP3].

Enfin, 25% (n=10) des patients ont considéré que les messages étaient trop répétitifs : « *je connais de toute façon c'est comme la dernière fois* » [GP4], « *parce que ça revient vite sur la première information* » [AP3], « *c'est quand même une boucle relativement courte* » [EP1]. Parmi ces patients, la durée moyenne d'attente est de 46,5 minutes et la plupart viennent tous les mois ou tous les deux mois (7 patients sur 10). Leur longue durée d'attente ainsi que leur venue au cabinet de manière rapprochée peuvent expliquer que les patients trouvent répétitifs les messages diffusés. Les séquences de messages durant en moyenne 20 minutes, les patients sont amenés à les voir deux à trois fois au cours de leur attente.

- **La vitesse de défilement des messages a été jugée un peu rapide par certaines personnes interrogées, notamment les messages avec beaucoup de texte.**
- **Un quart des patients ont mis en avant deux défauts qui semblent avoir freiné leur enthousiasme : le manque de renouvellement des messages diffusés d'une visite à l'autre, ainsi que la courte durée de la boucle de messages, ce qui entraîne de revoir plusieurs fois les mêmes messages lors d'une attente longue.**

(2) Présence du son

57% (n=22) des patients étaient opposés à la présence de son. La principale raison citée était la nuisance sonore à 90% (n=20) : « *c'est peut-être pas mal dans une salle d'attente des fois d'être un peu au calme* » [EP1], « *quand on est malade on n'a pas envie que ça nous casse les oreilles* » [DP2], « *Ah non ! En salle d'attente c'est souvent bruyant et je pense que rajouter du bruit...* » [FP2].

13% (n=3) pensaient que ça inciterait les gens à faire plus de bruit : « *après les enfants (...) commencent à parler plus fort, commencent à jouer plus fort* » [FP1], « *ça peut aussi inciter après à faire plus de bruit* » [EP1].

Enfin, 13% (n=3) ont trouvé que le son les obligerait à regarder l'écran : « *ça forcerait peut-être plus les gens* » [AP1].

Parmi les 43% (n=17) de patients souhaitant l'ajout du son aux images, 52% (n=9) ont signalé que le son serait une aide auditive pour les personnes mal voyantes : « *enfin après pour les aveugles c'est vrai que c'est quand même bien quoi ! Ou les personnes âgées qui ont du mal à lire* » [BP3], « *pour les personnes non voyantes (...) avec le son là ça serait plus intéressant* » [DP3].

28% (n= 5) ont considéré que le son attirerait l'attention des gens : « *Si c'est des messages de prévention vaut mieux parler ! (...) moi je suis le nez dans mes bouquins, ça ne m'interpelle pas* » [AP2], « *en fait quand il y a du bruit c'est intéressant* » [GP4].

Enfin, 17% (n=3) des patients souhaiteraient une musique d'ambiance pour animer la salle d'attente : « *ça serait pas mal (...) ça meublerait un peu* » [BP1], « *Oui ou même un peu de musique parce que la salle d'attente est un petit peu triste ! (...) Un peu de musique ça serait bien pour faire patienter* » [FP3].

- **La présence du son fait débat, la majorité ne souhaitant pas l'ajout de son aux messages diffusés car il provoquerait une nuisance sonore importante. Cependant, certains patients attirent l'attention sur l'aide non négligeable qu'il pourrait apporter à des personnes malvoyantes ou aux personnes analphabètes.**
- **En ce sens, nous pourrions envisager d'ajouter du son uniquement sur une minorité de messages considérés comme particulièrement importants.**

(3) Messages attrayants d'après les patients

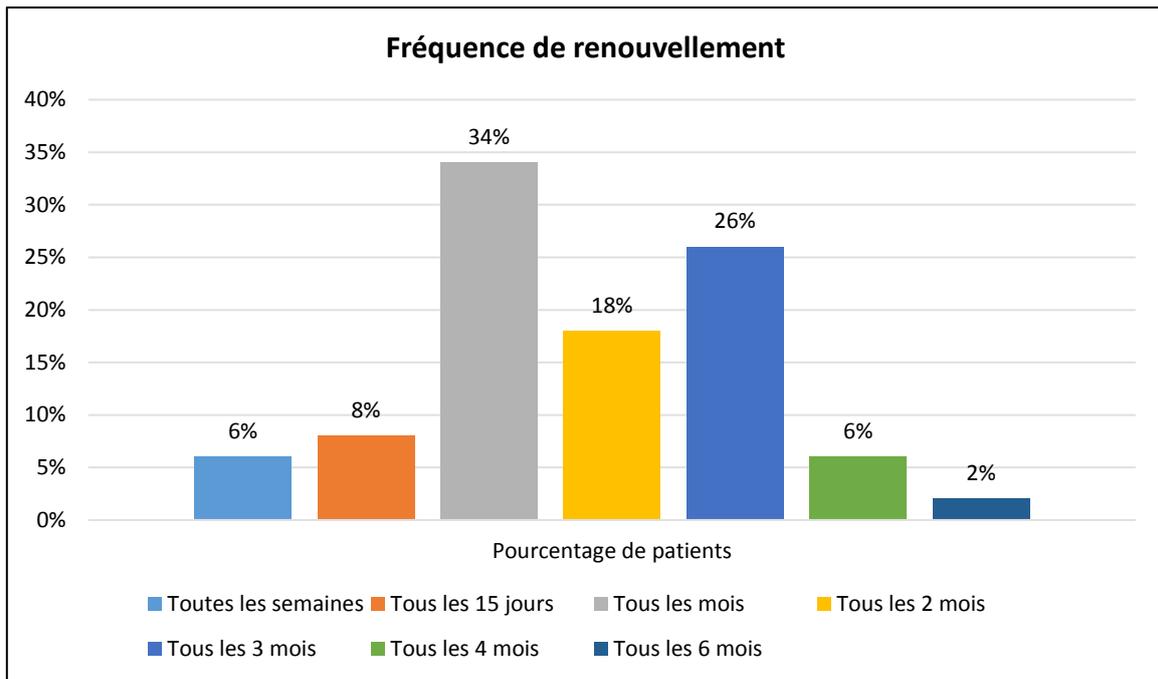
20% (n=8) des patients interrogés ont trouvé que les messages diffusés étaient intéressants et la démarche attrayante : « *Voilà ce genre d'informations on ne les cherche pas forcément, Médigarde j'ai appris que ça existait ici !* » [EP1], « *ça peut rendre service* » [HP2], « *ça rappelle des choses* » [HP1].

15% (n=6) des patients ont indiqué être satisfaits de la présence des messages d'informations de type conseils. Par exemple, les messages donnant des conduites à tenir dans certains cas simples avant de consulter son médecin : « *pour diminuer la fièvre, les solutions avant d'aller chez le médecin* » [LP2], « *savoir ce qu'on a à faire dans ces moments-là* » [AP1], « *il est marqué mal au ventre et ils vous expliquent quoi faire* » [GP4].

Cependant, 23% (n=9) des patients ne se sentaient pas concernés par la diffusion d'informations via ces écrans : « *personnellement ça ne m'intéresse pas particulièrement ces écrans* » [IP3], « *je ne regarde pas l'écran, ça me gonfle* » [AP2], « *je ne regarde pas à chaque fois (...) je viens souvent avec un livre* » [FP2].

Concernant la fréquence de renouvellement des messages diffusés, plusieurs patients ont confié qu'il était important de garder un fil d'actualité permanent concernant les informations de type prévention et d'actualiser régulièrement les informations sur les maladies saisonnières ou sur les nouveautés médicales. 34 % (n=13) des patients souhaiteraient une actualisation tous les mois, suivis de 26 % (n=10) des patients qui jugent qu'une actualisation tous les 3 mois serait suffisante.

La plupart des patients adhèrent au projet et trouvent l'initiative attrayante. Ils réclament un fil d'informations constant, reprenant les messages sur la prévention médicale et les principaux conseils médicaux, avec néanmoins une variation régulière des informations sur les épidémies saisonnières ou les actualités médicales.



(4) Attentes des patients vis-à-vis de ces messages

Une grande majorité de patients, soit 67% (n=26), ont déclaré vouloir des messages à visée informative : « *c'est d'être informé sur des choses que je ne regarderais pas forcément de moi-même* » [HP4], « *ça permet aux gens d'être mieux informés* » [DP3], « *d'apprendre à ne rien faire, on peut attendre en ayant des infos qui pour le coup sont utiles* » [EP4].

41% (n=16) des patients ont indiqué que l'écran était plus une distraction qu'un moyen d'information : « *c'est bien ça passe le temps* » [DP2], « *c'est aussi pour patienter, divertir un peu* » [GP4].

18% (n=7) ont considéré qu'il s'agissait d'un bon moyen pour éduquer les gens en matière de santé : « *que ça fasse réagir les gens à faire les examens nécessaires, c'est important la prévention !* » [CP2], « *l'information passe mieux par les professionnels de santé que par les parents* » [GP4].

Enfin, 15% (n=6) des patients n'avaient aucune attente vis-à-vis de ces écrans.

Une grande majorité des patients indiquent vouloir des messages dans le but de s'informer et de s'éduquer médicalement. Néanmoins, certains confient les regarder simplement pour se divertir et combler l'attente.

c) Portée des messages

(1) Public visé

10 patients (soit 26%) ont signifié que ces informations étaient utiles principalement pour transmettre des messages aux enfants : « *ma grande qui a 13 ans, l'information passe mieux* » [GP4], « *prévenir les jeunes* » [AP2], « *pour les gamins ça aide* » [CP1].

Les autres patients n'ont pas fait de commentaire sur le type de public visé.

(2) Mémorisation des messages

77% des patients ont dit se souvenir d'un message concernant la prévention médicale.

Parmi eux, plus de la moitié, 51% (n=20), a mentionné les accidents domestiques : « *sur la prévention, sur ne pas laisser traîner les médicaments pour les enfants* » [CP2], « *Faut pas laisser les objets dangereux devant les petits* » [LP2], « *la prévention à la maison je trouvais que c'était pas mal* » [GP3].

Ensuite, 13% (n=5) des patients ont évoqué les messages concernant la vaccination : « *c'qui concerne les vaccins* » [HP2], « *il y avait un rappel sur les vaccins* » [FP2].

L'hygiène a été citée par 5% (n=2) des patients : « *pour l'histoire de la grippe (...) pour le lavage des mains, les choses comme ça* » [DP3], « *qu'après faut se laver les mains à chaque fois, tout ça* » [FP4].

Enfin, l'obésité a été citée une fois, ainsi que les différents moyens de contraception : « *à propos des moyens de contraception tout ça* » [IP1].

La 2^{de} catégorie de messages retenus par les patients à 20% (n=8) concernait l'actualité médicale. Parmi ceux-ci, 37% (n=3) ont cité les informations concernant l'alimentation : « *les repas, qu'est-ce qu'il faut manger pour être en bonne santé* » [LP3], « *celui sur la cantine m'avait marqué* » [EP4]. Vient ensuite l'hygiène de vie nommée par 25% des patients : « *des choses par rapports aux portables* » [GP4], « *j'ai vu que la 3G était moins dangereuse que la 2G* » [AP4], « *l'enfant qui se couche tard et qui a du mal à dormir* » [GP4]. Les différents moyens de contraception ont été mentionnés une fois, ainsi que les informations concernant la maladie de Lyme.

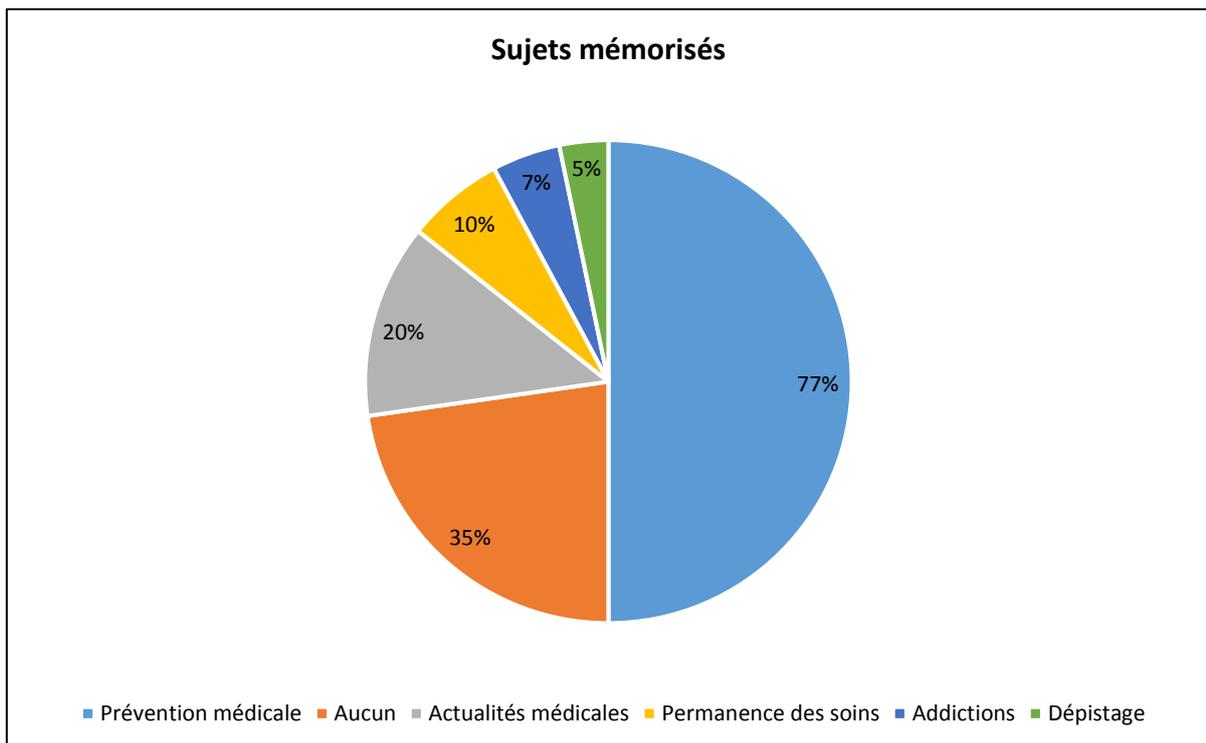
La 3^{eme} catégorie de messages mémorisés concernait la permanence des soins. 10% (n=4) des patients ont indiqué avoir pris connaissance des numéros d'urgence de leur secteur, tel que Médigarde, grâce à ces messages d'information : « *j'ai même pris le numéro de Médigarde que je n'avais pas* » [AP4], « *le numéro de téléphone qui va bien quand il y a besoin* » [CP3].

La 4^{eme} catégorie de messages concernait les addictions. 7% (n=3) des patients ont rapporté un message concernant le tabac, l'alcool ou la drogue : « *la dépendance des jeunes, libre ou pas de fumer (...) l'alcool* » [CP3].

La dernière catégorie de messages concernait le dépistage, avec le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus cités par 2 patients, soit 5%.

Néanmoins, 35% (n=14) des patients n'étaient pas capables de citer un message qu'ils avaient visionné lors de leur passage en salle d'attente.

Les messages concernant la prévention médicale semblent être les mieux assimilés par les patients. Ceux portant sur la prévention des accidents domestiques attirent plus leur attention. Cependant, plus d'un tiers des patients ne sont pas capables de citer un message qu'ils ont visionné lors de leur passage en salle d'attente.



(3) Discussion avec le médecin

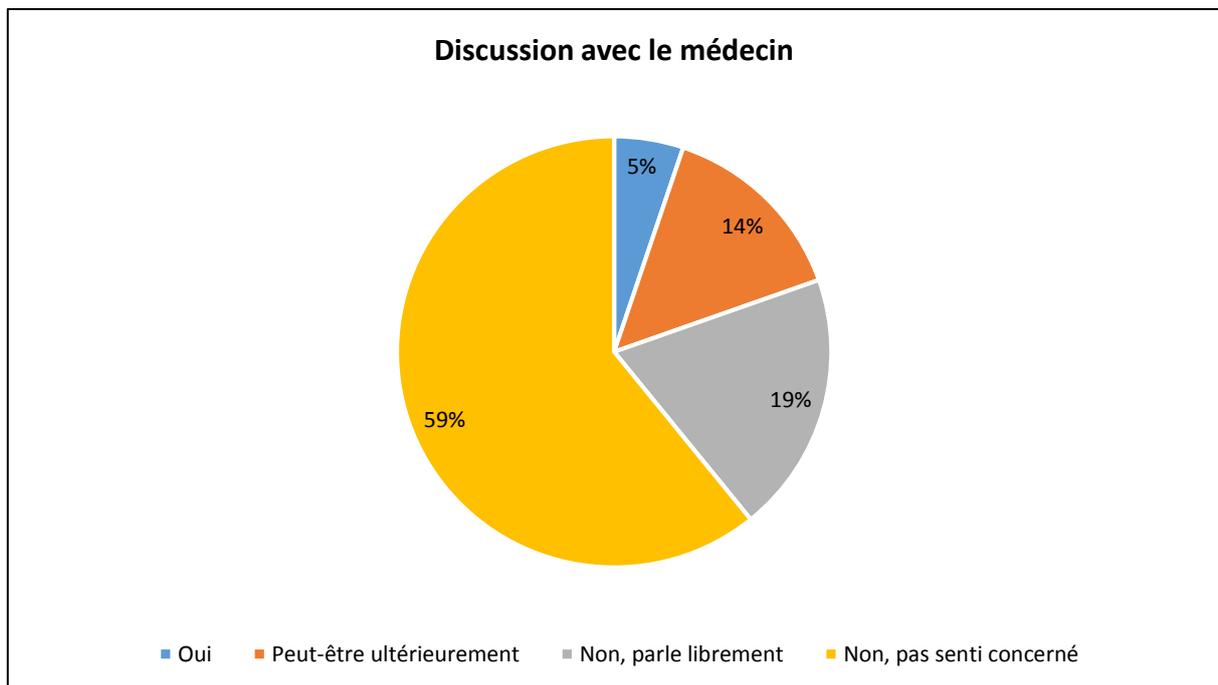
Seulement 5% (n=2) des patients ont rapporté avoir abordé un des sujets vus sur l'écran en salle d'attente avec leur médecin.

Néanmoins, 14% (n=5) pensaient pouvoir aborder ultérieurement un de ces sujets avec leur médecin : « *s'il y a des trucs qui passent et que ça m'intéresse je lui poserai la question* » [DP1], « *peut-être qu'une autre fois ça amène d'autres questions* » [FP2].

19% (n=7) des patients ont indiqué parler librement avec leur médecin et ne pas avoir besoin de ces messages pour évoquer les sujets qui les intéressent : « *dès qu'il y a quelque chose, on en parle assez ouvertement* » [CP1], « *on est très proche de notre médecin, si on a quelque chose à lui demander on n'hésite pas* » [EP1].

Cependant, la grande majorité des patients, soit 59% (n=23), ne s'étaient pas sentis concernés par ces messages et n'avaient pas eu besoin d'en parler avec leur médecin : « *je pose toujours des questions sur ma santé à moi* » [BP1], « *non comme je ne suis pas concernée* » [CP2].

Un peu plus de la moitié des personnes interrogées ne se sont pas senties concernées par les messages et n'ont donc pas éprouvé le besoin d'en parler avec leur médecin. L'écran semble favoriser le dialogue entre les médecins et leurs patients uniquement dans de rares cas. Certains interrogés signalent parler librement en consultation en règle générale et que les messages sont plus pour leur information personnelle.



d) Type d'information attendu par les patients

(1) Information médicale

Un peu plus de la moitié des patients, soit 51% (n=20), ont exprimé le souhait de retrouver des messages d'actualités médicales. Parmi cette 1^{ère} catégorie de messages, les principaux thèmes cités sont les découvertes sur le plan médical, les maladies comme l'hypertension et le diabète, les cancers, le SIDA et la maternité.

Le 2nd thème concernait la prévention médicale, citée par 49% (n=19) des patients. La vaccination revenait fréquemment, suivie par la prévention de manière générale : « *de la prévention, beaucoup de prévention* » [AP2], « *La prévention du SIDA* » [AP2] et « *le risque de chute chez les personnes âgées* » [GP4].

La prévention des accidents domestiques venait en 3^{ème} position, rapportée par 25% (n=10) des patients : « *au niveau des enfants, enfin des dangers de la maison* » [CP1], « *la prévention, par exemple des choses électriques près de l'eau* » [GP3].

Le dépistage des cancers a été mentionné par 18% (n=7) des patients : « *le dépistage des cancer* » [AP3], « *le cancer du sein, la coloscopie les choses comme ça* » [AP2].

Les messages sur l'aide au diagnostic et à la prise en charge ont également été cités par 18% (n=7) des patients : « *la conduite à tenir en cas de fièvre, douleurs dentaires, maux de tête...* » [LP2], « *par rapport aux symptômes des maladies* » [DP1].

Les conseils concernant le mode de vie ont été rapportés par 18% (n=7) des patients : « *la majorité des problèmes cardio-vasculaires c'est lié quand même beaucoup au stress, orienter les gens pour faire du sport (...) une meilleure hygiène de vie* » [AP2], « *sur l'alimentation* » [DP3].

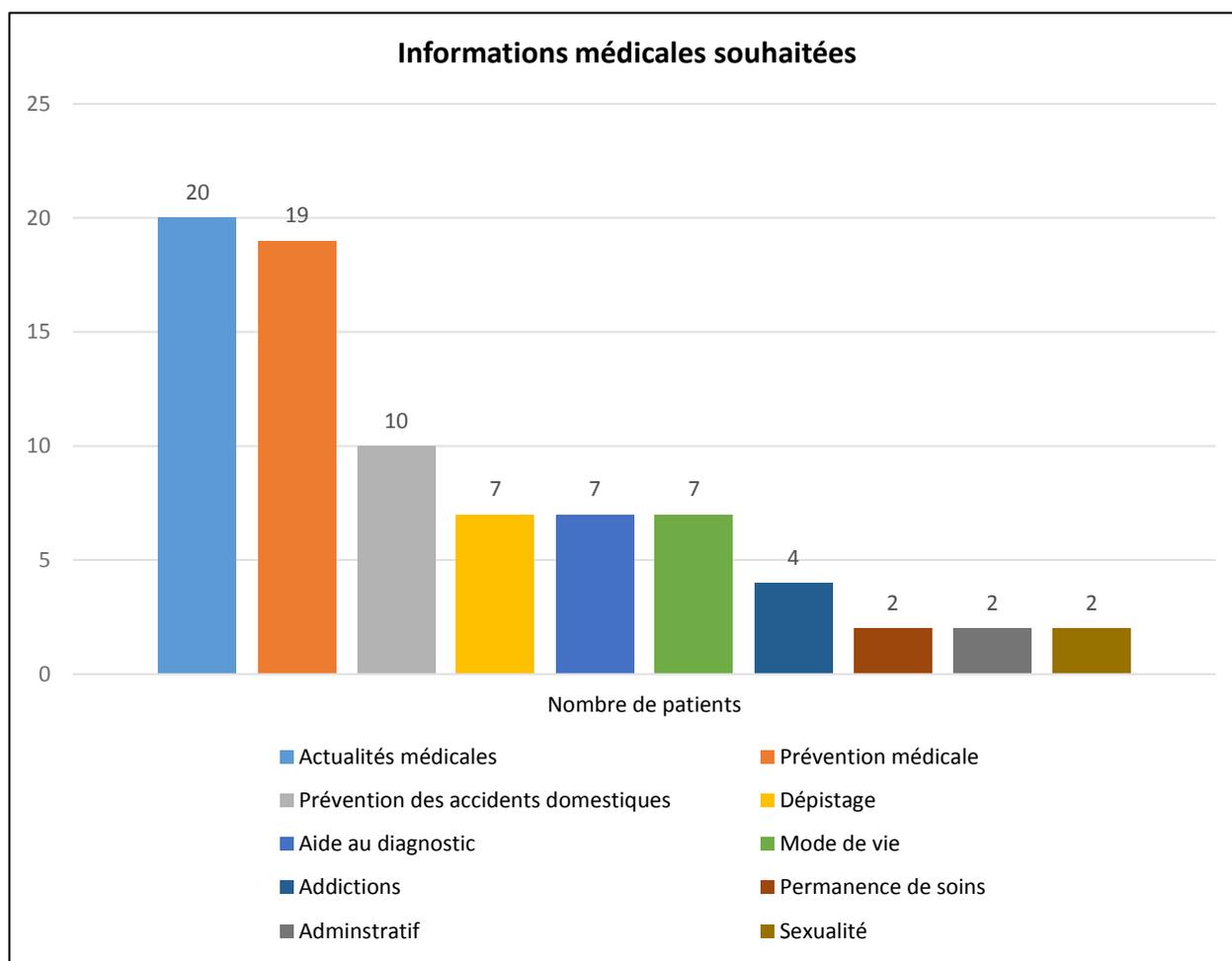
Les addictions ont été citées par 10% (n=4) des patients : « *Sur le tabac, l'alcool tout ça... la drogue* » [AP1].

Venaient ensuite les messages concernant la permanence des soins, réclamés par 5% (n=2) des patients : « *les pharmacies de garde, les médecins de garde* » [IP1], « *des numéros de téléphone sur des endroits où l'on peut appeler pour avoir des renseignements médicaux* » [AP4].

L'aspect administratif avec la sécurité sociale a été cité par 5% (n=2) des patients : « *utilisation des cartes vitales, des mises à jour* » [EP1], « *des nouvelles lois qui entrent en vigueur, ça c'est intéressant. Ou les modifications par rapport aux tarifs* » [FP3].

Enfin, la sexualité a été citée elle aussi par 5% (n=2) des patients.

Les thèmes les plus attendus restent les informations de type actualités et prévention médicales. La prévention des accidents domestiques semble elle aussi être un thème très intéressant pour les patients qui sont à la recherche de conseils pour leur vie de tous les jours.



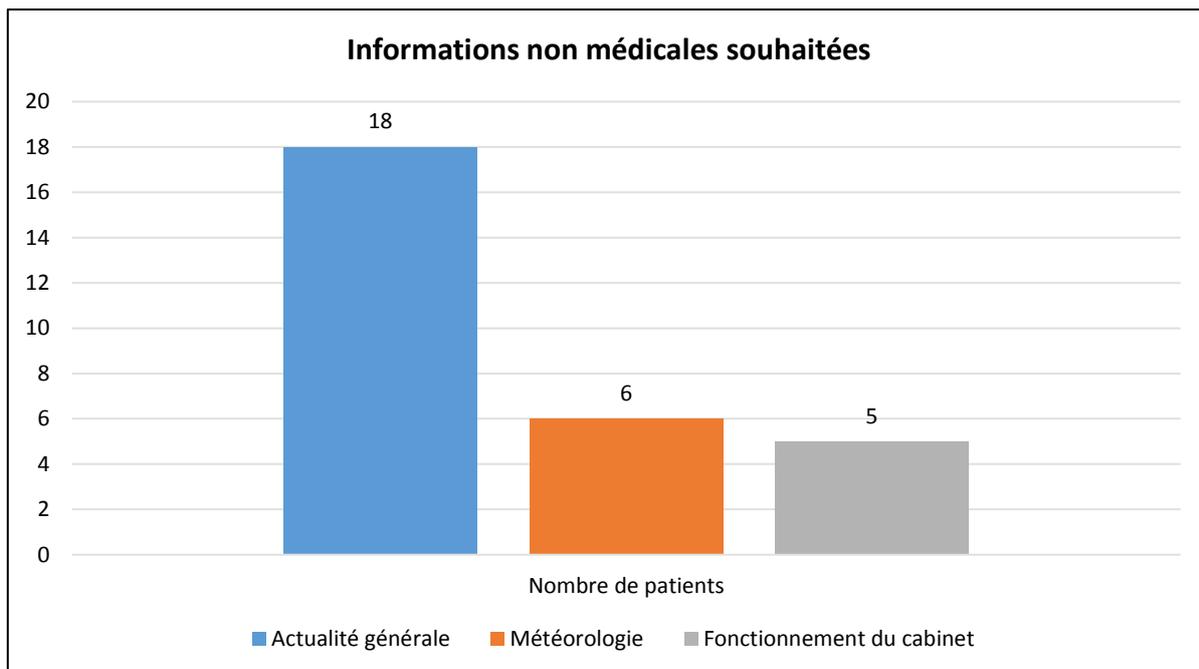
(2) Informations non médicales

Les patients ont principalement réclamé, à 49% (n=18), des messages concernant l'actualité générale : « *ça peut être intéressant aussi, des choses sur l'actualité* » [CP1], « *les informations régionales, aussi culturelles peut-être ! Ce qu'il se passe dans notre ville, les concerts, les spectacles* » [HP1], « *à titre perso ça serait plus des informations d'ordre général, enfin des vraies informations style internationales* » [EP3].

La météo a été citée par 15% (n= 6) des patients : « *Comme la météo c'est bien* » [HP1], « *voilà les éphémérides du jour* » [IP1].

Enfin, les messages concernant le fonctionnement du cabinet ont été réclamés par 13% (n=5) des patients : « *Les horaires d'ouverture du cabinet* » [IP1], « *les messages en rapport avec la maison médicale de manière générale* » [AP3].

Une petite moitié des patients souhaitent des messages concernant l'actualité générale, afin de varier le type d'information délivré.



(3) Informations à éviter

Même si 46% (n=18) des patients ont indiqué vouloir des informations de type actualités générales, 49% (n=19) ont déclaré ne pas être intéressés par la diffusion de messages d'actualité générale sur ces écrans : « *Je ne vois pas l'intérêt ici (...) c'est mieux de mettre sur la santé* » [DP1], « *si je veux voir les infos j'ai mon portable ou ma télé* » [DP2], « *je trouve que ce n'est pas le lieu. Je viens ici pour ma santé, c'est plus intéressant pour moi de trouver des choses liées à ma santé* » [FP2].

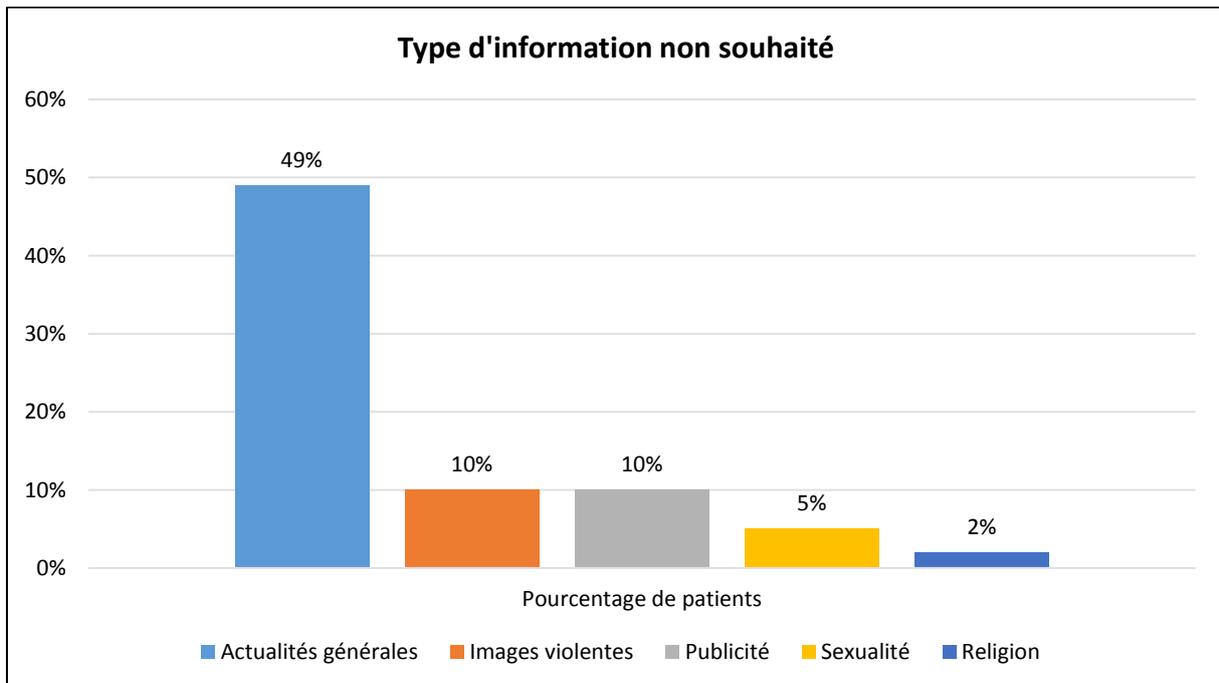
Actuellement, la publicité n'est pas présente entre les messages diffusés. 10% (n=4) des patients ont spécifié ne pas souhaiter qu'elle soit intégrée au contenu : « *Bon on n'a pas besoin de publicité !* » [BP2], « *il ne faudrait pas qu'il y ait des pubs* » [DP2].

10% (n=4) des patients ont attiré l'attention sur les images violentes : « *des choses qui sont un peu trop dures à regarder* » [GP1], « *il y a des choses qu'il ne faut pas forcément montrer* » [CP2].

Le sexe a été rapporté par 5% (n=2) des patients : « *je pense que tout ce qui est sexualité quand il y a des enfants...* » [BP3].

Enfin, le sujet de la religion a été mentionné par un patient : « *si c'est sur la religion, personne n'est d'accord alors c'est pas la peine* » [AP1].

Alors qu'une petite moitié de notre échantillon souhaitait la diffusion de messages d'actualité générale, à peu près la moitié des patients affirment ne pas en vouloir. Pour eux, ce n'est pas le lieu approprié. Ils privilégient les informations médicales. La publicité et les images violentes (personnes malades ou accidentés de la route) ont également été mentionnées comme à éviter, risquant de choquer certains patients.



e) Écran

(1) Points positifs

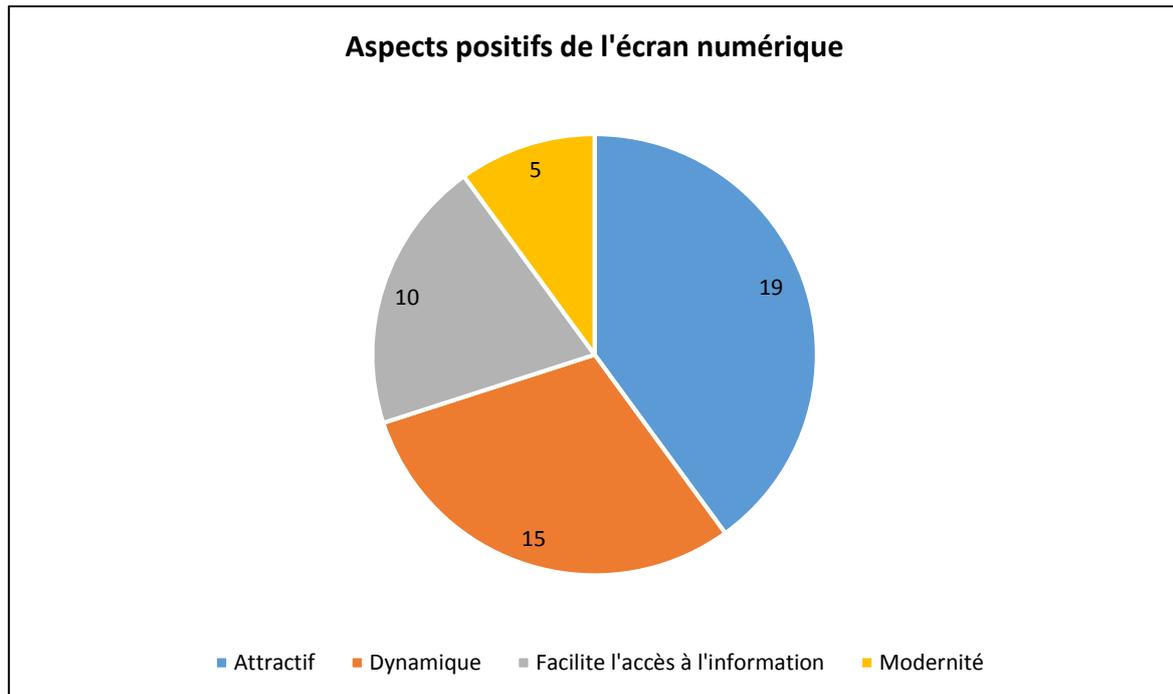
49% (n=19) des patients ont trouvé l'écran numérique plus attractif que le papier : « *l'écran c'est quand même plus attractif, ça attire plus l'œil* » [DP1], « *globalement l'écran ça attire plus l'œil que le papier* » [IP1], « *les gamins sont tout de suite captivés par l'écran, du coup le message passe mieux* » [CP2].

38% (n=15) des patients ont mis en avant que le fait d'avoir une image dynamique sur un écran a plus d'impact sur eux qu'une simple affiche ou qu'un dépliant : « *C'est plus gros, l'animation fait qu'on y prête plus attention* » [DP2], « *c'est plus marquant à mon avis sur l'écran. Il y a le côté coloré qui bouge, à mon avis c'est plus parlant* » [AP3], « *l'écran c'est plus vivant, c'est plus ludique* » [EP3].

25% (n=10) des patients ont confié que ça leur facilitait l'accès à certaines informations : « *C'est le moyen le plus commode, le plus rapidement assimilé* » [GP3], « *c'est bien parce qu'on voit tout* » [FP4].

Enfin, 13% (n=5) des patients ont jugé que l'écran est un signe de modernité pour le cabinet médical : « C'est un format un peu plus moderne » [GP1], « nouvelle mode » [DP1].

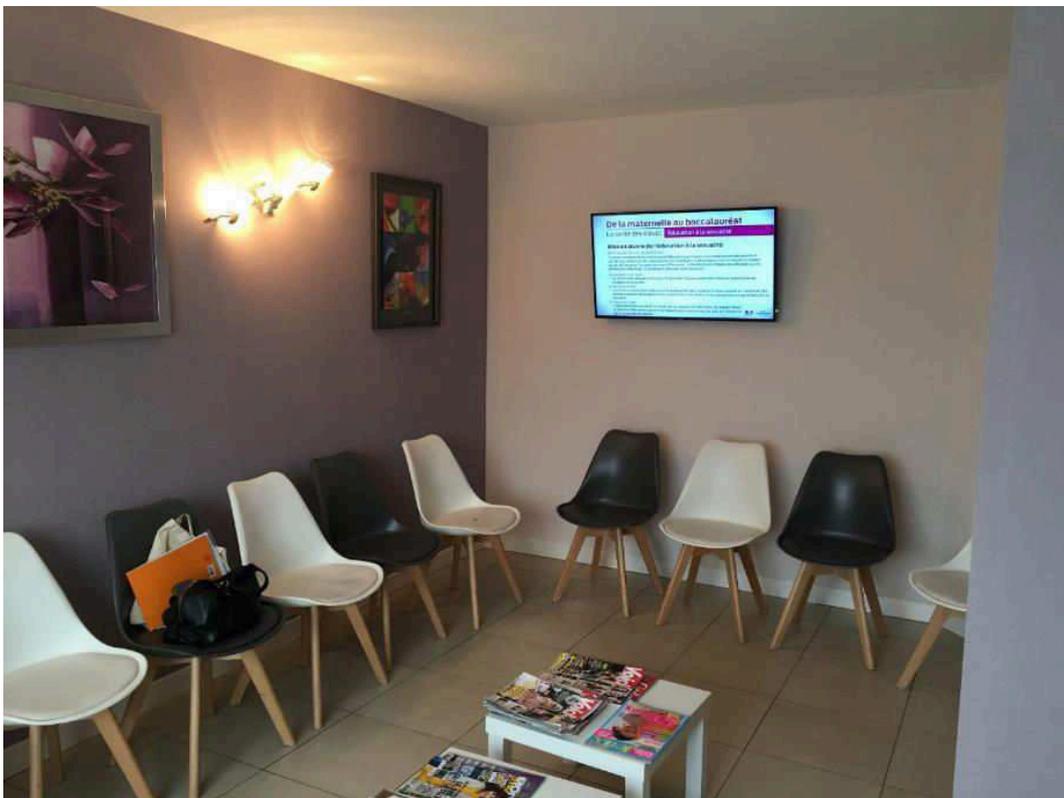
- **L'écran semble être apprécié par la plupart des patients. Son aspect dynamique et attractif séduit les patients. Les messages seraient plus facilement assimilés.**
- **De plus, l'écran renvoie une image de modernité du cabinet qui plaît à certains patients.**

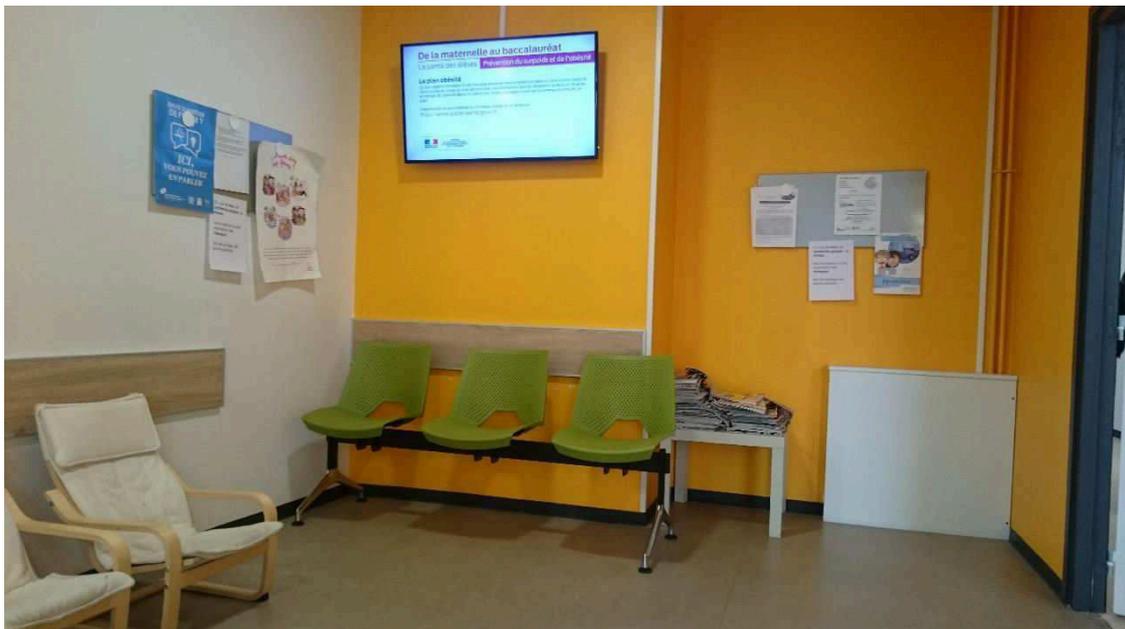
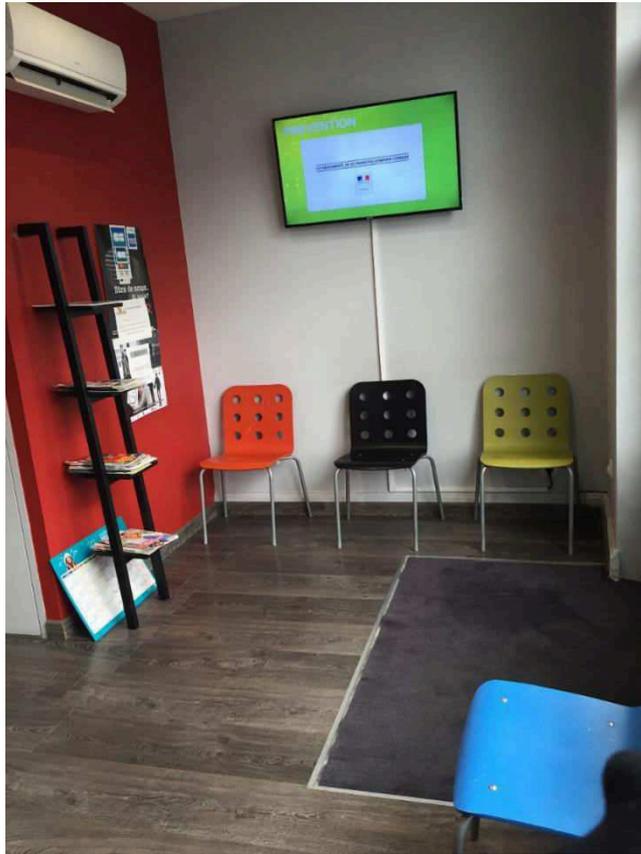


(2) Points négatifs

L'ergonomie a été citée par 30% (n=12) des patients comme point négatif. En effet, le mauvais positionnement de l'écran dans la salle d'attente a été souvent évoqué, ainsi que sa taille par rapport à celle de la pièce : « C'est la 1^{ère} fois que je le vois ! Je ne suis jamais placée en face, je lui tourne le dos » [AP1], « l'écran est placé un peu haut et c'est assez désagréable. Situé 40-50 cm plus bas ça serait très bien » [HP1], « c'est des gros écrans alors qu'il n'y a pas assez de place, comme ici ! » [BP3].

Photographies d'écrans dynamiques en salle d'attente





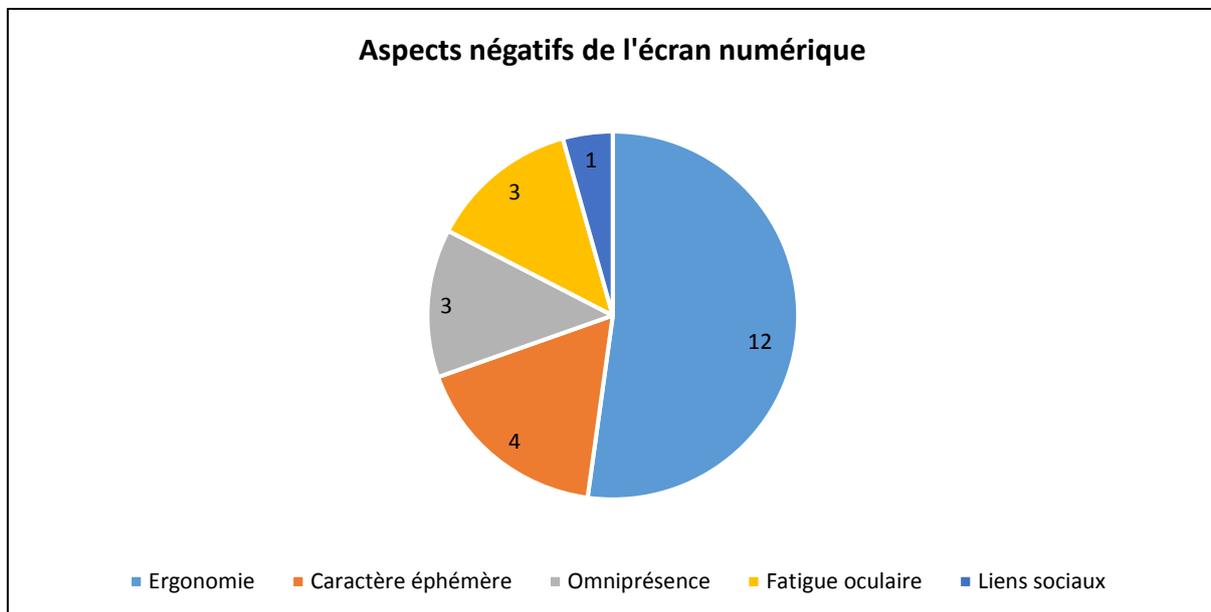
Le caractère éphémère des messages et leur enchaînement rapide qui peut entraîner une attitude passive de la part des patients ont été cités par 10% (n=4) des patients : « *Regarder bêtement un écran* » [BP3], « *on le lit et puis c'est tout* » [EP1].

Les effets néfastes sur la santé, comme la fatigue oculaire, ont été spécifiés par 7% (n=3) des patients : « *Je ne suis pas fan parce que les écrans ça fait mal aux yeux* » [FP3].

7% (n=3) des patients ont rapporté le caractère omniprésent des écrans dans leur quotidien : « *de toute façon on a trop d'écrans !* » [GP3], « *les écrans on en a partout alors on ne fait même plus trop attention* » [IP3].

Enfin, un patient a souligné la limitation des échanges sociaux engendrée par l'écran : « *les écrans ça tue la conversation, ça tue tout* » [BP3].

- ***L'emplacement, le positionnement sur le mur et la taille de l'écran sont des critères importants à prendre en compte. Un tiers des patients rapportent être dérangés pour la visualisation des messages.***
- ***La vitesse de défilement, l'enchaînement rapide de messages peuvent entraîner une lassitude de la part des patients qui regardent les images sans réellement assimiler leur contenu.***
- ***Une petite partie se sent envahie par les écrans et n'y prête plus forcément attention.***



f) Autres supports d'information

(1) Support papier

Concernant les dépliants informatifs, deux principaux atouts ont été mentionnés.

10% (n=4) des patients ont confié apprécier pouvoir garder la documentation avec eux, pour avoir l'information à leur disposition : « *ça permet de l'avoir sur soi* » [GP2], « *au moins on peut les mettre dans le sac* » [CP1].

Dans cette même logique, 15% (n=6) des patients ont déclaré aimer prendre le temps de les lire tranquillement chez eux : « *si j'ai un problème quelconque je prends la doc (...) pour l'emporter et lire ça à tête reposée à la maison* » [FP2], « *parce qu'on peut les lire chez soi (...) on peut prendre notre temps* » [LP3].

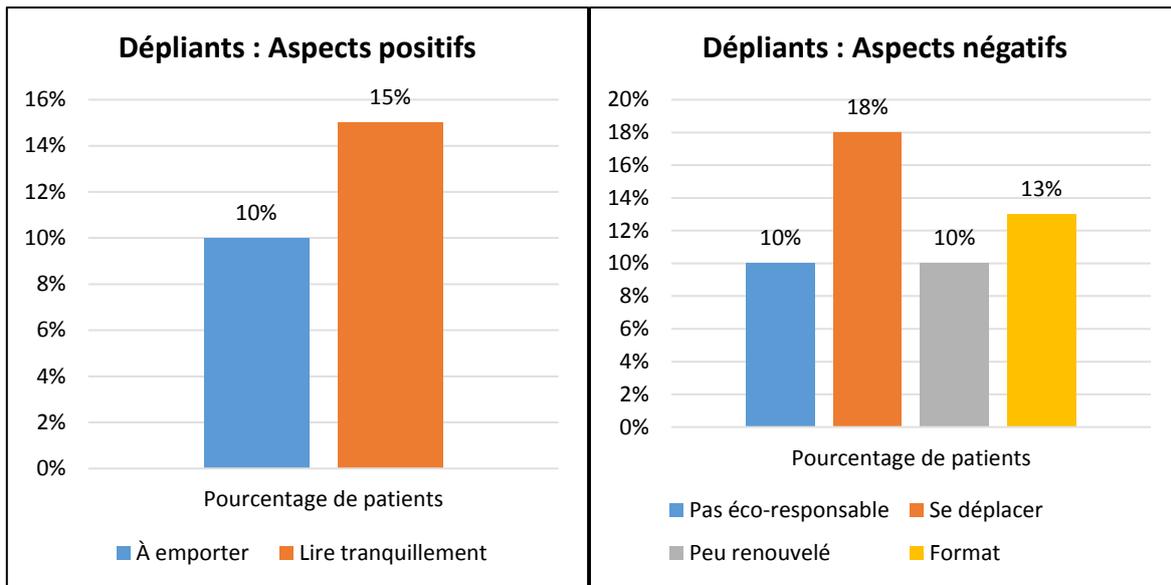
Cependant, pour 18% (n=7) des patients, devoir se déplacer pour atteindre les dépliants semble être un frein à leur lecture : « *la flemme de prendre un dépliant* » [EP4], « *les dépliants on n'y va pas forcément* » [AP1].

Leur petit format paraît être un défaut pour 13% (n=5) des patients : « *c'est pas toujours agréable à lire, c'est petit, c'est plié* » [GP1], « *les petits bouquins ça va 5 minutes, mais enfin tourner les pages ça va 5 minutes* » [DP3].

De plus, 10% (n=4) des patients ont trouvé que les dépliants étaient trop peu renouvelés : « *les livres c'est toujours les mêmes* » [HP2], « *les petits dépliants c'est pas renouvelé trop souvent !* » [AP3].

Enfin, 10% (n=4) des patients ont signalé le manque d'éco-responsabilité : « *c'est pas très éco-responsable* » [GP1], « *on en reçoit assez dans la boîte-aux-lettres des papiers* » [HP3].

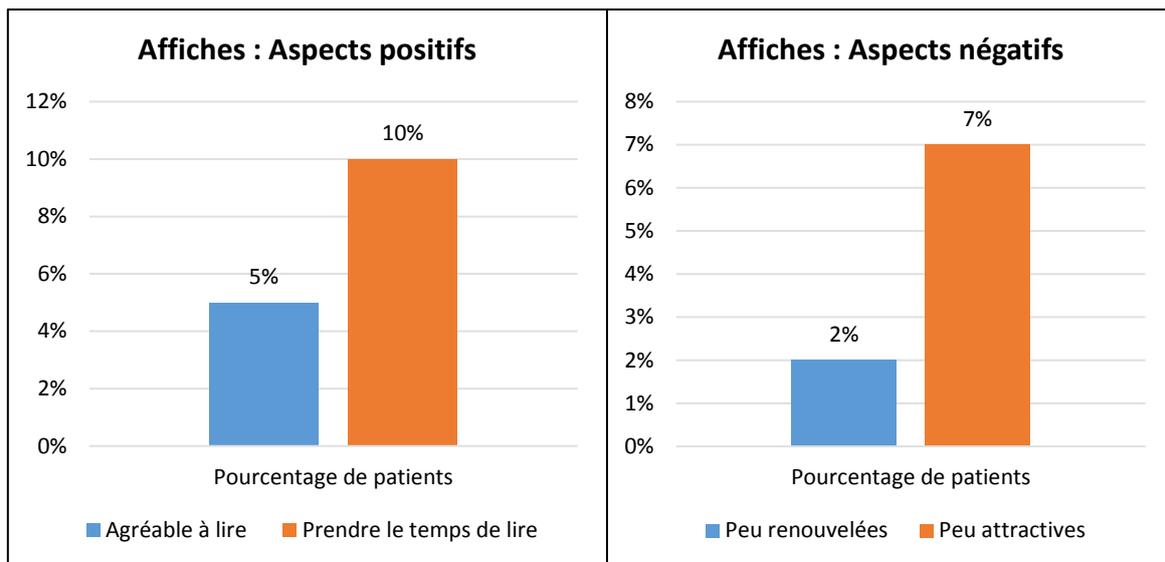
- ***Les dépliants informatifs restent un moyen d'information apprécié par les patients. Le fait de pouvoir les emporter avec soi et de les lire ou relire tranquillement chez soi séduit les patients.***
- ***Cependant, une partie des patients avouent ne pas faire l'effort de se déplacer pour les regarder. Leur petit format peut en rebuter quelques-uns.***
- ***Notre époque se soucie de plus en plus de l'écologie et de la préservation de l'environnement. Certains patients ont fait remarquer le manque d'éco-responsabilité des dépliants papier.***



A propos des affiches, 10% (n=4) des patients ont signalé apprécier pouvoir prendre leur temps pour les lire : « on a le temps de la lire » [CP2], « je vais la lire parce que j'aurai le temps de la lire déjà » [FP3]. Et 5% (n=2) ont jugé qu'elles étaient agréables à lire : « avec les couleurs et tout » [DP1], « c'est attrayant » [DP3].

Néanmoins, 7% (n=3) des patients ont confié les trouver peu attractives : « les affiches je ne m'en occupe pas trop » [HP3], « Disons que trop de papiers, les gens ne les regardent plus ! » [AP3]. Ce même patient a notifié qu'elles étaient trop peu souvent renouvelées : « Les affiches si elles restent, au bout d'un moment les gens ne les voient plus ! ça reste toujours les mêmes » [AP3].

- **Les affiches séduisent moins les patients. Beaucoup ne les trouvent plus attractives et signalent leur manque de renouvellement.**
- **Néanmoins, ceux qui les ont citées mettent en avant le fait de pouvoir prendre son temps pour les lire et leur caractère agréable à regarder.**



(2) Supports numériques

15% (n=6) des patients ont attiré l'attention sur le fait que la plupart d'entre eux sont rivés sur leur téléphone en salle d'attente : « *dans la salle d'attente on est tous sur nos smartphones* » [IP2], « *on a tous nos écrans, nos portables ! Là vous allez dans la salle d'attente vous avez la moitié sur son portable !* » [GP3].

5% (n=2) des patients ont jugé ne pas avoir besoin de ces écrans numériques en salle d'attente pour s'informer et trouver tout ce dont ils ont besoin sur internet : « *on est quand même tous branché sur internet, on trouve tout ce qu'on veut* » [EP1], « *l'écran on a le téléphone, les tablettes, l'ordinateur et c'est vite tapé... si on veut une info on va la chercher chez soi et pas chez le médecin, enfin pas dans la salle d'attente* » [IP3].

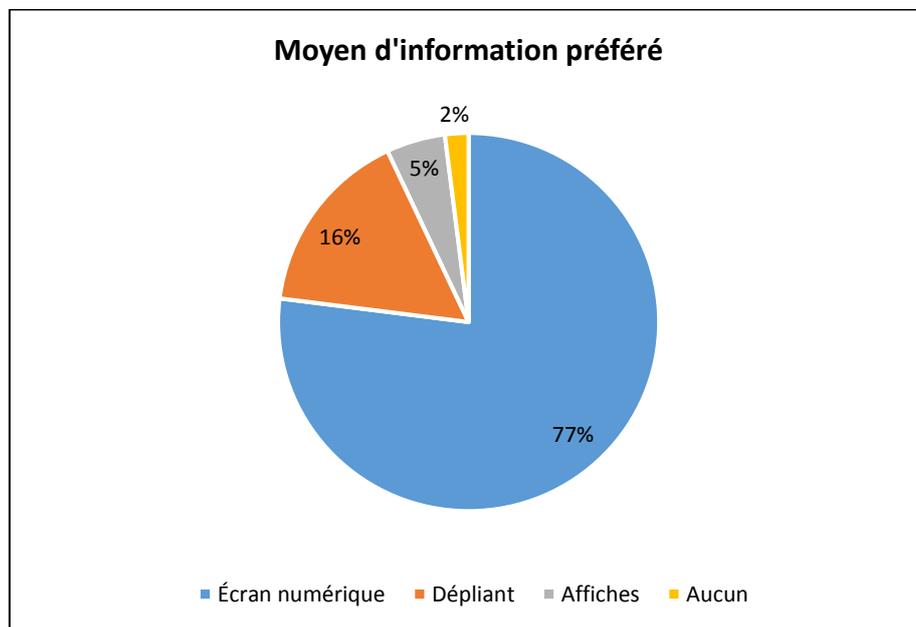
Pour terminer, un patient a indiqué préférer regarder les actualités générales via son téléviseur : « *Les informations nationales moi je les regarde à la maison* » [FP2].

De nos jours, une très grande majorité de personnes possèdent et utilisent un smartphone, qui donne accès à une multitude d'informations. Nous notons que de plus en plus de personnes patientent en salle d'attente à l'aide de leur téléphone, sans faire attention aux moyens d'information qui les entourent.

En conclusion, 77% (n=30) des patients ont affirmé préférer l'écran numérique comme moyen d'information, 16% (n=6) les dépliants papier, 5% (n=2) les affiches murales et 2% (n=1) n'avaient aucune préférence.

Caractéristiques des groupes de patients selon leur moyen d'information préféré

	ÉCRAN	DÉPLIANT	AFFICHE	AUCUN
Nombre de patients	30	6	2	1
Sexe	60% femmes / 40% hommes	83% femmes / 17% hommes	100% femmes	100% hommes
Âge moyen	50,13 ans	54 ans	28,5 ans	54 ans
Nombre d'enfant(s)	1,8	1,8	1	0
Catégorie socio-professionnelle	4 Cat 2 2 Cat 3 2 Cat 4 8 Cat 5 4 Cat 6 7 Cat 7 3 Cat 8	1 Cat 2 1 Cat 3 3 Cat 5 1 Cat 7	2 Cat 5	1 Cat 6
Temps d'attente moyen	28,5 minutes	1 heure	17,5 minutes	15 minutes



Parmi les patients qui signalent le caractère répétitif des messages, nous retrouvons trois hommes et sept femmes. L'âge moyen du groupe est de 47,1 ans. Leur durée d'attente moyenne en salle d'attente est de 46,5 minutes et la plupart viennent tous les mois ou tous les deux mois (7 patients sur les 10). Leur longue durée d'attente, ainsi que la venue au cabinet de manière rapprochée peuvent expliquer que les patients trouvent rébarbatifs les messages

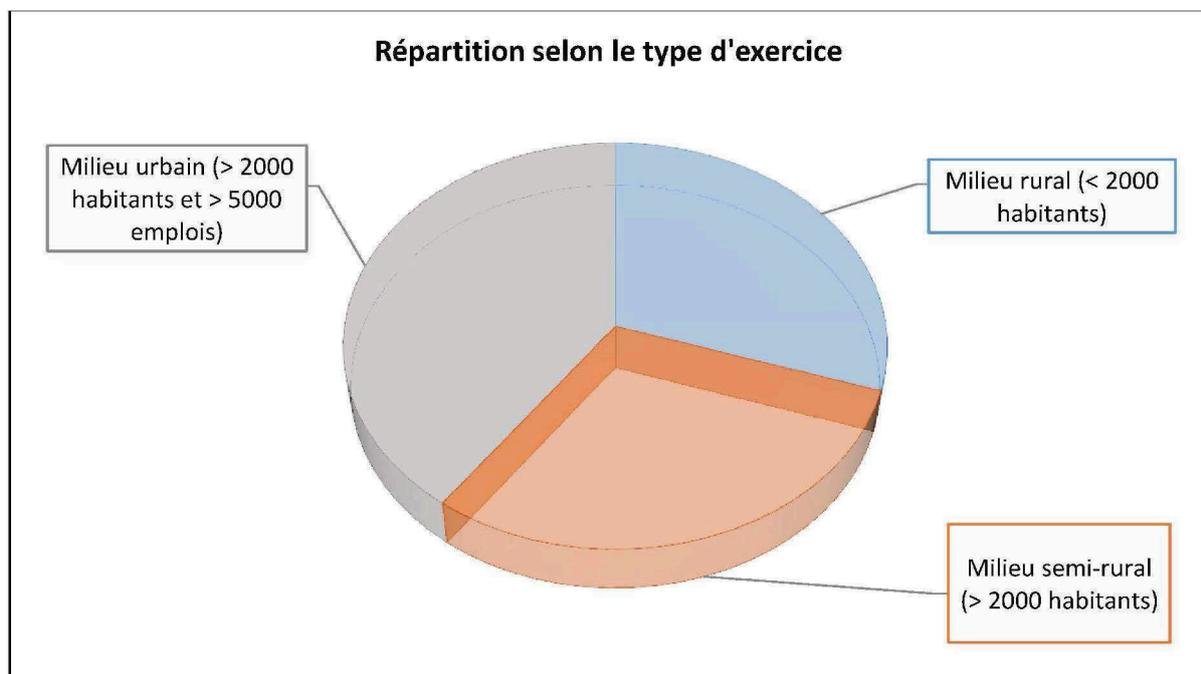
diffusés. Les séquences de messages diffusées durent en moyenne vingt minutes. Les patients sont donc amenés à voir deux à trois fois les mêmes messages au cours de leur attente, ce qui explique qu'ils puissent être lassés par ceux-ci.

B. Enquête auprès des médecins (par Charlotte Hermal)

1. Panel des médecins généralistes interrogés

Les 10 médecins généralistes interrogés exerçaient dans des milieux différents :

- 3 en milieu rural : Haroué, Saint-Privat-la-Montagne et Charmois-l'Orgueilleux
- 3 en milieu semi-urbain : Sainte-Marie-aux-Chênes, Fléville-devant-Nancy et Ennery
- 4 en milieu urbain : Nancy, Ban-Saint-Martin et Vandœuvre-lès-Nancy.



Le panel révélait également une diversité d'exercice :

- 6 médecins généralistes étaient installés dans un cabinet de groupe, dont 2 qui exerçaient au sein d'une Maison de Santé
- 4 médecins généralistes exerçaient seuls.

Leur mode de consultation était équitablement réparti en deux catégories :

- 5 médecins consultaient exclusivement sur rendez-vous
- 5 avaient un mode de consultation mixte, associant des plages de consultations sur rendez-vous et d'autres libres, sans rendez-vous.

Tous bénéficiaient d'un cabinet informatisé.

L'âge des participants était de 56 ans en moyenne, variant de 44 à 64 ans. Leur ancienneté d'exercice dans la profession était de 27 ans en moyenne, allant de 15 à 34 ans.

La majorité des personnes interrogées était des hommes : 8 médecins de sexe masculin et 2 de sexe féminin.

Notre échantillon d'étude est regroupé dans le tableau ci-après qui reprend les caractéristiques propres à chaque médecin. Afin de préserver leur anonymat, un code leur a été attribué : ce dernier sera repris tout au long de notre travail.

Tableau récapitulatif des caractéristiques des médecins interrogés

CODE	SEXE	ÂGE	ANCIENNETÉ (date de début d'exercice)	MILIEU D'EXERCICE	TYPE D'EXERCICE	MODE DE CONSULTATION
A-M1	M	56	1990	rural	en groupe	RdV
B-M1	M	63	1984	rural	seul	RdV
C-M1	M	46	2003	semi-rural	en groupe	mixte
D-M1	M	50	1998	urbain	en groupe	RdV
E-M1	M	60	1986	semi-rural	seul	mixte
F-M1	F	61	1984	rural	en groupe	RdV
G-M1	M	44	2002	semi-rural	en groupe	mixte
H-M1	M	59	1989	urbain	seul	RdV
I-M1	F	55	1988	urbain	en groupe	mixte
L-M1	M	64	1984	urbain	seul	mixte

RdV : consultations sur rendez-vous ; mixte : consultations libres et sur rendez-vous

2. Réponses des médecins

Le verbatim d'un entretien médecin figure en annexe 6.

a) Critères de décision

(1) Incitations

Notre entretien débutait par une question assez globale, afin de comprendre ce qui a poussé les médecins à installer un écran dynamique dans leur salle d'attente.

De façon unanime, les médecins ont mis en avant le fait qu'ils ne s'étaient pas équipés par initiative personnelle, mais suite à une proposition spontanée de ce projet :

C-M1 « une occasion »

D-M1 « on m'a dit que c'était une expérimentation »

E-M1 « j'y pensais même pas »

H-M1 « dès qu'on m'a proposé, j'ai dit oui tout de suite ».

Ce qui a séduit ces professionnels de santé était la possibilité de communiquer et de faire de la prévention auprès de leur patientèle :

D-M1 « intéressant de passer des messages de prévention en salle d'attente »

F-M1 « source d'informations »

G-M1 « diffuser des informations institutionnelles »

L-M1 « augmenter la communication ».

Pour 3 médecins sur 10, la validité des informations diffusées était également un argument dans leur prise de décision :

A-M1 « choses validées... reco, INPES »

C-M1 « utile »

L-M1 « Agence Régionale de Santé ».

Certains médecins ont été séduits par la possibilité d'une personnalisation des messages, avec notamment l'ajout de diapositives expliquant le fonctionnement du cabinet :

B-M1 « messages personnels... relatifs à la marche du cabinet »

G-M1 « fonctionnement des différents cabinets ».

Pour se faire, une majorité (8 sur 10) a reconnu apprécier la gestion déléguée proposée par cette offre :

A-M1 « si j'ai une demande particulière, je peux faire »

B-M1 « les gens qui s'occupent du site »

I-M1 « je m'occupais de rien ».

D'autres arguments avancés par un plus faible effectif (3 médecins sur 10) étaient l'absence d'engagement (*A-M1 « tester », B-M1 « essayer », D-M1 « pas d'engagement »*), ainsi que le caractère moderne (*A-M1 « à la mode », H-M1 « c'est un plus », L-M1 « moyen moderne »*) et distrayant (*H-M1 « moyen de distraction », I-M1 « agréable pour les patients »*) de l'affichage dynamique.

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, aucun des médecins n'a été acteur dans l'installation d'un écran dans sa salle d'attente. En réalité, cela émane d'une proposition faite par des médecins membres de l'URPS puis l'UPSL. Toutefois, nous remarquons que ce concept d'affichage dynamique séduit les médecins. Ils cherchent prioritairement à communiquer davantage avec leurs patients et à leur apporter des informations nouvelles. Il est donc primordial que les messages diffusés sur l'écran soient issus de sources médicales validées.

La personnalisation de messages permise par l'écran est peu utilisée par les médecins, malgré l'intérêt qu'ils y portent avec, notamment, l'envie d'y ajouter des informations nouvelles. Le caractère chronophage de cette action et le manque de disponibilité de leur interlocuteur référent est un frein pour la majorité des utilisateurs. Il est donc nécessaire, pour valoriser ce module de personnalisation, de mettre en place une gestion déléguée avec une personne dédiée et disponible.

(2) Connaissance et réticences vis-à-vis du système

Lors des entretiens, nous avons demandé aux médecins s'ils avaient déjà connaissance de l'affichage dynamique en salle d'attente via un écran.

7 médecins sur 10 ont admis ne pas connaître ce moyen d'information en médecine générale :

C-M1 « pas en médecine »

E-M1 « jamais réfléchi au problème »

I-M1 « je m'étais jamais informée spécialement ».

7 médecins sur 10 avaient déjà vu ce système, chez d'autres professionnels de santé essentiellement :

B-M1 « chez les pharmaciens »

C-M1 « chez l'orthodontiste »

F-M1 « ophtalmo et leurs collaborateurs »

H-M1 « autres professionnels de santé »

L-M1 « centre d'IRM et d'imagerie ».

2 des médecins avaient déjà tenté l'expérience, antérieurement et de façon individuelle :

E-M1 « j'avais déjà fait une tentative... télévision traditionnelle il y a 20 ans »

L-M1 « je le faisais déjà avant avec un ordi », « en bricolant ».

Lorsque nous demandions aux médecins interrogés s'ils avaient des réticences initialement, majoritairement la réponse fut négative.

Toutefois, 2 médecins ont reconnu leur peu d'intérêt (*I-M1 « je n'avais pas d'opposition plutôt que j'avais un intérêt particulier »*), voire leur absence d'intérêt pour les écrans de manière

générale (F-M1 « pas très écran », « source d'agression », « pas ma façon favorite d'informer », « ça ne me passionne pas »).

L'écran dynamique est un support d'information peu répandu en médecine générale, contrairement à d'autres professionnels de santé. Bien que l'idée ait plu à la plupart des médecins interrogés, il faut souligner que certains d'entre eux sont réticents aux nouvelles technologies de façon générale. Le travail en cabinet de groupe et la confiance envers les médecins proposant cette expérimentation ont influencé leur décision.

(3) Personnes participant au projet

Ce projet d'écrans dynamiques en salle d'attente était porté par l'URPS initialement, puis l'UPSL.

Le docteur JDG est membre de cette association et 6 médecins sur 10 ont évoqué son nom quant à leur adhésion à cette expérimentation :

C-M1 « Dr G. »

G-M1 et L-M1 « JD »

I-M1 « Monsieur G. ».

La gestion déléguée évoquée plus haut revenait au chargé de mission, ELB. Il a été nommé par 7 médecins sur 10 au cours des entretiens :

B-M1, D-M1 « E. »

E-M1 « seul et unique interlocuteur », « un monsieur »

H-M1 « l'intervenant là de l'URPS ».

Pour 2 praticiens interviewés, le fait de connaître les membres de l'équipe a permis une plus grande confiance :

A-M1 « ça faisait partie du groupe, du cercle de gens qui se réunissaient régulièrement », « médecins, gens du terrain qui sont aux commandes », « j'fais confiance »

I-M1 « confrères avec qui on partage les mêmes idées », « confiance dans l'équipe », « s'ils trouvaient que c'était bien, c'est que c'était bien ! ».

Le fait que le projet de l'UPSL soit porté par des médecins généralistes en activité a été un argument pris en compte lors de l'adhésion des médecins. La confiance accordée est plus importante qu'envers un prestataire de services. En effet, ils sont sur le terrain et leur choix des messages s'avère alors pertinent. Par ailleurs, la personne en charge de la gestion de l'écran a été nommée par la majorité des utilisateurs. Nous pouvons nous interroger quant à l'importance ou non d'avoir un interlocuteur unique. Aucun médecin ne s'est prononcé à ce sujet.

(4) Travaux

L'installation de l'écran dans les salles d'attente nécessitait une fixation murale, ainsi que divers branchements : arrivée électrique et raccordement au réseau internet.

Dans la plupart des cabinets, ces arrivées étaient déjà présentes :

C-M1 « bâtiment qui s'y prête »

H-M1 « prise de courant qui était prête »

L-M1 « j'avais tout, la prise de courant, le point réseau ».

Pour certains médecins, l'installation de l'écran a nécessité quelques travaux, de raccordement essentiellement :

B-M1 « petite adaptation »

F-M1 « petits travaux pour accrocher ».

L'un des médecins interrogés a réalisé des travaux plus conséquents, afin de se raccorder directement à sa box, sans passer par le Wifi :

E-M1 « gros investissement quand y a eu le dégât des eaux... connexion en direct ».

Globalement (6 sur 10), la perception des médecins par rapport à la mise en place de l'écran était positive :

A-M1 « pas compliqué »

B-M1 « très simple »

H-M1 « quasiment zéro coût ».

Un médecin a évoqué un frein à l'installation de ce matériel si les coûts de mise en œuvre étaient plus élevés :

H-M1 « mon épouse... avec son associée elles l'ont pas fait... le coût était relativement important ».

L'aspect technique de l'installation de l'écran en salle d'attente est simple et ne représente donc pas un frein. Cela est possible grâce au caractère récent des différents cabinets, ayant des pièces équipées en arrivées électriques et en connexion réseau. Il faut toutefois tenir compte des cabinets plus anciens, où les branchements nécessitent des travaux et donc des coûts plus importants. Dans ce cas, les médecins peuvent décider de ne pas s'équiper.

(5) Coût

Préalablement à l'installation de l'écran, les médecins ont signé un contrat détaillant les modalités de l'abonnement. L'appel de cotisation a été généré via l'envoi d'un courrier, à l'issue de la première année d'utilisation.

Toutefois, la moitié des médecins (5 sur 10) ont cru comprendre que la mise à disposition du matériel et des services était gratuite. Cet argument a pesé dans leur décision :

A-M1 et E-M1 « mise à disposition gratuite »

G-M1 « gratuitement au départ ».

5 médecins ont évoqué que le caractère payant de cette offre représenterait un frein à son utilisation :

A-M1 « il aurait fallu que j'investisse... je l'aurais peut-être pas fait »

F-M1 « je ne ferais pas cet investissement toute seule »

G-M1 « charges supplémentaires », « je ne pense pas que nos collègues... seraient d'accord »

I-M1 « si c'est payant juste pour avoir des messages qui diffusent des campagnes de l'état, je ne suis pas sûre que je vais le prendre l'abonnement ».

7 médecins sur 10 ne semblaient pas au courant ou mal informés de la mise en place de ce paiement :

B-M1 « je crois que »

C-M1 « ah bon ? »

D-M1 « je sais plus »

E-M1 « j'ai pas compris le truc »

H-M1 « je sais pas combien ça coûte ? ».

La plupart des médecins jugeaient les cotisations appelées comme raisonnables et ils n'étaient pas opposés à une participation financière de leur part :

A-M1 « pas des grosses sommes »

B-M1 « on peut participer »

D-M1 « pourquoi pas »

E-M1 « 15 euros par mois... ça va »

G-M1 « pas déconnant sur le tarif ».

Certains professionnels se sont fixés un seuil financier au-delà duquel la poursuite de l'utilisation de l'écran dans leur salle d'attente serait remise en question. L'abonnement maximum qu'ils accepteraient allait de 120 à 500 euros par an. L'un d'entre eux a estimé que le montant qu'il était prêt à payer était fonction du retour des patients : A-M1 « *tout dépend des résultats de votre enquête »*, « *ça dépendra du service rendu »*. Un autre confrère, membre de l'équipe initiatrice du projet, était d'avis qu'il fallait payer environ 2000 euros par an, matériel compris, pour bénéficier d'un système donnant satisfaction : L-M1 « *pour 150 à 180 euros par mois tout compris, on doit pouvoir garder un système performant. »*

L'avis général des médecins concernant le caractère payant de ce système était majoritairement négatif. Pour certains, cela représentait un « *investissement »* (A-M1 et L-M1). D'autres craignaient une augmentation progressive de l'abonnement (E-M1 « *faudrait pas que ça flambe »*, « *financièrement le souci c'est le cumul »*). Enfin, certains médecins n'étaient pas d'accord de payer un outil de mise à disposition d'informations pour leurs patients :

E-M1 « information mise à disposition des patients... faut pas que ça me coûte une fortune »

H-M1 « que pour des messages éducatifs, je pense que ça doit être un service totalement gratuit », « on va pas payer les plaquettes », « ça devrait être pris en charge par les instances, la Sécu ou autre »

I-M1 « faut quand même pas exagérer non plus ! ».

L'abonnement annuel représente une dépense à prendre en compte. Malgré des cotisations détaillées dans le contrat initial, la majorité des médecins interrogés semblent non ou mal informés. Cela peut résulter d'un manque de communication entre confrères au sein même d'un cabinet ou d'un oubli de la part du médecin signataire. Pour plus de clarté, nous pouvons nous poser la question d'une autre manière d'information à utiliser à l'avenir.

Bien qu'ils estiment que le montant des cotisations est raisonnable, ils craignent une augmentation progressive des sommes appelées. Un des médecins initiateurs du projet confirme qu'à long terme l'abonnement devra être plus conséquent pour que ce système soit pérenne. Si l'adhésion initiale était attrayante par l'absence d'engagement et un coût abordable, l'abonnement peut représenter un frein à poursuivre cette expérimentation pour les actuels médecins ou à s'équiper pour de nouveaux.

Certains médecins jugent que, si le contenu n'est pas diversifié (autres médias, majoration et facilitation de la personnalisation), l'abonnement n'est pas justifié et ils estiment que la diffusion de messages institutionnels devrait être gratuite, comme l'est la mise à disposition des dépliants et des affiches.

b) Matériel

(1) Fonctionnement

Lorsque nous avons abordé en entretien la question de la maintenance du système, un médecin (D-M1) savait que cela se faisait « à distance ». D'autres collègues ont reconnu ne pas s'en occuper :

B-M1 « je laisse faire »

F-M1 « je me laisse faire »

I-M1 « ça ne m'intéresse pas vraiment ».

L'actualisation des messages diffusés est actuellement semestrielle, avec 2 programmes par an : un programme « été » (allergies...) et un « hiver » (grippe...). Les médecins ont reconnu ne pas modifier cette planification et laisser le chargé de mission de l'UPSL s'en occuper :

G-M1 « je sais qu'il est derrière... il met des trucs »

I-M1 « je suppose que ça doit être prévu dans la programmation ».

3 médecins interrogés ont relevé le caractère répétitif des messages :

A-M1 « des trucs que je vois assez souvent »

G-M1 « je l'ai vu tellement de fois »

L-M1 « faut que ça tourne beaucoup plus ».

2 médecins ont suggéré d'ajouter certains messages en fonction de l'actualité médicale :

G-M1 « là y a une épidémie de rougeole, ça serait l'occasion de faire tourner quelque chose sur la vaccination »

I-M1 « éventuellement une grosse catastrophe ou quelque chose qu'on peut rajouter ».

Quelques médecins ont évoqué des dysfonctionnements, notamment avec des messages personnalisés. Docteur B-M1 a pointé des « mises à jour [qui ne] peuvent pas être faites ». Pour les Docteurs C-M1 et D-M1, il était affiché la possibilité d'un « règlement par carte bancaire », alors que « c'est pas le cas ». Dans les messages de prévention, des « fautes d'orthographe » avaient été relevées au départ par Docteur H-M1. Après signalement, celles-ci avaient été rapidement corrigées.

Sur le plan technique, aucun médecin n'a rencontré jusqu'à présent de problème :

A-M1 « jamais tombée en panne »

B-M1 « connexion réseau... ça c'est bon ».

Docteur L-M1 a évoqué la possibilité de « faire autre chose que passer des messages », en mettant par exemple « une clé et passer un Power Point ».

Nous remarquons que les médecins interrogés connaissent peu la façon dont les écrans sont gérés à distance. Ils ont reconnu ne pas porter d'intérêt à la maintenance technique et à l'actualisation des messages diffusés, laissant le soin au chargé de mission de s'en occuper.

Bien qu'ils remarquent de nouveaux messages, certains médecins déplorent le caractère répétitif des informations. Il apparaît donc important d'assurer un renouvellement plus régulier des messages et, comme suggéré par des confrères, que certains soient en lien avec l'actualité médicale (recrudescence de la rougeole, vaccination, etc.).

Les différents dysfonctionnements signalés montrent d'une part qu'il est primordial de renforcer la communication. En effet, les informations erronées diffusées sur les diapositives standardisées pourraient ainsi être évitées. Nous pouvons imaginer la mise en place qu'un questionnaire rapide à l'adhésion permettant de connaître quelques données type du cabinet (horaires, moyens de paiement, mode de consultation, etc.). D'autre part, la nécessité d'un interlocuteur dédié est confirmée avec, selon les situations, la possibilité d'intervenir directement sur place si l'anomalie ne peut être corrigée à distance.

(2) Ergonomie

4 médecins nous ont fait part d'un problème en matière d'ergonomie.

Pour l'un d'entre eux, c'est la configuration de sa salle d'attente qui n'est pas adaptée :

A-M1 « salle tout en longueur, biscornue, y a pas beaucoup de gens qui vont vraiment voir ».

Dans un autre cabinet, c'est la taille de l'écran qui n'est pas en adéquation avec les dimensions de la salle d'attente :

F-M1 « taille de l'écran... disproportionné par rapport à notre salle d'attente ».

Ce même médecin a regretté qu'une seule taille d'écran soit proposée :

F-M1 « tous les écrans avaient la même dimension ».

Enfin, 2 médecins ont signalé l'impossibilité pour certains patients de voir l'écran dans leur salle d'attente :

C-M1 « ceux qui sont en-dessous »

G-M1 « sièges dos à la télé... en-dessous aussi », « tout au fond de la salle d'attente... je sais pas s'ils peuvent voir... faut que ce soit écrit gros ».

Une bonne ergonomie est un élément clé pour que l'écran ait le plus d'impact auprès des patients en salle d'attente. Il est nécessaire de prendre en compte les éléments suivants : la configuration et la superficie de la salle d'attente, ainsi que l'emplacement des fauteuils. Pour s'adapter au mieux à la pièce, nous pouvons envisager de proposer plusieurs tailles d'écran (contre une taille unique actuellement) et, au besoin, de mettre plusieurs écrans pour que les informations diffusées soient visibles par tous.

(3) Dégradations et assurance

Aucun des médecins interviewés n'a signalé de dégradation depuis l'installation de l'écran dans leur salle d'attente :

C-M1 « ils respectent bien »

H-M1 « non pas du tout ».

L'un d'entre eux était également équipé d'une caméra de vidéo-surveillance, installée antérieurement à l'écran :

L-M1 « caméra qui est juste devant et qui enregistre », « c'est dissuasif ».

Seul un médecin nous a parlé des démarches réalisées auprès de son assureur. En effet, la signature du contrat impliquait la nécessité de souscrire à une assurance pour couvrir le matériel audiovisuel :

F-M1 « c'est moi qui ait écrit à l'assureur ».

Aucune dégradation n'a été rapportée par les médecins depuis l'installation de l'écran. Nous aurions pu nous attendre à des détériorations du matériel suivant le lieu d'exercice, or il apparaît que la localisation du cabinet, qu'il soit établi en milieu rural ou dans une zone urbaine défavorisée, n'a pas d'impact. Concernant la souscription d'une assurance couvrant le matériel audiovisuel, seul un médecin l'a évoquée. Il paraît alors intéressant de vérifier que les médecins ont bien connaissance de cette obligation, mentionnée dans le contrat.

(4) Autres supports

Évoquer l'écran dynamique était également, au cours des entretiens, le moment pour les médecins de nous faire part de leur rapport aux autres supports de communication.

Les 4 médecins ayant parlé des affiches étaient d'accord pour dire qu'elles n'étaient pas renouvelées assez souvent et qu'elles prenaient également beaucoup de place en ce qui

concerne l'affichage :

A-M1 « restent très longtemps, même quand... plus d'actualité »

G-M1 « elle pourrait très bien être sur l'écran », « pollution visuelle »

H-M1 « souvent on nous propose des affiches », « pas assez de murs ».

3 médecins ont évoqué les dépliants, qui restent un support apprécié :

E-M1 « toujours été bien, même sur la forme papier »

F-M1 « j'aime bien les petits dépliants », « plus discret », « on l'emporte »

H-M1 « plaquettes informatives... régulièrement ».

2 médecins ont estimé que l'écran était une alternative aux smartphones, sur lesquels de nombreux patients passent du temps avant leur consultation :

E-M1 « mieux que les... téléphones sur lesquels ils jouent à Candy Crush »

L-M1 « vu le temps qu'ils passent sur leurs smartphones ».

De façon générale, 4 des médecins interrogés ont préféré l'écran dynamique comme moyen de communication :

A-M1 « les flyers, les dépliants, les affiches sur les murs, tout le monde se lasse un petit peu », « tas de messages que les gens ne lisent plus »

E-M1 « moins drôle, il faut les afficher »

G-M1 « ils font pas forcément attention à ce qui est affiché »

H-M1 « ce qui passe à la télé, c'est toujours mieux que ce qu'on dit ! ».

A contrario, Docteur F-M1 préférerait les autres supports :

F-M1 « regarder un écran qui m'assène des images », « informer... on pouvait le faire sans écran ».

Classiquement, les supports d'information utilisés au sein d'une salle d'attente sont les affiches et les dépliants.

Les affiches, bien qu'attrayantes visuellement, perdent de leur intérêt par leur manque de renouvellement. Suite à cette expérimentation, les médecins sont séduits par l'écran dynamique. Nous pouvons alors proposer de développer les messages diffusés sur l'écran, en reprenant des thématiques abordées sur les affiches ou les plaquettes mises à disposition par les institutions. Ainsi, le mode d'information serait mixte. En effet, les dépliants restant appréciés, cela permettrait aux patients d'emporter un document relatif à une information visualisée sur l'écran.

Par ailleurs, l'écran dynamique semble être une alternative aux smartphones pour patienter avant la consultation. En captant l'attention des patients, l'écran se révèle être un bon moyen d'information et met alors à profit le temps passé en salle d'attente pour transmettre des messages clés.

c) Contenu

De façon unanime, les médecins ont scindé en deux catégories les destinataires des messages diffusés. D'une part, il y avait leurs patients à qui les messages étaient adressés :

A-M1 « tout public »

D-M1 « patients »,

et d'autre part les professionnels de santé du cabinet, qui pouvaient bénéficier des possibilités offertes par l'écran dynamique :

A-M1 « maison de santé », « mes confrères »

G-M1 « la structure »

I-M1 « mon associé ».

(1) Connaissance du contenu

Nous avons voulu savoir si les médecins utilisateurs de l'écran avaient connaissance du contenu des messages diffusés.

9 médecins sur 10 ont reconnu ne pas connaître l'intégralité des messages diffusés :

A-M1 « j'ai jamais regardé tout le défilé »

D-M1 « je me suis jamais posé très longtemps devant l'écran »

G-M1 « je sais même pas si les horaires tournent ».

Les quelques messages portés à leur connaissance l'ont été lorsqu'ils allaient en salle d'attente chercher un patient :

C-M1 « en ouvrant la salle d'attente... je découvre », « je vois au fur et à mesure des messages »

H-M1 « de temps en temps quand je passe dans la salle d'attente ».

Toutefois, ils semblaient satisfaits des messages affichés :

A-M1 « y a rien qui me choque »

I-M1 « j'ai jamais vu quelque chose qui m'ait choquée spécialement ».

La raison invoquée pour expliquer le fait qu'ils n'avaient pas connaissance de tous les messages était pour tous un manque de temps :

B-M1 « pas trop le temps »

E-M1 « pas mis... 2 heures pour regarder l'écran »

F-M1 « je vois l'écran à peu près 2 minutes par 24 heures... pas très représentatif ».

Par manque de temps, les médecins ne connaissent pas le contenu des messages diffusés à l'attention de leur patientèle. L'aperçu qu'ils ont en salle d'attente leur apporte toutefois satisfaction. Cela confirme l'importance de mettre à disposition des professionnels de santé des informations validées, en lien avec leur spécialité, s'adressant à un public large (des enfants aux personnes âgées) et dont l'actualisation (saison, nouveautés médicales, épidémies...) serait gérée par une personne dédiée.

(2) Messages diffusés

Les messages de prévention et d'éducation diffusés ont permis, pour 8 des médecins, d'apprendre à leurs patients des notions sur des sujets variés :

A-M1 « choses à visée éducatives que les gens sont sensés savoir »

D-M1 « bon moyen d'information »

E-M1 « déboucher sur des informations... utiles »

F-M1 « prise de conscience des dangers »

G-M1 « délivrer des messages à utilité médicale ou de santé publique »

L-M1 « qu'ils soient pas inhibés à poser des questions qui leur paraît un peu connes », « démystifier un peu », « susciter des envies, des questionnements ».

En plus d'apporter aux patients des informations relatives à la santé, l'écran était également perçu comme un moyen de distraction pour 5 médecins :

A-M1 « ça leur donne aussi une contenance », « être occupés »

B-M1 « passer un peu le temps »

E-M1 « occuper les patients à autre chose qu'à leur téléphone »

H-M1 « quelque chose à se mettre sous les yeux en attendant ».

Concernant la conception des messages, 5 médecins les ont trouvés « *pas mal faits* » (B-M1, E-M1, F-M1). Ces messages « *courts* » (B-M1) et « *simples* » (G-M1), ont été jugés « *plus parlant* » (E-M1), avec du coup un « *bon impact* » (B-M1). Le docteur F-M1 a apprécié en particulier « *les petites vidéos* ». Il a regretté toutefois une vitesse de défilement « *un peu rapide* ». 2 médecins ont estimé que les messages étaient « *un petit peu répétitifs* » (G-M1, L-M1).

Les thèmes médicaux nommés par les différents médecins étaient les suivants :

- vaccinations (C-M1, D-M1, G-M1, H-M1)
- allergies (C-M1, D-M, G-M1)
- conseils d'hygiène (lavages des mains, sommeil...) (A-M1, L-M1)
- conseils nutritionnels (A-M1, D-M1)
- dépistages, notamment du cancer colo-rectal (A-M1, G-M1)
- dépistages SIDA et MST, éducation sexuelle (E-M1, G-M1)

- conseils et prévention en cas d'épidémies (rougeole et vaccination, grippe et port du masque) (G-M1, L-M1)
- prévention canicule (A-M1)
- prévention des accidents domestiques (B-M1)
- antibiotiques (H-M1)
- addictions, notamment tabagique (F-M1).

Les médecins ont souligné également la possibilité, via cet écran, de réaliser de la prévention au sens large (C-M1, H-M1) avec la diffusion d'« *informations générales sur la santé* » et de l'éducation thérapeutique (L-M1).

Les sujets non médicaux abordés étaient plus restreints : la météo (A-M1, E-M1) et les actualités générales (E-M1).

Les docteurs F-M1 et G-M1 ont estimé que certaines informations non médicales, « *pas toujours pertinentes* », n'avaient « *aucun intérêt pour un cabinet médical* », les patients ayant « *assez de sources [d'information] ailleurs* ».

Ce qui a donné satisfaction aux utilisateurs était le côté « *ludique* » (A-M1) de l'écran, mais aussi son caractère « *utile* » (G-M1, H-M1) et « *intéressant* » (H-M1). 8 médecins se sont accordés à trouver les messages de prévention bien faits :

C-M1 « sur le message de prévention... j'ai rien à dire »

H-M1 « messages de prévention sont toujours intéressants à être montrés ».

Ils ont pensé que le passage « *en boucle* » des messages permettait « *peut-être plus de retombées* » (G-M1) et pouvait « *donner l'idée* » (F-M1) aux patients.

Certaines remarques négatives ont été formulées au cours des entretiens.

3 médecins ont jugé les menus type proposés comme inadaptés :

A-M1 « menus étaient pas très équilibrés... pas très diététiques »

H-M1 « menus de la semaine... assez étrange », « au niveau diététique parfois c'est surprenant ».

Le caractère répétitif des messages a été un point négatif pour 4 des médecins :

A-M1 « les gens qui viennent souvent, ils finissent par connaître »

E-M1 « un peu marre à la fin ».

Le docteur F-M1 a regretté un manque de confidentialité via ce support d'information (« *pas trop confidentiel* »). Il a estimé que face aux autres patients, les personnes se sentant concernées par l'information diffusée n'oseraient peut-être pas en prendre note : « *quand je vois les addictions... je le vois mal sortir son petit carnet* ».

Enfin, le docteur I-M1 n'était pas en accord avec la promotion des génériques (« *les publicités pour les génériques m'agacent !* »).

Nous avons demandé aux médecins quel était le retour de la part de leur patientèle.

La majorité des médecins (7 sur 10) ont eu des remarques positives :

B-M1 « l'impact doit être important, les gens m'en parlent »

H-M1 « les patients visiblement apprécient »

L-M1 « informations nouvelles... les gens me posent des questions ».

Les patients du docteur B-M1 étaient satisfaits, l'écran étant un « *bon rappel* » leur permettant de « *savoir certaines choses... certains gestes* ».

Pour le docteur L-M1, l'aspect « *moderne* » de l'écran était mis en avant.

Les 3 autres médecins n'ont jamais eu de retour verbalisé par leurs patients :

A-M1 « quand ça va bien, en général les gens disent pas »

D-M1 « j'ai pas de retour en fait ».

Certains médecins ont reconnu ne pas avoir questionné leurs patients pour obtenir leur avis ou ne pas avoir réussi à avoir un avis détaillé :

E-M1 « je leur ai pas posé la question »

F-M1 « pas su ce qu'elle avait regardé, ce qui l'avait attirée »

L-M1 « en direct y a pas ».

Le docteur C-M1 a relevé deux points négatifs : le son (« *le son... c'est chiant* ») et il a estimé que l'attrait de l'écran avait duré « *les 6^{es} mois* » et que, désormais, ses patients étaient « *blasés* ».

Nous avons cherché à savoir si les messages véhiculés par l'écran ont permis aux patients d'engager des discussions avec leur médecin à propos des informations visionnées.

6 médecins sur 10 ont répondu par l'affirmative :

C-M1 « ouvre des portes sur des discussions de prévention qu'on fait ici », « on penserait pas forcément à leur parler du sujet »

F-M1 « peut inciter un patient à parler avec le médecin »

H-M1 « honnêtement, je pense que ça doit aider ».

La majorité toutefois ont reconnu que cela arrivait peu souvent :

B-M1 « c'est arrivé... pas fréquemment »

C-M1 « il suffit qu'y en ait que quelques-uns ».

Les 4 autres médecins n'ont pas remarqué de changement depuis l'installation de l'écran :

A-M1 « on peut pas dire que ça soit une entrée en communication »

G-M1 « pas de retentissement sur ma pratique ».

La vocation première des écrans est, pour les initiateurs du projet comme pour les médecins utilisateurs, d'informer les patients. Les médecins sont ouverts à des thèmes médicaux variés, s'adressant à tout public. Pour que les messages soient mémorisés, il est important qu'ils comportent des textes courts et ciblés. Certaines situations gagnent à être mises en scène sous forme de brèves vidéos. Il est nécessaire d'assurer un nombre de messages diffusés plus conséquent, ainsi qu'un renouvellement plus fréquent des informations pour éviter qu'un désintérêt ne s'installe chez les patients en raison de l'aspect répétitif. Parfois, la prévention faite sur l'écran dynamique peut être un vecteur de communication en consultation. Le retour fait par les patients auprès de leur médecin est globalement positif. Outre le caractère distrayant de l'écran lui-même, quelques médecins souhaitent avoir la possibilité de varier le contenu par l'ajout de musique ou d'actualités générales, afin de distraire plus les patients. Il paraît intéressant de modifier l'interface actuelle pour la rendre plus intuitive. Nous pourrions alors proposer aux médecins de facilement personnaliser le contenu qu'ils souhaitent diffuser dans leur salle d'attente, pour correspondre à leurs attentes et à celles de leurs patients : ajout de son ou d'autres sources de médias, modulation de la vitesse de défilement, choix des types et du nombre de messages, etc.

(3) Informations propres au cabinet

Sur les 10 médecins interrogés, 8 ont mis ou fait mettre en place des messages relayant des informations propres à leur cabinet.

Les sujets étaient variés :

- horaires d'ouverture (A-M1, D-M1, H-M1)
- honoraires et nouveaux tarifs des consultations (A-M1, G-M1)
- présence d'étudiants en médecine lors des consultations (A-M1, B-M1)
- mode de consultation, sur rendez-vous ou non (D-M1, L-M1)
- modes de règlement acceptés (H-M1, L-M1)
- charte de fonctionnement d'une maison de santé (A-M1)
- informatisation du dossier patient (A-M1)
- dates de congés (B-M1)
- déclaration d'un médecin traitant pour les enfants (G-M1)
- présentation des professionnels de santé avec leurs spécificités et leurs coordonnées (G-M1).

2 médecins savaient que certaines informations standards étaient intégrées automatiquement par le chargé de mission aux messages diffusés :

A-M1 « générique pour plein de cabinets »

L-M1 « trucs basiques propres à votre cabinet ».

6 médecins avaient des idées à mettre en place et aimeraient ajouter les messages personnalisés suivants :

- spécificités d'exercice (E-M1, G-M1, I-M1)
- trombinoscope, présentation des professionnels de la structure (A-M1, F-M1)
- messages explicatifs quant au temps d'attente estimé ou au retard possible (G-M1, I-M1)
- jours de fermeture du cabinet (C-M1)
- présence d'un remplaçant (C-M1) ou d'étudiants en médecine (I-M1)
- modalités de prise de rendez-vous (G-M1)
- mode de consultation, sur rendez-vous et/ou libre (G-M1)
- horaires de consultation (I-M1).

Seul un médecin n'avait « *pas de besoin spécifique* » (D-M1) en ce qui concerne des messages expliquant le fonctionnement de son cabinet.

En plus des informations médicales, l'écran permet aux médecins de diffuser des informations propres à leur cabinet. Les plus plébiscitées sont les horaires et le mode de consultation, les tarifs, les modes de règlement et la présence d'étudiants en médecine. Toutefois, ils ont la possibilité d'y faire figurer toute information jugée importante, relative à leur fonctionnement ou à leurs spécificités d'exercice.

Par manque de temps et/ou en raison de difficultés rencontrées lors de l'utilisation de l'interface, certains médecins renoncent à cette personnalisation. Cependant, la majorité d'entre eux ont des idées de messages à mettre en place. Cela confirme le caractère indispensable de la gestion déléguée. Nous pouvons proposer d'étoffer les informations mises en place systématiquement à l'adhésion. Les besoins spécifiques de chaque professionnel de santé pourraient être recueillis par le chargé de mission lors de l'installation du matériel au cabinet. Enfin, les médecins auraient la possibilité de faire ajouter ou modifier un message ultérieurement, sur simple demande.

(4) Interface de personnalisation

Les médecins ont la possibilité de personnaliser les messages via une interface. Il nous a semblé important d'aborder ce point lors des entretiens.

7 des 10 médecins ont reconnu n'avoir jamais utilisé l'interface, que ce soit pour la sélection des messages diffusés ou pour la personnalisation :

D-M1 « *je suis pas allé sur l'interface* »

E-M1 « *faut aller sur internet, mais je sais même plus comment on fait* »

H-M1 « je me souviens plus de la procédure pour y accéder ».

Le docteur B-M1 a fait mettre en place des messages propres au fonctionnement de son cabinet : il a « *laissé faire les gens qui entretiennent ça* ».

Le docteur C-M1 a reconnu que cette possibilité de personnalisation était « *pratique* » et lui permettait de « *plus axer* » les messages à sa pratique.

Toutefois, le docteur G-M1, qui a utilisé l'interface, la trouvait « *pas facile d'utilisation* » et ce n'était « *pas intuitif* » pour lui. Il n'était pas satisfait des messages qu'il avait créés : « *c'était pas fait correctement* », « *pas pour autant réussi à faire quelque chose de plus adapté* ».

Le docteur F-M1 et ses associés ont également utilisé l'interface, en particulier pour choisir les messages de prévention diffusés à leur patientèle : « *bien ciblé ce qu'on offrait comme type de soins* ».

Enfin, le docteur L-M1 est le seul médecin à avoir utilisé les 2 possibilités offertes par l'interface. Il a sélectionné des options pour les messages diffusés (« *j'ai choisi pas de son* ») et a créé « *2-3 messages à [lui]* ». Il aimerait d'ailleurs élaborer des « *messages plus sophistiqués* », en rapport notamment avec sa pratique : « *bas à varices, pourquoi je donne que 2 paires* ».

3 médecins ont semblé manquer d'informations claires quant aux possibilités offertes par l'interface :

A-M1 « il paraît qu'on peut choisir le temps de défilement »

C-M1 « si j'avais possibilité d'aller changer le contenu, j'aurais pu »

E-M1 « on n'est jamais trop rentré dans le détail ».

Certains médecins ont reconnu ne pas porter d'intérêt à cette possibilité de personnaliser eux-mêmes les messages :

A-M1 « m'intéressent pas trop »

D-M1 « j'ai pas cherché ».

L'URPS avait toutefois, initialement, organisé des réunions d'information et de formation à l'attention des médecins bénéficiaires de l'écran. 5 médecins en ont parlé lors des entretiens :

A-M1 « soirée d'infos », « voir comment ça marchait »

D-M1 « il nous avait montré », « formation un soir »

G-M1 « le peu d'infos que j'avais notées... je les avais oubliées ! », « ça avait l'air simple ».

Autre frein à l'utilisation de l'interface, le manque de temps mis en avant par 7 médecins :

B-M1 « sur le site, ben j'ai pas trop le temps non plus »

D-M1 « c'est un truc en plus d'un truc en plus »

H-M1 « on va pas mettre le nez dedans », « beaucoup de choses à faire ».

Enfin, 5 des 10 médecins ne connaissaient pas ou plus leurs codes permettant l'identification de chaque utilisateur pour accéder à l'interface de personnalisation :

A-M1 « je vais pas m'embêter à aller rechercher mes codes »

G-M1 « je sais même pas où est mon papier avec les codes »

H-M1 « au début je m'étais connecté », « un peu rébarbatif », « j'ai laissé tombé »

I-M1 « j'ai pas de codes, j'ai pas d'interface, je suis jamais allée voir ».

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, l'interface de personnalisation n'est pas utilisée par la majorité des médecins. Le plus souvent, c'est par manque de temps et d'intérêt, parfois par méconnaissance.

Les médecins souhaitant s'en servir nous ont fait part d'un réel frein à son utilisation : le manque d'intuitivité. Cela engendre un temps plus long pour créer des messages ou adapter le contenu et, de ce fait, finit par les rebuter.

L'URPS avait organisé des soirées de formation auxquelles certains médecins ont assisté. Toutefois, les difficultés apparaissent surtout une fois le médecin seul devant son ordinateur. Nous pouvons imaginer la création d'un tutoriel, guidant pas à pas les médecins sur l'interface. Il viendrait en complément d'une interface repensée et simplifiée.

Nous pouvons aussi imaginer la création d'une newsletter, informant les médecins des nouveautés mises en place sur leur écran (actualités médicales, nouveau contenu disponible sur l'interface, modification de décrets, etc.) et leur rappelant dans le même temps leurs identifiants pour les inciter à se connecter.

(5) Publicité

L'atout de l'offre proposée par l'UPSL est sa neutralité, avec l'absence de publicité.

De façon catégorique, 3 médecins ne souhaitaient pas la présence de spots publicitaires parmi les messages diffusés :

A-M1 « je préfère payer... plutôt que d'avoir une pub », « on contrôle moins bien »

D-M1 « ça me gênerait si y en avait ».

Docteur E-M1 a reconnu « l'atout qu'y en ait pas ». Mais il était conscient que la publicité permettrait de diminuer le coût de l'abonnement et n'y était donc pas opposé. Il a estimé qu'il « faudrait trouver un juste milieu », « sans être bouffé par la pub ».

L'absence de publicité reste un atout indéniable dans l'offre proposée. Un médecin a reconnu que l'ajout de publicité pouvait être intéressant, de façon contrôlée, afin de réduire les coûts de l'abonnement. Toutefois, seuls 4 médecins sur 10 ont abordé ce sujet. Il serait intéressant de connaître l'avis d'un plus grand nombre de professionnels de santé sur ce thème pour pouvoir conclure.

d) Desiderata et bilan

(1) Gestion déléguée

6 des 10 médecins interrogés ont admis que la possibilité de déléguer la gestion inhérente à l'écran à une personne dédiée est un vrai plus :

A-M1 « ça me simplifie la vie »

G-M1 « ouais ça serait bien ça », « le faire faire ».

Cela leur permettrait une meilleure actualisation des messages :

A-M1 « s'il faut aller le faire... ça resterait toujours les mêmes trucs »

L-M1 « quelqu'un qui soit dédié à vous pour actualiser ».

Ce serait aussi une réponse à leur manque de temps pour le suivi de l'affichage sur l'écran :

D-M1 « gagner un peu de temps »

L-M1 « faut avoir le temps ».

Le docteur B-M1 a évoqué la possibilité d'une assistance technique, se déplaçant au besoin au cabinet si le problème rencontré ne peut être résolu à distance :

B-M1 « est-ce qu'il faudrait pas qu'ils reviennent ? ».

Le docteur L-M1 a envisagé une gestion déléguée par une plus grande structure, comme « Doctolib » par exemple : « trouver un partenaire qui s'en occupe », « faut des gens qui industrialisent... qui ont un haut niveau de pratique... de technique suffisant ». Il a estimé que leur expérience (« ils ont l'habitude ») leur permettrait « en 1 heure [de] de vous mettre le truc » (création de messages personnalisés).

Le manque de temps des médecins est une problématique qui revient tout au long des entretiens, les empêchant de s'investir davantage dans l'affichage dynamique.

Pour assurer un meilleur service rendu auprès de leurs patients, ils sollicitent la présence d'un interlocuteur dédié assurant la gestion déléguée (personnalisation de messages sur demande, actualisation des messages diffusés, aide technique, etc.).

L'amélioration du système actuel, afin de le pérenniser, pourrait se faire en faisant appel à une structure plus professionnelle.

(2) Diversifier les sources de média

Le docteur D-M1 a estimé que la salle d'attente d'un cabinet de médecine générale n'était « *pas le lieu* » pour diffuser d'autres informations que médicales : « *que ça reste purement médical* ».

Le docteur L-M1 était du même avis. Il a proposé de diversifier les messages en variant les sources : « *un certain journal, les pages médicales sont relativement bien faites* », « *sujets originaux* », « *trucs de la CAF... sur les droits... et de la CARSAT* ».

Le docteur E-M1 était partagé. Il a approuvé l'ajout d'autres contenus diffusés par l'écran, source de distraction pour les patients. Toutefois, il a reconnu que les patients pouvaient trouver librement ces informations non médicales : « *c'est bien... pas en permanence sur des messages à caractère uniquement médicaux* », « *les informations là ils peuvent aller les chercher au journal télévisé* ».

3 autres confrères ont émis le souhait d'ajouter des informations non médicales.

Le docteur A-M1 a suggéré des actualités générales : « *animations, trucs culturels... flux d'actualité grand public* », « *Est Républicain* », « *presse locale* ».

D'autres aimeraient des chaînes de télévision. Les docteurs E-M1 et H-M1 y diffuseraient du sport type « *formule 1* », « *Roland Garros* », « *Eurosport* ». Le docteur H-M1 aimerait aussi des informations générales, type « *LCI* ». Le docteur I-M1 a sa préférence pour des reportages télévisés sur « *RMC découvertes* » : « *images un peu plus agréables* ».

3 médecins sur 10 ont parlé du son, que ce soit en fond musical ou une voix off dans les spots diffusés :

- meilleure insonorisation de la salle d'attente et meilleure confidentialité (H-M1 « *je mets de la musique en salle d'attente pour que les gens n'entendent pas* », L-M1 « *fond sonore... musique, radio musicale* », « *que le son soit constant* »)
- distraction (I-M1 « *musique classique* »).

2 médecins se sont interrogés quant à la faisabilité de diffuser ces autres médias :

A-M1 « *je sais pas au niveau des droits si c'est gratuit ou soumis à contribution* »

H-M1 « freins réglementaires, financiers... rentrer en ligne de compte », « problème des droits d'auteur », « SACEM ».

Enfin, les docteurs A-M1 et I-M1 ont reconnu qu'il faudrait adapter le contenu affiché à un grand public :

A-M1 « y a quand même souvent des trucs un peu glauques... si y a des gens dépressifs c'est pas top ! »

I-M1 « de l'information... paraît que ça stressait les patients ! ».

1 médecin a émis l'idée de tourner lui-même des clips vidéo, afin d'y raconter des messages actuellement seulement sous forme de texte :

L-M1 « j'ai prévu de tourner une quinzaine de clips... où j'interviens directement ».

Les avis des médecins quant à l'ajout d'autres sources de médias entre les spots de prévention sont divisés.

Il est important de tenir compte de l'avis de chacun. Il est possible de satisfaire l'ensemble des praticiens en leur laissant le choix d'ajouter ou non du son, de sélectionner les chaînes de télévision, d'intégrer des vidéos personnelles. Cela pourrait se faire par le chargé de mission ou directement via l'interface de personnalisation.

En plus des aspects technique et informatique pour intégrer ces sources à l'écran et sur l'interface, il est nécessaire de réfléchir à l'aspect légal de la diffusion de musique ou de télévision en salle d'attente.

(3) Pérenniser ce projet

Une formation plus approfondie pour pouvoir gérer de façon autonome la personnalisation des messages a été évoquée par 2 médecins sur 10 :

G-M1 « j'ai pas eu la formation suffisante pour pouvoir moi-même mettre des choses en ligne »

L-M1 « se réunir de temps en temps », « ils n'ont pas été formés ».

Le docteur L-M1 a regretté l'absence de « *stratégie de santé publique* » de ses confrères, qui n'ont « *pas une idée précise du message qu'il faudrait faire passer* ».

Il a estimé « *indispensable* » de trouver comment pérenniser cette expérimentation. Il a fait plusieurs propositions pour cela :

- prestataire professionnel (« *passer au stade industriel* »)

- intégrer l'affichage dynamique à la « *ROSP* », incitant les médecins à s'équiper d'un écran numérique

- « *labelliser les programmes* »

- création de partenariats (« en passant éventuellement des messages de la Sécu... c'est mutuel »).

L'expérimentation actuelle nécessite un nouveau souffle pour pérenniser et développer l'usage des écrans dynamiques.

En plus des soirées de formation, nous avons déjà évoqué la possibilité de créer un tutoriel comme aide technique sur l'interface.

La gestion déléguée par un prestataire professionnel peut être un plus pour les médecins : interlocuteur disponible, réactivité aux demandes, assistance technique en cas de dysfonctionnement, actualisation automatique des messages, etc.

L'abonnement pouvant être un frein à l'adhésion ou à la poursuite de l'utilisation de l'écran, l'idée d'intégrer cet équipement à la ROSP a été proposée. Cela permettrait aux médecins de financer partiellement la mise en place d'un écran dynamique dans leur salle d'attente.

(4) Points positifs

Le fonctionnement autonome, grâce à la gestion déléguée, est un atout pour 4 médecins :

A-M1 « ça roule tout seul »

B-M1 « très pratique »

C-M1 « aucune contrainte »

H-M1 « c'est un plus ».

Ils sont satisfaits des écrans comme moyen d'information à destination de leur patientèle :

B-M1 « j'aime bien ce système », « passage d'informations... c'est bien »

E-M1 « finalement, si le patient y trouve son compte... c'est le principal ».

L'écran est vu comme un « *outil utile* » (C-M1), venant en complément du travail du médecin généraliste :

C-M1 « vient compléter notre boulot »

H-M1 « moyen supplémentaire de faire passer certains messages », « ça appuie ».

Pour le docteur A-M1, la présence de l'écran a renforcé la confidentialité dans sa salle d'attente, les patients étant plus attentifs aux informations diffusées qu'à ce qui les entoure : « *moins tendre l'oreille* ».

2 confrères ont estimé que l'écran faisait désormais partie intégrante de leur salle d'attente :

E-M1 « ma salle d'attente n'est plus la même depuis qu'y a l'écran »

L-M1 « ça fait partie de mon cabinet ».

Le bilan positif tiré de cette expérimentation est tout d'abord un moyen nouveau d'informer sa patientèle, de façon complémentaire aux recommandations faites en consultation. L'écran, en captant l'attention des gens, peut également renforcer la confidentialité, selon l'agencement du cabinet médical. Enfin, le recours au chargé de mission depuis la mise en place des écrans a été apprécié.

(5) Points négatifs ou suggestions d'amélioration

Au final, les 2 médecins qui n'étaient pas pro-écrans initialement n'ont pas changé d'avis après son utilisation :

F-M1 « gardé une certaine distance par rapport à cet écran », « pas un intérêt absolu ».

Ce même médecin a regretté l'absence de retour de la part des patients :

F-M1 « les patients ne m'ont pas sollicitée par rapport à cet écran ».

2 des médecins impactés par des dysfonctionnements ont mis en avant un « handicap » (B-M1) dans leur pratique :

B-M1 « embêté... que cette mise à jour personnelle... ne se fasse pas »

C-M1 « ça a touché notre quotidien ».

Pour le docteur G-M1, l'amélioration à apporter concerne l'interface de personnalisation : « *si on pouvait personnaliser... le faire de façon facile et rapide... on pourrait monter à 8 ou 9 [sur 10] ».*

2 médecins sur 10 ont jugé que la confidentialité dans leur salle d'attente pourrait être renforcée par l'ajout de son via l'écran :

H-M1 « souci... on a rarement d'interface entre la salle d'attente et le cabinet »

L-M1 « faut la radio... impérativement... parce que la cloison là est relativement mince... on entend ».

Le docteur H-M1 aimerait un « côté plus ludique » et « distractif » par la diffusion d'autres médias.

Les entretiens ont permis de mettre en évidence un manque de formation ou parfois une méconnaissance du projet par certains médecins utilisateurs.

Le docteur C-M1 ne connaissait pas l'existence de l'interface de personnalisation : « *on n'a pas main mise sur ce qui défile* ». Il a reconnu que cela était peut-être lié à un manque de communication au sein du cabinet : « *faut que j'en parle au frangin* ».

3 médecins ne connaissaient pas ou peu l'association et l'équipe en charge du projet :

D-M1 « je croyais que c'était des écrans... mis en place par l'assurance maladie ou l'ARS »

E-M1 « messages qui ont été sélectionnés par qui ?... Je sais pas qui c'est qui... »
H-M1 « à l'époque ça passait par l'URPS, enfin c'est toujours le cas ? ».

Enfinement, peu de médecins dressent un bilan négatif à l'issue de cette expérimentation. Les points à améliorer selon eux sont :

- résolution des dysfonctionnements techniques éventuels
- amélioration de l'interface de personnalisation
- diversification des contenus diffusés (musique, télévision...).

Nous remarquons par ailleurs une méconnaissance du projet de la part de plusieurs utilisateurs. Pour valoriser ce concept, il semble important d'augmenter la communication entre l'UPSL et les médecins (disponibilité du chargé de mission, modalités de l'abonnement, etc.).

C. Analyse par cabinet (par Charlotte Hermal)

Au cours de ce travail de thèse, il nous a semblé intéressant de faire également un rapprochement par cabinet, afin de comparer les points de vue des patients et de leur médecin généraliste au sein d'une même structure. L'objectif était de voir si des avis, convergents ou divergents, pouvaient être mis en évidence.

1. Cabinet A

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages personnalisés</i>	Informations sur le fonctionnement de la maison de santé	
	<i>Communication médecin/patient</i>	L'écran ne favorise pas la communication avec le médecin	
	<i>Ergonomie</i>	Mauvaise visibilité de l'écran	
	<i>Préférence de support</i>	Écran	
DIVERGENCES	<i>Informations diffusées</i>	Informations médicales seulement (3 patients sur 4)	Ajout d'actualités générales
	<i>Intérêt de l'écran</i>	Distraction	Confidentialité

La majorité des patients interrogés préfèrent un maintien des informations médicales seules, contrairement au docteur A-M1 qui suggère de diversifier le contenu par l'ajout d'actualités générales.

Pour les patients, l'écran est perçu comme une distraction, tandis que le médecin souligne surtout son apport de confidentialité.

Tous s'accordent à dire que l'écran n'augmente pas la communication médecin/patient en consultation.

Le docteur A-M1 et certains patients font remarquer un problème d'ergonomie, l'écran n'étant pas visible par tous.

La préférence du cabinet A, pour les patients comme le médecin, est l'écran dynamique pour son côté captivant et sa diffusion d'informations actualisées, ce qui n'est pas le cas des documents papier.

2. Cabinet B

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages</i>	Contenu satisfaisant	
	<i>Buts de l'écran</i>	Informations et rappels	
	<i>Communication médecin/patient</i>	Permet parfois d'échanger avec son médecin	

Les patients du cabinet B sont globalement satisfaits des messages de prévention diffusés. Ils apprécient, comme le docteur B-M1, la possibilité d'être informé ou de recevoir un rappel sur des notions importantes.

Bien que ce ne soit pas fréquent, médecin et patients reconnaissent l'écran comme un tremplin, permettant de discuter en consultation d'un sujet visionné en salle d'attente.

A noter des informations parfois non comprises et une vitesse de défilement jugée trop rapide. Des améliorations pourraient être apportées en adaptant la vitesse via l'interface et en veillant à sélectionner des messages courts, simples et s'adressant à un public large.

3. Cabinet C

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages</i>	Contenu satisfaisant	
	<i>Son</i>	Volume trop élevé	
DIVERGENCE	<i>Communication médecin/patient</i>	Pas de modification	Favorisée

Médecin et patients du cabinet C sont satisfaits des messages de prévention diffusés via l'écran.

Aucune personne interrogée n'a discuté avec son médecin d'un message vu sur l'écran. Cela est une possibilité et le docteur C-M1 rapporte que la situation s'est déjà présentée.

Dans cette salle d'attente, les patients sont favorables au son, mais le trouvent trop fort. Le volume pourra être facilement adapté via l'interface.

4. [Cabinet D](#)

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Buts de l'écran</i>	Informations sur la santé, prévention	
	<i>Informations diffusées</i>	Strictement médicales	
	<i>Publicité</i>	Non souhaitée	

L'écran est perçu comme un moyen utile d'information et de prévention. Médecin et patients sont d'accord : les informations diffusées en salle d'attente doivent rester médicales.

Bien que le docteur D-M1 n'ait reçu aucun retour verbalisé, ses patients estiment qu'il est possible de discuter en consultation d'un message visionné sur l'écran, s'ils se sentent concernés.

Le docteur D-M1 et un patient sont d'avis que l'absence actuelle de publicité est un plus.

5. [Cabinet E](#)

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages</i>	Satisfaisants – Utiles – Répétitifs	
	<i>Informations</i>	Ajout d'informations non médicales	
	<i>Buts de l'écran</i>	Distraction et information	
	<i>Préférence de support</i>	Écran	
DIVERGENCE	<i>Communication médecin/patient</i>	Pas de modification	Favorisée

Les patients et le médecin du cabinet E sont également satisfaits des messages diffusés en salle d'attente, jugeant ce moyen d'informations utile et distrayant.

Toutefois, pour les personnes interrogées, l'écran n'est pas un vecteur de discussion avec leur médecin. Le docteur E-M1 a reconnu que cette situation ne s'était que très rarement produite. La majorité des patients rejoignent l'avis de leur médecin quant à l'ajout d'autres sources de médias. Si le docteur E-M1 pense plutôt à du sport, l'un des patients propose des actualités générales.

Pour pallier l'aspect répétitif relevé par tous, nous pouvons proposer d'étoffer le nombre de messages diffusés en créant de nouvelles diapositives.

La préférence du cabinet E va pour l'écran dynamique, son côté captivant et la facilité d'accès aux informations.

6. [Cabinet F](#)

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>But de l'écran</i>	Informers	
	<i>Messages marquants</i>	Vidéos abordant la prévention des accidents domestiques	
	<i>Informations</i>	Strictement médicales (2 patients sur 4)	
	<i>Communication médecin/patient</i>	Susceptible d'être favorisée par l'écran	
	<i>Vitesse de défilement</i>	Trop rapide	
	<i>Ergonomie</i>	Position et taille de l'écran non adaptées	
	<i>Préférence de support</i>	Support papier, en particulier les dépliants	

Les patients du cabinet F et leur médecin apprécient l'aspect informatif apporté par l'écran et tout particulièrement la prévention des accidents domestiques via de courtes vidéos.

Concernant l'ajout d'informations non médicales, le médecin n'y trouve pas d'intérêt. Les avis des patients sont partagés.

L'écran n'a pas permis d'initier de discussion en consultation. Les patients pensent tout de même que c'est une possibilité, selon le message diffusé.

Au niveau conception, certains patients et le docteur F-M1 jugent la vitesse de défilement trop rapide. Elle pourrait être adaptée via l'interface de personnalisation.

A noter un problème d'ergonomie dans ce cabinet, l'écran n'étant pas visible par tous et étant trop grand. L'agencement de la salle d'attente ne pourra pas être modifié. Toutefois, il est possible de changer l'écran pour une taille inférieure, plus adaptée aux dimensions de la pièce. Le docteur F-M1 et la majorité des patients interrogés reconnaissent l'utilité de l'écran pour la diffusion de vidéos. Leur préférence reste cependant les supports papier.

7. [Cabinet G](#)

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Buts de l'écran</i>	Information et rappels	
	<i>Informations</i>	Strictement médicales	
	<i>Communication médecin/patient</i>	Non favorisée	
	<i>Son</i>	Accepté si volume modéré et utilisation limitée	
	<i>Messages</i>	Contenu satisfaisant – Aspect répétitif	
	<i>Ergonomie</i>	Mauvaise visibilité de l'écran	
	<i>Préférence de support</i>	Écran (+/- mode d'information mixte avec dépliants)	

Dans le cabinet G, le mode de consultation mixte engendre, sans rendez-vous, une attente pouvant durer plusieurs heures. Bien qu'aucun retour n'ait été formulé au médecin jusqu'à présent, les patients apprécient l'initiative d'installation de l'écran. C'est un moyen d'information sur leur santé, avec un impact majoré auprès de la population jeune.

La majorité des personnes interrogées rejoint l'avis du docteur G-M1 : ils souhaitent que seules des informations médicales soient diffusées.

Ils sont également d'accord par rapport au son : le maintenir à volume modéré exclusivement lors des vidéos, afin de ne pas occasionner de gêne en salle d'attente.

Les avis sont également identiques quant à l'aspect répétitif des messages. Cela confirme la nécessité d'ajouter des messages supplémentaires dans la boucle actuellement diffusée.

La salle d'attente étant spacieuse, les patients et le médecin ont fait part d'un problème d'ergonomie. L'écran n'est pas visible par tous, en raison de l'éloignement ou de la disposition des chaises. L'ajout d'écrans supplémentaires pourrait solutionner ce problème.

Globalement, médecin et patients préfèrent l'écran. Toutefois, certains patients continuent d'apprécier les dépliants. Pour satisfaire l'ensemble de la patientèle, nous pourrions imaginer un mode d'information mixte en mettant à disposition des dépliants en rapport avec les messages diffusés sur l'écran dynamique.

8. Cabinet H

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages</i>	Contenu satisfaisant	
	<i>Buts de l'écran</i>	Informations, rappels – Distraction	
	<i>Message marquant</i>	Vaccination	
	<i>Préférence de support</i>	Écran	
DIVERGENCES	<i>Informations diffusées</i>	Informations médicales seulement (3 patients sur 4)	Ajout de chaînes télévisées, sport
	<i>Intérêt du son</i>	Meilleure compréhension (2 patients sur 4)	Majorer la confidentialité

L'ensemble des patients interrogés dans le cabinet H et leur médecin sont satisfaits de l'écran. Il est principalement vu comme un vecteur d'informations, secondairement comme moyen de distraction. L'un des patients suggère d'augmenter le nombre de vidéos pour illustrer les messages à transmettre. Le message le plus marquant, pour les patients comme pour le docteur H-M1, est la vaccination.

Majoritairement, les patients ne souhaitent pas l'ajout d'informations non médicales, contrairement à ce que le médecin propose.

Concernant l'ajout de son, les avis sont divisés. Les patients y étant favorables le voient comme un moyen de compréhension, tandis que le docteur H-M1 le perçoit comme moyen de confidentialité.

Au final, l'écran, par sa facilité d'accès à l'information, est le support d'informations préféré, par les patients et le médecin.

9. Cabinet I

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages personnalisés</i>	Ajouter par exemple les horaires de consultation du cabinet (1 patient sur 4)	
	<i>Communication médecin/patient</i>	Non favorisée	
	<i>Préférence de support</i>	Écran	
DIVERGENCES	<i>Informations diffusées</i>	Informations médicales seulement (3 patients sur 4)	Ajout de chaînes télévisées et de musique
	<i>Intérêt du son</i>	Narration, attirer l'attention	Distraction
	<i>Fréquence de renouvellement des messages</i>	Tous les 2 mois	Tous les 6 mois

Bien que le docteur I-M1 n'ait pas de retour verbalisé, la plupart des patients du cabinet I sont satisfaits du concept proposé par l'écran dynamique. Seul un patient n'y a pas porté d'intérêt. Si jusqu'alors personne n'a discuté avec son médecin d'un message visionné en salle d'attente, un patient pense que c'est une possibilité.

Majoritairement, les gens estiment que le public visé est surtout les enfants. A noter toutefois qu'un patient plébiscite des images choc d'accident pour faire réagir les jeunes. Cela semble difficile à mettre en place : en effet, comme le reconnaît le médecin, il est important de cibler des informations tout public.

Contrairement aux propositions faites par le docteur I-M1, les patients estiment que ces informations doivent rester médicales. L'ajout d'informations propres au fonctionnement du cabinet serait apprécié.

L'ajout du son est une possibilité envisagée par la majorité des patients interrogés. Toutefois, ils le voient comme un moyen supplémentaire de compréhension et de capter l'attention et non comme une distraction comme proposé par le médecin via la musique ou les chaînes de télévision.

Globalement, c'est l'écran qui est préféré comme support d'information. A ce sujet, le docteur I-M1 estime que le critère principal est la satisfaction de sa patientèle. Un renouvellement plus fréquent des informations diffusées est toutefois demandé par les patients, contrairement à ce que pensait le médecin.

10. Cabinet L

		PATIENTS	MÉDECIN
ACCORDS	<i>Messages</i>	Contenu satisfaisant – Répétitifs	
	<i>Buts de l'écran</i>	Informations et rappels – Distraction	
	<i>Ajout de clips vidéo</i>	Narration pour une meilleure compréhension (personnes analphabètes)	
	<i>Messages plébiscités</i>	Messages simples, en lien avec le quotidien	
	<i>Communication médecin/patient</i>	Non favorisée	
	<i>Présence du son</i>	Favorables	
	<i>Informations diffusées</i>	Ajout de chaînes télévisées et de musique	

Le docteur L-M1 a participé à la mise en place des écrans dynamiques dans un but de formation et d'information des patients. Les personnes interrogées, habitant une zone urbaine défavorisée, saluent toutes cette initiative et apparaissent très en demande d'informations médicales nouvelles.

Elles apprécient les sujets simples, en lien avec leur quotidien et tout particulièrement les vidéos de prévention des accidents domestiques mettant en scène des enfants.

Elles sont également sensibles aux addictions, de nombreux jeunes se droguant dans leur quartier.

Certains membres de la patientèle, d'origine étrangère, ne savent pas lire. Cela trouve écho avec la proposition faite par leur médecin : tourner des clips pour filmer des messages actuellement sous forme de texte. L'information serait alors accessible à un plus grand nombre et la compréhension augmentée.

Le docteur L-M1 envisage d'ajouter du son et d'autres sources de médias sur l'écran. Toutes les personnes interrogées y sont favorables.

Ce médecin n'espérait pas augmenter la communication avec ses patients, mais les former et de les informer. Cet objectif semble atteint puisqu'ils se questionnent sur des sujets visionnés sur l'écran, en particulier des actualités médicales.

La majorité des patients interviewés préfèrent l'écran aux autres supports d'information. Ils souhaitent toutefois un renouvellement plus fréquent des diapositives. Cela rejoint l'avis de docteur L-M1, regrettant un manque d'actualisation.

L'analyse par cabinet permet de remarquer que la majorité des médecins (6 sur 10) partagent les mêmes points de vue que leurs patients. Contrairement à nos attentes, cette analyse n'a pas permis de faire émerger de nouvelles idées. Toutefois, elle a confirmé des notions déjà évoquées.

Concernant l'ajout ou non d'informations non médicales au contenu actuel, les avis médecin/patients sont opposés au sein de 4 cabinets.

Une patiente du cabinet B et les personnes interrogées au sein du cabinet L confirment la nécessité d'adapter le vocabulaire utilisé sur les diapositives pour assurer une bonne compréhension par tous. Un lien avec le lieu d'exercice peut être supposé : milieu rural et zone urbaine défavorisée dans le cas cité.

Concernant le son, les avis sont partagés également. Toutefois, de nombreux médecins et patients s'accordent à juger le son comme une aide utile en tant que narration des messages diffusés, à condition que le volume reste modéré. Cela permettrait une meilleure compréhension et de rendre les informations accessibles à tous (personnes malvoyantes ou illettrées).

Ce désir d'information est particulièrement fort au sein du cabinet L. Les patients interrogés souhaitent tous apprendre sur des sujets en lien avec leur quotidien et surtout avec la population pédiatrique. Leur médecin a justement initié ce projet d'affichage dynamique pour les former, les informer et leur permettre de poser leurs questions sans gêne. Ce professionnel de santé, exerçant dans une zone urbaine défavorisée, a pensé tourner des clips vidéo pour illustrer des messages actuellement sous forme texte. Cela est en accord avec les attentes de ses patients, évoquant l'illettrisme de certains et voulant une meilleure accessibilité des informations.

Enfin, le cabinet F est le seul lieu où médecin et patients gardent leur préférence pour un support papier, les dépliants. En effet, ce médecin n'est pas attiré par les nouvelles technologies, tout comme les personnes interrogées. Toutefois, l'intérêt de l'écran pour la diffusion de vidéos, jugées pertinentes, a été souligné.

V. Limites de notre étude

A. Recueil des données

Il est important de noter que nous étions novices dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés en tant qu'enquêtrices. Ainsi, par notre inexpérience et de façon non volontaire, nous ne sommes pas certaines d'avoir réussi à obtenir toutes les informations de chaque personne interrogée. Il se peut que les questions de relance n'aient pas été toujours adéquates. Toutefois, notre aisance s'est améliorée au fil des entretiens, ce qui peut avoir atténué ce biais méthodologique.

Pour assurer une fiabilité dans le recueil des informations, nous avons eu recours à un guide d'entretien et une seule enquêtrice est intervenue par population (Laurène Grosdidier pour les patients et Charlotte Hermal pour les médecins).

Nous n'avons pas noté d'obstacle majeur à notre mode de recueil de données par entretiens semi-dirigés.

Le manque de place dans l'un des cabinets et l'éloignement géographique d'un médecin généraliste ont nécessité un autre moyen de recueil : le téléphone. Concernant les patients, ils ont été recrutés sur place, puis un entretien à distance a été programmé. Les entretiens téléphoniques rendent l'enquêteur plus neutre, puisque l'absence de contact visuel masque ses potentielles mimiques.

Les médecins interrogés ont semblé à l'aise avec le recueil par entretiens semi-dirigés. En effet, la plupart d'entre eux ont déjà participé à des travaux de thèse et sont familiarisés avec cette méthode.

Bien que Laurène Grosdidier ait été présentée par le médecin généraliste et son projet rapidement exposé, les patients se sentaient parfois gênés, car non habitués à cette méthode de recueil. Leurs réponses ont pu être plus succinctes et peu développées. Il est possible également que, mal à l'aise, les patients aient oublié certaines informations (biais de mémorisation). Toutefois, l'étude qualitative était la méthode la plus adaptée pour répondre à l'objectif fixé.

De plus, le questionnement en direct peut causer un autre biais, dit de désirabilité : la personne est susceptible de répondre ce qui lui semble attendu par son interlocuteur, afin de ne pas le froisser. Cela peut être influencé par notre attitude, nos réactions et le ton employé. Certains patients ont explicitement demandé quelles étaient les réponses attendues. Nous pouvons nous interroger sur la complétude des réponses qu'ils ont formulées. Des questionnaires laissés en salle d'attente auraient peut-être permis de recueillir des informations différentes.

B. Représentativité

1. Taux de participation

Les 10 cabinets éligibles ont accepté de participer à l'étude et un médecin par cabinet a été interrogé.

Le taux de participation des patients est très élevé (88,6%). Seuls 5 patients ont refusé d'être interrogés, principalement par manque de temps.

A ceci s'ajoute un éventuel biais de recrutement. Les personnes acceptant de réaliser l'entretien sont potentiellement plus intéressées par le sujet et donc plus réceptives aux informations. Néanmoins, ce biais est minimisé dans notre cas, devant le taux de participation très élevé.

Par ailleurs, les médecins généralistes ont présenté Laurène Grosdidier directement à leurs patients. Face à leur médecin et à Laurène Grosdidier, il est possible que certains patients n'aient pas osé refuser de participer à notre étude.

2. Populations

La représentativité de notre enquête est permise grâce à un recrutement réalisé dans des secteurs démographiques différents et au sein de cabinets médicaux avec des fonctionnements propres (lieux et modes d'exercice variés) et des patientèles issues de milieux sociaux différents.

Un biais de résultats est toutefois possible pour ces mêmes raisons, mais également pour la variabilité d'autres facteurs (configuration des salles d'attente...).

C. Traitement de l'information

L'objectif d'une étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés est de recueillir le ressenti des personnes interrogées, afin de cerner leurs attentes. Bien qu'ayant suivi une initiation au codage, notre inexpérience dans l'analyse des verbatim a pu engendrer un traitement des résultats moins abouti.

Il existe également un biais d'interprétation, la double lecture des entretiens médecins n'ayant pas pu être réalisée.

Toutefois, concernant les analyses des entretiens patients réalisés par Laurène Grosdider, une triangulation croisée des données a été réalisée. En effet, lors de la mise en relation des réponses médecin/patients pour l'analyse par cabinet, Charlotte Hermal a réalisé la double lecture des entretiens patients. Elle a effectué ce travail de codage après la rédaction des résultats de ses enquêtes médecins, pour ne pas être influencée dans son travail.

VI. RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

A. Récapitulatif des attentes et des propositions des patients (par Laurène Grosdidier)

Points positifs	<ul style="list-style-type: none">• Satisfaits de l'initiative• Contenu compréhensible, pertinent, agréable à regarder• Intérêts éducatif et informatif• Films très appréciés• Accès aux informations plus facile• Messages de prévention médicale bien assimilés
Points négatifs	<ul style="list-style-type: none">• Boucle des messages courte, messages répétitifs• Manque de renouvellement des messages• N'engendre pas de dialogue avec le médecin• Ergonomie, mauvais emplacement de l'écran dans la salle d'attente
Points à développer	<ul style="list-style-type: none">• Vitesse de défilement des messages à adapter selon les cabinets• Son uniquement pour les messages jugés les plus importants• Flux d'actualités constant, avec des messages saisonniers renouvelés tous les 3 mois• Diffusion d'actualités générales selon les cabinets• Ajouter plus de messages de type vidéo

B. Récapitulatif des attentes et des propositions des médecins (par Charlotte Hermal)

Points positifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sélection des messages par des médecins généralistes, à partir de sources validées • Travaux d'installation simples • Gestion déléguée • Communiquer avec les patients en les informant • Personnalisation possible • Contenu des messages satisfaisant • Écran perçu comme une aide complémentaire • Vidéos relatant des faits du quotidien = marquantes • Absence de publicité • Pas de dégradation
Points négatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Interface non intuitive • Aspect répétitif des messages • Formule payante (abonnement)
Points à développer	<ul style="list-style-type: none"> • Majorer la communication UPSL / utilisateurs • Préciser certaines modalités du contrat (abonnement, assurance...) • Disponibilité du chargé de mission (assistance technique, création de messages personnalisés...) • Augmenter le nombre de messages disponibles et les actualités médicales • Développer le format vidéo • Possibilité d'ajouter d'autres contenus (musique, chaînes télévisées, etc.)
Points à prendre en compte	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux coûteux = frein à l'installation de l'écran • Ergonomie : adapter l'écran à la salle d'attente • Manque de temps des médecins généralistes, d'où méconnaissance du contenu • Diffusion de campagnes institutionnelles • Dépliants restent appréciés

C. Conclusion

Ce travail commun a permis de mettre en évidence les points suivants, dont l'amélioration permettrait de développer l'affichage dynamique au sein des salles d'attente de médecine générale.

Nous notons une nette préférence pour l'écran numérique, chez les patients comme chez les médecins. Les messages vidéo ont un impact important. Leur diversification assurerait une meilleure assimilation des informations, par la narration et le caractère explicite des images. En cas de données techniques ou longues, comme l'a décrit Charles K. Atkin (30), il faut préférer les supports papier, comme les dépliants, qui restent appréciés. Nous pouvons imaginer un système d'information mixte mettant en relation les informations de l'écran avec un document papier plus détaillé.

Au niveau conception, des textes courts avec un vocabulaire simple semblent les plus adaptés pour permettre la compréhension de tous. Il faudrait augmenter la boucle de diffusion en variant les sources d'information (actualités médicales, données administratives...). Les médecins comme les patients plébiscitent un fil d'information constant, ponctué de messages d'actualités médicales, renouvelés tous les 3 mois.

Les problèmes d'ergonomie rencontrés nécessitent d'être corrigés en prenant en compte le nombre, le positionnement ou la taille de l'écran. Comme décrit dans la littérature, l'emplacement de ce support est un facteur pertinent à ne pas négliger (32).

Certains points, comme la vitesse de défilement, le son et la présence d'autres médias, partagent les utilisateurs. La réponse à ces désaccords semble être la possibilité de moduler suivant les préférences de chaque cabinet. Pour cela, l'amélioration de l'interface de personnalisation est indispensable.

Par ailleurs, il paraît nécessaire de majorer la communication entre les médecins et l'équipe en charge du projet. Une personne dédiée assurant la gestion déléguée serait une réponse aux demandes des médecins. La présence de médecins généralistes au sein de l'équipe reste essentielle. Elle permet de définir une stratégie de santé publique, en sélectionnant des messages pertinents. Elle est également une alternative au manque de temps et de formation des omnipraticiens. A l'avenir, le développement de ce concept au-delà de la région Lorraine pourrait passer par le recours à une structure professionnelle.

Notre travail de thèse a montré les attentes des utilisateurs de l'écran numérique. Toutefois, l'échantillon étant limité, il révèle plutôt des tendances. Il n'est pas possible d'extrapoler ces résultats à une population plus large et la majorité ne peut raisonnablement l'être au-delà des participants. Par exemple, les patients ont détaillé les différents thèmes qu'ils souhaitent voir abordés. Il pourrait être intéressant lors d'un travail ultérieur de réaliser une étude quantitative afin de pratiser les thèmes diffusés aux réponses fournies.

BIBLIOGRAPHIE

1. WONCA Europe. The European definition of general practice. 2002. [consulté le 12 juin 2018]. Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/Web documents/European Definition of family medicine/WONCA definition French version.pdf>
2. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=cid>
3. Sécurité Sociale. Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2015. Annexe 1. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur_9-2.pdf
4. Définitions marketing. BATHELOT B. Définition : Affichage dynamique. 9 sept 2015. [consulté le 12 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.definitions-marketing.com/definition/affichage-dynamique/>
5. GIORDANELLA JP. Rapport sur le thème du sommeil. Ministère de la santé et des solidarités. 2006. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000899.pdf>
6. WARD K, HAWTHORNE K. Do patients read health promotion posters in the waiting room ? A study in one general practice. Br J Gen Pract. déc 1994;44(389):583-585.
7. 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 de médecine. Faculté de médecine de Rouen ; 2010.
8. Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention de diagnostic et/ou de soins. [consulté le 18 septembre 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/30/ECOC1809998A/jo/texte>
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Articles 13, 19 et 31. Avril 2017. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
10. Conférence internationale des ordres et des organismes d'attributions similaires. Principes d'éthique médicale européenne. Article 3. 6 janv 1987. [consulté le 11 février 2018]. Disponible sur : http://www.ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/principes_dethique_medicale_europeenne_1987-1995_ceom_cio.pdf

11. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5033/document/convention-medecins-liberaux_journal-officiel.pdf
12. INPES. Baromètre santé médecins généralistes. 2009. [consulté le 06 mars 2018]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
13. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [consulté le 25 février 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
14. ATAYI D, BRULET JF, CHAUPLANNAZ G, EGLINGER E, FRANCOIS M, OLAYA E et al. Qualité de l'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes. Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la Région Rhône-Alpes, collège des généralistes. Rapport de 2003. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : <http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/publications/accueilcabinetmedecin-1440753775.pdf>
15. KRYPCIAK S. Analyse des attentes des patients concernant les documents d'information disponibles dans les cabinets de médecine générale. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Créteil ; 2006.
16. SEHAKI-IDRIS H. Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients. Thèse de médecine. Université de Picardie Jules Verne ; 2009.
17. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations. 1998. [consulté le 25 février 2018]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
18. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Juin 2007. [consulté le 02 février 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
19. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [consulté le 22 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
20. GATTO F. Apprendre à éduquer le patient. Actualités et dossier en Santé Publique. 1999;26:70-74.

21. INPES. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. [consulté le 25 février 2018].
Disponible sur :
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroMP2003/pdf/prevention.pdf>
22. ASSATHIANY R, KEMENY J, SZNAJDER M, HUMMEL M, VAN EGROO LD, CHEVALLIER B.
La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ?. Archives de Pédiatrie.
2005;12(1):10-15.
23. DERVAL D. Wait marketing - Communiquer au bon moment, au bon endroit. Editions
Eyrolles ; 2007, 238p.
24. VEZIN F. Le digital, nouvel allié du « Wait marketing » en salle d'attente. 18 déc 2012.
[consulté le 15 mars 2018]. Disponible sur :
<https://lemondedelaesante.wordpress.com/2012/12/18/le-digital-nouvel-allie-du-wait-marketing-en-salle-dattente/>
25. MORGENSZTERN A. Bêta de mémorisation (cinéma, télévision, Internet, presse,
affichage et radio) issu de l'enquête Ad 2-one et Carat Interactive. Carat médias
actualités. 2001;(47):15.
26. IFOP. Test d'impact publicitaire. 2002. Disponible sur : <http://www.canal33.fr>
27. LEROY B. Comparaison de l'efficacité de deux vecteurs d'information en salle d'attente,
en direction d'une population d'adultes, prise en charge en médecine générale, au sein
de deux maisons de santé pluridisciplinaires. Thèse de médecine. Faculté de médecine
de Nancy ; 2012.
28. OERMANN MH. Effects of educational intervention in waiting room on patient
satisfaction. J Ambul Care Manage. Juin 2003;26(2):150-158.
29. COMITE F, GALLAGHER TC, VILLAGRA V, KOOP CE. Patient education as medical
intervention : a pilot study. HMO Pract. Mars 1998;12(1):17-23.
30. ATKIN C, WALLACK L. Mass Communication and Public Health : Complexities and
Conflicts. Canadian Journal of Communication. 1993;18(1). [consulté le 20 septembre
2018]. Disponible sur: <https://www.cjc-online.ca/index.php/journal/article/view/725/631>
31. YOUNGER E, WITTET S, HOOKS C, LASHER H. Immunization and Child Health Materials
Development Guide. PATH's Children's Vaccine Program. Avr 2001;160.
32. BERKHOUT C, ZGORSKA-MEYNARD-MOUSSA S, WILLEFERT-BOUCHE A, FAVRE J,
PEREMANS L, VAN ROYEN P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting
rooms. A systematic review. Eur J Gen pract. Août 2018;24(1):202-210.

ANNEXES

Annexe 1 : Document d'information patient

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy



Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, pour obtenir le titre de Docteur en médecine générale, je réalise un travail de recherche médicale sur :

« Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente : identification des attentes de patients et de médecins après expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine. »

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens, c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez que :

- Votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Les données recueillies seront traitées de manière anonyme
- À tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Laurène Grosdidier
Interne en médecine générale
Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy

Annexe 2 : Formulaire consentement patient



Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale

« Diffusion d'informations par écrans numériques en salle d'attente : identification des attentes de patients et de médecins après expérimentation dans 12 cabinets en Lorraine. »

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Laurène Grosdidier, interne de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy.

Fait à Le

Signature

Annexe 3 : Grille d'entretien patients

THÈMES	QUESTIONS	RELANCES
<i>DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge • Catégorie socio-professionnelle • Situation maritale - Enfants 	
<i>SALLE D'ATTENTE</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Venu seul ou accompagné • Fréquence de venue en salle d'attente • Temps passé en salle d'attente 	
<i>INFORMATIONS MÉDICALES ET PRÉVENTION</i>	Intérêt vis-à-vis du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du système • Aspects positifs, aspects négatifs
	Type d'occupation en salle d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Information • Divertissement
	Type d'informations souhaité sur ces écrans	<ul style="list-style-type: none"> • Informations médicales • Autres sources
	Type d'informations à ne pas diffuser sur l'écran	
	Support d'informations utilisé en salle d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Supports papiers • Écran numérique • Préférence
<i>ÉCRAN</i>	Informations diffusées	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence • Conception • Vitesse de défilement • Fréquence de renouvellement
	Message le plus marquant	<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi
	Son	<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi
	Communication avec le médecin	
	Attentes vis-à-vis des écrans	<ul style="list-style-type: none"> • But informatif • Divertir

Annexe 4 : Grille d'entretien médecins

THÈMES	QUESTIONS	RELANCES
<i>DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Sexe • Milieu d'exercice • Mode d'exercice • Mode de consultation • Ancienneté d'exercice 	
<i>ADHÉSION AU PROJET</i>	Attrait pour l'écran	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance du système • Attentes • Réticences • Abonnement • Gestion déléguée
<i>TECHNIQUE</i>	Fonctionnement du système	<ul style="list-style-type: none"> • Installation • Maintenance • Actualisation • Dégradations
<i>CONTENU DES MESSAGES</i>	Avis sur les messages diffusés	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à la pratique • Communication avec les patients • Retour des patients
<i>PERSONNALISATION</i>	Utilisation de l'interface de personnalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Choix des messages diffusés • Messages propres au cabinet • Conception de l'interface • Obstacles rencontrés • Desiderata
<i>BILAN</i>	Bilan de cette expérience	<ul style="list-style-type: none"> • Corrections à apporter • Dysfonctionnements • Idées à développer

Annexe 5 : Verbatim d'un entretien patient – par Laurène Grosdidier

Entretien G.P2

L- Alors, vous êtes un homme. Il me faudrait votre âge ?

P- 41 ans.

L- Vous êtes marié ?

P- Pacsé.

L- Pacsé. Vous avez des enfants ?

P- Oui euh 3.

L- Trois. Vous faites quoi comme métier ?

P- Je suis comptable.

L- Comptable, d'accord. Donc vous êtes venu tout seul aujourd'hui en salle d'attente... ?

P- Oui.

L- Vous venez à peu près combien de fois par an ?

P- Oh ben là ça fait deux fois en un mois ! Mais normalement... 'fin en général non je viens très peu chez le médecin.

L- Ouais et sur une année à peu près ?

P- Pff allez on va dire euh... Une fois tous les deux ans ! (Il rigole)

L- D'accord. Et vous...

P- (Il me coupe) 'Fin pour moi-même en tout cas !

L- Oui pour vous ! Et vous passez à peu près combien de temps en salle d'attente avant d'être pris en règle générale ?

P- Oh on va dire une heure et demi !

L- Une heure et demi okay. Vous avez vu qu'il y a des écrans qui ont été mis en salle d'attente...

P- Oui.

L- Qu'est-ce que vous pensez de l'initiative ?

P- Oh bah c'est plutôt une bonne initiative je dois dire, au niveau informatif c'est quand même intéressant ce qu'on peut y voir !

L- Ouais... d'accord ! Et quel type d'information de manière générale vous souhaiteriez qui soit diffusé sur cet écran ? (Blanc) Que ça soit médical ou pas médical ?

P- (Il réfléchit) Bah c'est quand même mieux que ça soit... que ça reste dans le domaine du médical ! Je veux dire c'est quand même l'intérêt... Après euh... je dirais surtout au niveau de la prévention peut-être euh...

L- Ouais...

P- Que ça soit au niveau de la prévention, des... des contaminations, 'fin des voilà des...

L- De la transmission ?

P- Voilà, ce qu'on peut faire voilà pour éviter... Parce que c'est vrai qu'on se pose la question, on arrive dans une salle d'attente, on se dit voilà je suis avec pas de mal de personnes potentiellement malades, donc qu'est-ce qui... 'fin qu'est-ce qu'on pourrait faire pour euh... pour éviter d'aggraver notre cas ! (Il rigole)

L- D'accord ! (Je souris) Et a contrario est-ce qu'il y a des messages que vous voudriez ne pas voir diffusés ? Des choses qui vous dérangeraient ou qui n'ont pas leur place ?

P- Oh moi j'ai assez peu de tabous ! Donc au niveau... tant qu'on reste dans du médical euh... pour moi y a rien... Y a rien de forcément de...

L- D'accord. Et vous avez des attentes vis-à-vis de ces écrans ? (blanc) Je sais pas que ça vous... que ça passe le temps, que ça vous informe... ?

P- Pas vraiment, surtout aujourd'hui on a tous nos smartphones donc c'est vrai que... Euh... non moi vraiment ce que j'en attends c'est...c'est dans le domaine du médical et euh... mais après je dirai que tout est bon à prendre !

L- D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez de la qualité et de la pertinence des informations qui sont transmises ?

P- Pff euh... Alors euh de ce que je me souviens avant (il rigole) ça a l'air plutôt succinct, c'est relativement... euh c'est bien résumé, c'est bien mis en image ! Moi je trouve ça pas mal, il n'y a pas de longueur en tout cas ! Voilà...

L- Et la vitesse de défilement, vous avez le temps de tout lire où... ?

P- Ah là je préfère pas vous dire de bêtises, parce que je vous dis aujourd'hui j'ai pas lu, j'ai pas pu voir donc je ne peux pas... Je sais pas !

L- D'accord. Et est-ce qu'il y a un message qui vous a plus marqué que d'autres ?

P- Non. (il sourit)

L- D'accord. Et est-ce qu'après avoir vu des petits films ça vous a permis d'aborder un sujet avec votre médecin auquel vous n'aviez pas pensé ou que vous n'osiez pas aborder ?

P- Hmm non pas forcément.

L- D'accord. Euh est-ce que vous aimeriez qu'il y ait du son qui soit ajouté à ces vidéos ?

P- (Il réfléchit) Hmm du son ? Non !

L- Ouais... Ou quelqu'un qui...

P- Pas forcément, je ne trouve pas ça utile.

L- D'accord ça marche. Et selon vous quelle fréquence il faudrait renouveler les thèmes ? (Blanc) Diffusés ?

P- Bah après c'est toujours pareil, c'est très subjectif ! Parce ce que ça dépend de la fréquence à laquelle les personnes viennent (il rigole) Pff je dirais...

L- Oui comme ça un ordre d'idée... Je sais pas tous les 3 mois tous les... tous les mois ?

P- Pff là comme ça j'aurais dit mensuellement oui/

L- Ouais.

P- Ouais...

L- Et du coup dernière question. Entre les affiches au mur, les dépliants et l'écran du coup qu'est-ce que vous préférez comme moyen d'information ?

P- Pff moi j'aime bien le papier quand même parce que ça permet de voilà... de faire le tri, de prendre les choses à son rythme et de les lire à son rythme. Parce que l'écran c'est vrai que c'est plus captivant ça nécessite plus de concentration je trouve.

L- D'accord et du coup entre le dépliant et les affiches ? Un des deux à votre préférence ou... ?

P- Ouais le dépliant je trouve ça bien !

L- Ouais parce que...

P- Ben après c'est toujours pareil, Ben... je me mets à la place un peu des gens... c'est vrai que le dépliant permet... 'fin de l'avoir sur soi, ça évite à avoir à se déplacer, 'fin de ouais...

L- D'accord okay.

P- Après ça dépend des gens tout ça... pour regarder... tout dépend aussi de comment sont positionnées les affiches mais euh...

L- Parfait, j'ai terminé.

Annexe 6 : Verbatim d'un entretien médecin – par Charlotte Hermal

Entretien G-M1

Charlotte : Donc euh la première question c'était d'savoir quelles étaient vos attentes quand vous avez accepté l'projet d'installer l'écran dans la salle d'attente euh du cabinet ?

G-M1 : [réfléchit] Alors... euh... Bon... Alors c'était, c'était euh... Des attentes j'en avais, j'en avais pas particulièrement. Euh disons que quand on en a, quand euh il, quand JD en a, a commencé à en causer euh, il a vendu ça en disant que c'était euh, ça permettait de diffuser des informations euh à la fois institutionnelles et puis de, de, de mettre de l'information euh plus locale et euh notamment sur euh le fonctionnement des différents cabinets et euh ou toute autre information qu'on pourrait mettre dessus. Donc euh dans l'idée euh c'était intéressant euh qu'y ait des messages de prévention, euh qu'y ait euh l'information ben encore hein, sur notre façon d'fonctionner qui s'trouve dans la, dans la structure. Euh... Pis après voilà, si y a des informations plus, ben par exemple là on a la rougeole, y a une épidémie d'rougeole euh, cce s'rait l'occasion de, de faire tourner quelque chose sur euh la vaccination : est-ce que les gens sont euh, est-ce que les gens sont vaccinés correctement ? Est-ce que ils ont bien eu leurs deux doses ?

C : Mmh mmh.

G-M1 : ...ou de revoir ça avec leur médecin. Voilà, ça, c'est des choses comme ça que, que j'attends sur l'écran.

C : D'accord. Et c'est des attentes qui sont comblées ?

G-M1 : Alors... Déjà la première chose c'est que, on sait pas... Peut-être pas trop qu'j'méloigne ! [bruit de chaise] On sait pas trop euh c'qui passe. Euh c'est moi qui, qui aie les codes.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh, donc euh c'est moi qui peux r'garder c'qui s'passe et euh j'prends pas l'temps d'le faire. Euh, donc euh le seul regard que j'ai c'est quand j'ouvre la salle d'attente et que j'vois c'qu'y a sur l'écran, donc ça prend euh grosso modo 30 secondes. Et c'qui m'fait beaucoup rire c'est que, c'est que à chaque fois je tombe sur la même page, sur l'éducation sexuelle euh en collège et lycée ! Voilà, c'est... Je sais pas pourquoi, mais cette page là elle doit tourner beaucoup ! Et puis euh sinon j'ai déjà, j'avais déjà mis deux pages euh, euh, une sur la déclaration d'méd'cin traitant euh, euh pour les enfants. Mais elle est mal faite et c'est écrit trop p'tit et j'l'ai pas r'prise ! Euh et puis euh, et puis voilà. Et puis après j'vois qu'de temps en temps y a des infos qui passent, y a des choses euh sur l'dépistage du cancer colo-rectal par exemple j'crois, euh sur euh, sur euh comment bien prendre son traitement, des choses comme ça. Donc j'vois, j'vois à peu près c'qui tourne...

C : Mmh mmh.

G-M1 : ...mais j'ai pas, j'ai pas un regard euh, euh très euh... j'regarde pas d'façon précise c'qui passe.

C : Le peu des messages que vous avez pu entrapercevoir, euh vous pensiez quoi de la façon dont ils étaient présentés, du cont'nu ?

G-M1 : Alors euh, la présentation elle est toujours bien. Le cont'nu euh par exemple y a des fois des trucs sur euh, sur de l'information euh un peu plus, 'fin d'l'act..., 'fin qui est non médicale et des fois y a des choses qui sont pas toujours pertinentes. Mais euh, mais voilà.

Après... Mais le plus souvent c'est, 'fin surtout sur c'qui est institutionnel, j'trouve que c'est, c'est bien fait, c'est utile, c'est bien présenté, euh c'est simple, ça, ça correspond bien à c'que j'attends d'la, de l'information qui peut être donnée.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Et l'autre chose c'est qu'je reprends pas avec les patients « Ah tiens est-ce que vous avez vu c'qui passe ? » et euh j'ai pas d'patient qui m'en parle.

C : D'accord.

G-M1 : Donc y a pas de retour.

C : Et vos collègues non plus ?

G-M1 : Pas à ma connaissance.

C : D'accord. Donc y a jamais un patient qui a rebondi sur un message qu'il aurait vu en salle d'attente pour vous en parler ?

G-M1 : Non. Non.

C : Et euh, en dehors du fait juste de profiter d'un message qu'ils auraient vu et qui leur aurait parlé, euh, est-ce que vous avez eu un retour des patients par rapport à l'écran ?

G-M1 : Non.

C : ... pour connaître leur point de vue ou quand il a été installé...

G-M1 : Non.

C : Nan ?

G-M1 : Alors je... Il faudrait sûrement leur poser la question, savoir si ça les intéresse ou pas hein. Ben c'est c'que votre collègue a fait !

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh d'ailleurs si on peut avoir le r'tour par rapport à ça, ça nous intéressera !

C : Ouais...

G-M1 : Mais euh dans, dans l'temps d'la consultation euh, on a déjà plein d'choses dont on doit discuter et donc euh passer ne s'rait-ce que 1 ou 2 minutes là-d'ssus, c'est un peu euh, c'est un peu... 'fin voilà j'ai, j'ai pas envie d'prendre ce temps là !

C : Mmh mmh.

G-M1 : Voilà. Et surtout que j'mets pas..., je, j'ai pas eu la formation suffisante je pense pour euh pouvoir moi-même mettre des choses en ligne sur euh, là-d'ssus hein. J'vous ai dit, j'ai fait une page sur la déclaration d'méd'cin traitant pour les enfants, mais euh c'était pas, c'était pas fait correctement ! Et euh, et donc euh après j'ai pas euh rapp'lé la personne pour euh, pour pouvoir euh, euh, me r'former un peu, de façon un peu plus précise pour mettre des informations euh, euh... Alors j'pensais à un truc euh, euh, là on était en pleine épidémie d'grippe, mettre euh « Vous êtes malade, portez un masque. Demandez un masque à la secrétaire. »

C : Mmh mmh.

G-M1 : On a mis des affiches, mais peu d'personnes le font.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Est-ce que si c'était sur la télé ils le f'raient ? Euh j'verrais bien aussi un message, euh « Ne serrez pas la main à votre méd'cin (ou aux autres personnes de votre entourage, 'fin y a pas que l'méd'cin) mais ne serrez pas la main, n'embrassez pas votre entourage si vous êtes maalde. Pensez à ne pas serrer la main d'votre méd'cin. » Voilà. Justement, le temps que j'vous attendais en salle d'attente, les personnes qui étaient derrière euh, parlaient d'l'affiche que vous avez mise euh, la page A4...

G-M1 : Ouais...

C : ...avec le message d'aller d'mander un masque à la secrétaire. Mais en fait ils n'arrivaient pas à l'lire ! C'était trop p'tit. Donc effectivement l'écran pourrait peut-être euh...

G-M1 : Palier à ça !

C : Voilà.

G-M1 : Et pis y a, effectivement y a plein d'infos euh qui sont réparties euh... Les gens quand ils arrivent, même au c..., c'est marqué sur l'comptoir, mais les gens quand ils arrivent ils font pas forcément attention à c'qui est affiché, ils se, ils vont voir directement la, la, la secrétaire et donc euh leur regard il est focalisé sur la secrétaire et pas sur c'qui s'trouve à côté.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Voilà. Et, et si l'message passait en boucle, on aurait peut-être plus de retombées...

C : D'accord. Et par rapport aux messages que vous avez essayé de faire, du coup l'message euh sur la déclaration d'méd'cin traitant des enfants, c'est le seul message personnalisé que vous avez...

G-M1 : J'avais fait un message sur les, les honoraires euh et ça ça a été repris par la personne qui gère avec le Dr G. J'me rappelle plus d'son nom...

C : Avec E. ? E., c'est ça j'pense votre euh... Monsieur L. ?

G-M1 : Ouais, c'est ça ! Voilà ! Euh c'est ça. Et donc euh donc l'message il a été r'pris. Parce que j'l'ai r'vu après tourner euh, une ou deux fois, et donc là, il, ça a été r'pris et c'est propre... Euh, c'était mieux que c'que j'avais fait !

C : Et... Parce que là visiblement vous avez pas l'air satisfait pleinement des messages quand vous les personnalisez vous-même, vous arrivez quand même, quand vous êtes sur votre interface à voir le rendu ou est-ce que c'est juste une fois qu'vous, qu'vous le passez sur la télé que vous vous rendez compte que ça colle pas ?

G-M1 : Je... J'm'étais, j'm'étais rendu compte que, que c'ét..., que c'était, que ça avait pas l'air d'être bien, que ça, ça avait l'air un peu petit, mais euh p... j'ai pas pour autant réussi à, à faire quelque chose euh de plus adapté ! Après, j'ai pas passé non plus euh 2 heures dessus !

C : Mmh mmh.

G-M1 : Hein, c'est euh... Voilà. Et c'était euh, c'était quelques temps après les avoir rencontrés en, en réunion donc j'me suis dit que... Mais après, depuis, voilà ça m'a... L'interface, j'ai trouvé qu'l'interface était pas euh, euh, facile d'utilisation et euh, et donc euh j'm'y suis pas r'trouvé. Euh j'ai mis du temps à trouver comment, comment réaliser l'message, pour avoir un fond, etc. C'était pas... voilà, c'était pas intuitif !

C : Mmh mmh.

G-M1 : Et euh, et le peu d'infos qu'j'avais notées, ben j'les avais oubliées ! Et voilà...

En réunion ? Par rapport à l'utilisation d'l'interface ?

G-M1 : Quand il était v'nu m'présenter...

C : Ah.

G-M1 : ...l'interface, il m'avait, il m'avait montré comment, comment on faisait. Ca avait l'air simple euh évidemment quand il l'a fait ! [sourires] J'ai noté 2-3 trucs et pis euh, et pis quand j'me suis r'trouvé d'avant l'interface, ben j'avais, ben j'étais tout bête !

C : Oui, seul, c'était finalement beaucoup plus compliqué à mettre en œuvre ?

G-M1 : Ouais, c'est ça, voilà. Et puis après j'ai pas voulu non plus euh, euh, le euh... Comment... Lui renvoyer des choses euh à mettre en forme, etc. parce que euh, je sais qu'il..., 'fin j'avais vu qu'il avait plein d'trucs, qu'il était pas mal débordé et donc euh voilà j'ai pas voulu l'charger de boulot non plus. Et pis après on est pris dans l'feu d'l'action et pis on oublie l'truc et on, et on passe à autre chose.

C : Et ça s'rait pour vous un plus d'avoir une personne dédiée comme E. comme interlocuteur, à qui vous pouvez voilà déléguer euh... Juste envoyer par exemple un mail en disant « Voilà, j'voudrais juste une diapo sur ça, ça, ça, est-ce que vous pouvez m'la mettre en page et m'l'intégrer » ?

G-M1 : Ah ouais ! Ah ben ouais...

C : Oui ?

G-M1 : Ouais, ça s'rait bien ça ! [sourires] Après faut voir comment ça s'finance aussi... Euh parce que euh, euh, ça ça compte aussi. A partir du moment où on a un cabinet euh avec euh beaucoup d'charges, est-ce que on s'rajoute des charges supplémentaires euh liées à c'travail qu'on va déléguer à quelqu'un ? Voilà. Donc euh ça c'est, c'est une question qui peut s'poser aussi.

C : Mmh mmh. Là, justement, en parlant d'aspect financier, euh... l'écran avait été mis à disposition...

G-M1 : Gratuitement au départ.

C : Voilà.

G-M1 : Et puis là maint'nant il est payant.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh de mémoire euh, je n'saurais plus dire combien. Mais c'était pas euh, c'était pas déconnant sur l'tarif.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Je sais plus exactement...

C : Pour 2018, c'que j'avais vu a priori c'était un abonnement d'180 euros pour l'année.

G-M1 : Ouais, j'aurais dit ça, entre 100 et 200.

C : Ouais. Ca c'est quelque chose, un tarif qui vous paraît raisonnable ?

G-M1 : Mmh. Oui, oui. A l'échelle du cabinet c'est... Puisqu'on partage, on partage ça en... Quoique j'sais pas comment c'est partagé d'ailleurs ! Parce que la salle d'attente c'est essentiellement euh, euh pour les méd'cins, donc euh, est-ce qu'on, est-ce qu'on paye la télé euh juste pour les euh méd'cins ou est-ce que les autres payent, je sais pas. Ca faudrait d'mander à mon, ma collègue le Dr P. qui gère plus le côté euh, financier, répartition sur la SCM inter-pro...

C : Mmh mmh. D'accord. Et si le tarif venait à, à être revu à la hausse, est-ce qu'y a on va dire un seuil financier, où ça pourrait être un frein à poursuivre l'utilisation d'l'écran ?

G-M1 : [réfléchit] Alors après faut voir comment, comment c'est réparti encore une fois. Si c'est réparti sur toute la maison d'santé euh, euh, euh on aura un peu plus d'amplitude euh parce qu'on partage à plus.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh mais là j'suis pas sûr que nos collègues infirmières euh, kiné, sage-femme qui euh, qui, qui profitent pas de, des messages qui sont transmis euh, juste pour présenter leur cabinet, euh s'raient d'accord. Euh et pis pour nous euh 'fin... pfff... moi j'pense que, au-d'là de 400-500 euros ce s'rait rédibitoire on va dire.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Voilà.

C : D'accord. Et vous parlez là justement des, des kinés, des autres professionnels de santé dans le, dans la maison d'santé... euh ils ont pu également mettre des messages personnalisés ou pas ?

G-M1 : Alors... On leur a proposé.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh... la sage-femme avait d'mandé d'mettre un truc sur la piscine que j'ai jamais mis ! Voilà, parce que là c'est pareil, fallait insérer une photo, euh voilà...

C : C'était plus compliqué ?

[rires]

G-M1 : Donc ça a pas été fait ! C'était sa seule demande... Les kiné euh, on leur a reposé la questions et ils ont pas marqué d'intérêt particulier. Les infirmières euh non plus à ma connaissance. Et donc euh y a juste une présentation et les numéros d'téléphone qui, qui, qui tournent...

C : Mmh mmh.

G-M1 : ...mais c'est tout. Voilà.

C : D'accord. Et y a d'autres informations euh personnalisées sur l'cabinet qu'vous avez pu ajouter sur l'écran, en dehors d'la présentation des différents euh professionnels ?

G-M1 : Ben... les tarifs. Euh... Euh, moi sur ma fiche de présentation y a l'fait que j'fasse de la tabaco. Euh... Mais sinon c'est, c'est tout c'qu'on a mis euh. Je sais même pas si les, les horaires euh tournent !

C : Mmh mmh.

G-M1 : Les horaires d'ouverture du secrétariat, pour la prise de rendez-vous et tout ça. J'crois pas que, j'crois pas qu'y ait d'info là-d'ssus !

C : D'accord. Et ça vous intéresserait de pouvoir compléter un p'tit peu les informations ?

G-M1 : Ouais, certainement... Oui, oui. Oui, oui. Mettre les horaires, les heures d'ouverture du secrétariat, euh... Expliquer euh, euh qu'y a des consultations libres et des consultations sur rendez-vous dans la même salle d'attente euh et que, en arrivant, il faut d'mander à la secrétaire combien y a d'personnes euh quand on est en consultation libre devant soi – même si les secrétaires le font – mais euh, 'fin, que les gens y pensent euh pour savoir euh quel est leur temps d'attente estimé.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh... Voilà. Sur euh des, des choses qui posent des fois problème aux secrétaires. Elles se r'trouvent à devoir euh expliquer parfois à des gens qui sont agressifs le fonctionnement du cabinet parce que ils voient des gens qui passent avant eux parce qu'eux ils sont sur rendez-vous alors que eux sont en consultation libre... Donc ça c'est, ça fait partie des incompréhensions et peut-être que ça, ça pourrait être aussi des informations qui pourraient être visualisées. Après il faudrait voir sous quelle forme pour qu'ce soit pas non plus un, un laius de quatre pages, mais euh voilà. Faut qu'ce soit, faut qu'ce soit simple. Voilà. Donc y a plein d'trucs ! Moi je, j'aim'rais bien qu'y ait plus de choses. Là, je, je, j'parlais d'la rougeole tout à l'heure, euh l'épidémie d'grippe, le port du masque en salle d'attente euh, le fait de s'faire... Alors la vaccination contre la grippe j'crois qu'ça, ça tourne ça.

C : Mmh.

G-M1 : Euh, voilà. Grosso modo on va dire ça.

C : Mmh mmh. Et par rapport à l'objectif euh des écrans qui était voilà d'pouvoir diffuser des messages de prévention, d'éducation...

G-M1 : Mmh mmh.

C : ... euh, qu'en... vous en pensez quoi ?

G-M1 : Ben... c... celui qui tourne là sur euh, sur euh l'éducation à l'école, euh j'l'ai vu tellement d'fois que, je, voilà... ! Euh celui-là j'sais pas s'il est très utile. Mais après sur euh, les informations euh sur la grippe, euh sur la vaccination en général, euh sur les dépistages, euh...

Qu'est-ce que... ? Pff... Euh il peut y avoir aussi des informations sur euh les allergies en cours, sur, 'fin les allergènes qui sont euh, voilà, 'fin y a, j'pense que ça c'est intéressé que ils puissent voir ce genre d'informations ici quand ils viennent euh au cabinet parce que sinon ils ont pas euh, y a des chances que ils passent au travers de, d'autres informations euh qui sont euh, qui peuvent être utiles et qui sont diffusées d'façon euh, euh, momentanée sur les média et pis que après, bon, si ils passent au travers, ils vont pas les, les avoir de nouveau quoi !

C : Mmh mmh. D'accord. Et... alors vous m'aviez dit qu'vous aviez pas eu d'retour...

G-M1 : d'la part des patients...

C : ...verbalisé, oui, en tout cas des patients. Est-ce que vous avez quand même le sentiment qu'ça a modifié un p'tit peu votre euh, votre pratique, la présence euh de l'écran ?

G-M1 : Nan.

C : Pas du tout...

G-M1 : Nan.

C : Ca n'a rien changé en consultation ?

G-M1 : Huum, nan. J'pense pas.

C : D'accord.

G-M1 : Après euh... Nan, là j'vois pas de, j'vois pas en quoi ça a modifié euh ma prise en charge des patients.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Et euh, et l'fait qu'y ait pas d'retour euh, euh, de la part des patients euh, ça m'incite à..., 'fin ça m'incite d'autant plus à dire que y a pas de retentissement sur ma pratique.

C : D'accord. Et euh, parce que là avant on a parlé d'l'interface où vous pouviez, pouviez personnaliser les messages... Euh, tout c'qui est maint'nance ou actualisation des messages, est-ce que ça vous laissez faire automatiquement ou vous choisissez des messages que vous souhaitez faire passer ou pas ?

G-M1 : Là ça fait euh... J'sais la d..., la dernière fois qu'j'ai vu euh Monsieur L. avec euh le docteur euh JD G., ça doit r'monter à 5 mois peut-être et depuis euh j'ai pas re... Je sais même pas où est mon papier avec les codes ! [rires] Pour être sincère euh, il est quelque part hein, il est... J'le retrouv'rai euh, j'le r'trouv'rai si j'le cherche, mais euh j'ai pas pris l'temps ! Voilà, et pis euh on a plein d'trucs à faire et ça c'est, c'est franch'ment pas une priorité !

C : Mm mmh.

G-M1 : Donc après je sais qu'il est derrière et pis que il met des trucs et j'peux l'voir de temps en temps euh quand j'passe en salle d'attente euh qu'y a des trucs qui étaient pas là avant et qui, qui sont là maint'nant.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Euh... Mais j'vais euh, mais sinon nan, j'ai pas r'mis l'nez d'dans, depuis au moins 5 mois. D'accord. Donc apparemment y a deux programmes qui tournent, généralement y a un programme été, un programme hiver, donc y a toujours une, une mise à jour. Et puis les flux d'actualité qui s'mettent euh... automatiquement dessus.

G-M1 : C'est ça. Mmh mmh.

C : Et euh...

G-M1 : J'ai, j'ai un autre exemple. Là on a eu, on a r'çu une grande affiche de la part de l'Amodemaces pour euh le dépistage du cancer du côlon. Parce que là y a, apparemment sur la Moselle ils vont intensifier un p'tit peu le, le, l'information qui va être diffusée. Ben cette affiche là au lieu d'être dans la salle d'attente, elle pourrait être très bien sur l'écran et euh ce s'rait euh, ce s'rait

moins d'pollution visuelle.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Voilà, y aurait moins d'trucs et euh les, les, les gens ils s'raient peut-être plus attentifs. Y avait autre chose aussi, dans la salle d'attente euh... J'sais pas si vous avez fait attention, mais y a des sièges qui sont face à la télé et y a d'autres sièges qui sont euh dos à la télé...

C : En-dessous...

G-M1 : Euh et y en a qui sont en d'ssous aussi !

C : Ouais.

G-M1 : Donc y en a, y en a au moins 3 qui sont en-d'ssous d'la télé qui peuvent rien voir, et y en a euh quatre qui sont dos à la télé qui peuvent rien voir non plus. Et pis après y a ceux qui sont tout au fond d'la salle d'attente, où là j..., je sais pas s'ils peuvent voir, mais euh il faut qu'ce soit écrit gros pour qu'ils s'en rendent compte quoi !

C : Oui, certaines diapo sont peut-être effectivement plus lisibles pour les gens du fond.

G-M1 : Ouais...

C : Bon, après y avait un couple en salle d'attente, où effectivement un, une des personnes s'est installée en-d'ssous d'la télé, donc voulait peut-être pas forcément r'garder, mais l'autre personne s'est installée exprès en face pour pouvoir euh regarder. Donc visiblement y a un intérêt euh d'la part euh, d'la part des patients par rapport à ça !

G-M1 : Mmh mmh. Au moins ça fait passer l'temps au pire !

[rires]

C : Voilà. Au moins déjà ça, c'est certain !

G-M1 : Mmh mmh.

C : Et au niveau des messages qui passent, donc y a les messages de prévention, y a vos messages propres au, au fonctionn'ment du cabinet...

G-M1 : Mmh mmh.

C : ...est-ce que vous auriez des attentes par rapport à un autre cont'nu qui pourrait être ajouté euh sur l'écran ?

G-M1 : [réfléchit] Euh... pfff... Des fois y avait des brèves euh sur euh des trucs qui s'étaient passés, genre un cachalot qui s'échoue ! Hein, c'était peut-être pas un message qui était passé hein, mais c'est, c'est pour donner un exemple euh de trucs euh qui s'passent dans le, dans l'actualité et pis euh, qui, qui des fois euh figurent euh... Et ça, ça, j'pense que ça a pas d'intérêt dans l'cabinet.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Voilà. On est euh, on a la possibilité de capter leur attention pendant euh des fois jusque 3 heures, euh, donc euh autant délivrer des messages euh, euh, à utilité euh médicale ou de santé publique, etc.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Le reste euh, ils peuvent l'avoir ailleurs et pis aller l'chercher s'ils en ont b'soin !

C : D'accord. Et ajouter du, du son, ça s'rait pour vous intéressant ou plutôt gênant ?

G-M1 : Euh... Y a déjà un peu d'son, y a déjà euh notamment les messages de prévention euh pour les enfants.

C : Les vidéos...

G-M1 : Ouais. Et euh, ça j'pense que ça suffit.

C : Mmh mmh.

G-M1 : Parce que... si, si y a plus de son, après ça va dev'nir une gêne euh pour euh, pour les patients et euh, euh, ouais moi j'pense que nan ça suffit ça !

C : D'accord.

G-M1 : Et pis, et pis y a des gens qui parlent en salle d'attente, des fois y a les gamins qui jouent, euh il faudrait monter le niveau sonore de façon euh peut-être trop importante et euh voilà... Donc euh nan. Et pis moi j'suis plus pour le calme ! C'est mieux... [rires]

C : Ca risquerait d'être l'escalade euh... après en salle d'attente. C'est possible effectivement...

G-M1 : C'est ça, c'est ça !

C : Très bien. Et du coup votre ressenti global par rapport à, à cette expérimentation ?

G-M1 : J'dirais que c'est global'ment positif quand même.

C : Mmh mmh.

G-M1 : On dire que euh j'mettrais une note de 6/10 euh pour l'instant. Et que euh si on pouvait personnaliser, mettre un p'tit peu plus de, plus de choses qui nous sont euh, euh plus personnelles au niveau de, de la structure et que on pouvait l'faire de façon euh facile et rapide, euh on pourrait euh, on pourrait monter à 8 ou 9 ! Euh voilà, en satisfaction.

C : D'accord.

G-M1 : Voilà.

C : Donc ça c'est vraiment pour vous l'point à améliorer, c'est l'interface.

G-M1 : Ouais...

C : Que ce soit plus intuitif et plus simple...

G-M1 : Oui.

C : ...d'arriver à mettre en page un message et d'intégrer euh.

G-M1 : Voilà. Ou l'faire faire !

C : Encore mieux, c'est ça ?

[rires]

G-M1 : C'est ça !

C : Très bien. Ok. Ben écoutez, pour moi c'est tout bon. C'est gentil !

G-M1 : Mmh mmh.

C : Merci beaucoup euh du temps qu'vous m'avez consacré !

VU

NANCY, le 05 octobre 2018

Le Président de Thèse

NANCY, le 18 octobre 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur François GUILLEMIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10518

NANCY, le 19 octobre 2018

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La promotion de la santé fait partie des prérogatives des professionnels en soins primaires. Un projet expérimental d'affichage dynamique a vu le jour en 2015 dans douze cabinets de médecine générale en Lorraine. Nous avons jugé intéressant de dresser un bilan de cette expérimentation. Nous avons voulu connaître les attentes des utilisateurs, patients et médecins, afin de permettre l'extension future de ce moyen de communication.

Dans ce but, nous avons réalisé en parallèle deux études qualitatives par entretiens semi-dirigés. Les entretiens ont été menés selon deux guides d'entretien : médecin et patients. Les analyses des verbatim ont été indépendantes, par chacune des enquêtrices.

Dix médecins généralistes et trente-neuf de leurs patients ont été interrogés. La majorité des utilisateurs sont satisfaits du projet et soulignent les intérêts éducatif et informatif de cette démarche. Les patients préfèrent l'écran numérique aux autres moyens d'information en salle d'attente. Il permettrait une meilleure assimilation des informations. Les médecins apprécient la gestion déléguée de ce système, avec la diffusion d'informations validées. Ils perçoivent l'écran comme une aide complémentaire à leur pratique et à leur action de prévention. Certains points méritent cependant d'être développés, comme la personnalisation, le format vidéo ou l'ergonomie.

Cet outil de communication semble prometteur sur le plan de la diffusion d'informations médicales aux patients. L'intérêt de développer les messages proposés et d'augmenter les possibilités de personnalisation par cabinet ont pu être identifiés.

TITRE EN ANGLAIS :

The use of digital displays to disseminate information in the waiting room. Identification of patient's and doctor's expectations after a testing phase in 12 medical offices in Lorraine. Qualitative studies via semi-structured interviews.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2018

MOTS-CLEFS, MESH :

Soins primaires, prévention, éducation pour la santé, salle d'attente, médecine générale, écran numérique, affichage dynamique.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
