



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-theses-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
Anne COIFFIER
Le 09 avril 2010

***REPRESENTATIONS ET ENJEUX DE LA SALLE D'ATTENTE :
POINTS DE VUE COMPARES DE MEDECINS GENERALISTES ET
DE PATIENTS D'APRES UNE ENQUETE QUALITATIVE***

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
M. le Professeur François KOHLER
M. le Docteur Cédric BERBE
Mlle le Docteur Virginie THIERRY

Président
Juge
Juge
Juge
Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1er Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »
- 2ème Cycle :
- 3ème Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

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

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

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

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

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

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Vous avez compris et soutenu notre choix pour ce sujet.

Pour votre disponibilité, votre accessibilité,

Pour vos conseils,

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

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur de Médecine interne

Président du Département de médecine générale

Vous nous faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse.

Nos rencontres et notre travail commun au service de la formation en médecine générale ont ponctué nos années d'internat, et renforcé notre volonté d'engagement.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur François KOHLER

Professeur de Biostatistiques, information médicale et technologies de communication

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

Soyez remercié pour l'intérêt que vous portez à notre travail, et pour votre disponibilité.

Monsieur le Docteur Cédric BERBE

Chef de clinique en médecine générale

Médecin généraliste à Rupt-sur-Moselle (88)

Tu as été témoin de mes premiers pas en médecine générale libérale, et tu as favorisé mon engagement en me faisant découvrir d'autres facettes de notre métier.

C'est une fierté d'avoir comme juge un Chef de clinique en médecine générale, et une chance de t'avoir comme ami.

Accepte mes remerciements pour tes conseils sur mes travaux universitaires, et pour l'exemple que tu donnes à suivre.

Mademoiselle le Docteur Virginie THIERRY

Médecin généraliste à Sermaize-les-Bains (51)

Point de repère de ma vie nancéenne et de mon internat de médecine générale, tu m'as accueillie et accompagnée dans mes projets, tu as partagé mes découvertes et mes premières expériences en médecine générale, du cabinet de consultation à la WONCA.

Tu m'as encouragée dans la réalisation de cette thèse atypique, merci pour ton soutien inconditionnel et tes conseils avisés.

Que l'avenir nous permette de nourrir notre vision commune de notre métier, et renforce notre amitié.

A MES MAITRES DE STAGE

Aux Docteurs Etienne CURIEN, Alain PETIT et Jean-Loup PECQUEUX

Médecins généralistes des Vosges

Vous m'avez ouvert les portes de vos cabinets, et celles de la médecine de famille.

Apprendre à vos côtés la richesse de ce métier est une chance et un honneur.

Merci pour votre engagement dans l'enseignement, la qualité et l'humanisme de votre pratique.

Aux praticiens hospitaliers

Mes stages hospitaliers ont été source d'expériences qui enrichissent ma pratique libérale. Merci pour votre accompagnement.

Aux médecins généralistes et aux patients qui ont participé à cette enquête

Votre accueil bienveillant et vos regards croisés sont la force de mon travail. Merci pour vos témoignages et votre foi dans la médecine générale.

A MA FAMILLE ET MES AMIS

A mes parents

Vous m'avez appris l'intelligence de l'amour et le sens de l'écoute.

Merci de m'avoir transmis vos valeurs de « battants », et d'avoir fait de moi la femme que je suis. Merci d'être là, toujours partants, toujours présents.

Recevez toute ma tendresse.

A Guillaume

L'attente a longtemps fait partie de notre vie quotidienne, nous avons su l'appivoiser. Vivre à tes côtés est le plus beau de mes projets.

Ton amour me porte dans tout ce que j'entreprends, ta force me pousse en avant.

Je t'aime

A notre enfant à naître

Tu dessines lentement entre nous les contours de ta vie. Nous découvrons chaque jour la douceur de ta présence, et cette mystérieuse émotion qui fait de nous des parents.

Nous t'attendons.

A ma sœur Delphine, mes frères Thibaut et Pierre-Yared

Quelle joie de grandir avec vous, et de partager la complicité de notre « équipe » !

C'est toi Delphine qui a su le mieux résumer mon travail de thèse : la salle d'attente est bien « l'apéritif » de la consultation médicale – non indispensable, mais tellement symbolique ! Que vos projets à tous les trois se réalisent, je serai là à vos côtés, je vous aime.

En attendant la suite !

A mes beaux-parents, aux membres de ma famille et de ma belle-famille

Nos échanges me font mesurer chaque jour la force des liens familiaux.

Merci pour votre soutien, vos encouragements, votre présence au long de mon parcours.

A mes relecteurs

Vous avez su, au cours de la préparation de cette thèse, me faire profiter de vos compétences, et me suggérer les modifications pour la rendre accessible à tous.

Soyez remerciés pour votre aide précieuse.

A Eugénie et Marie

Nous partageons nos expériences de remplaçantes, thésardes et futures mamans.

Nos conversations téléphoniques sont des respirations, nos rencontres des moments de joie. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec vos petit(e)s !

A Caroline et Xavier

Les liens que nous avons tissés au long de ces années sont solides, beaucoup plus que n'importe quelle caisse en métal. Et ils sont comme le bon vin : ils vieillissent bien. Continuons la dégustation !

A Antoine, Charlotte, Laurène, et aux équipes du RAOUL-IMG et de l'ISNAR-IMG,

Ensemble nous avons expérimenté et partagé des moments forts. Bravo pour votre engagement, et merci pour votre amitié !

A mes amis

De tous les horizons, de toute la France, vous remplissez ma vie (et nos week-ends !) de vos couleurs et de votre joie de vivre. Merci pour votre présence dans les moments d'hésitation, de fatigue, et bien sûr de fête et de partage.

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 MATIERES

REMERCIEMENTS	8
SERMENT	14
TABLE DES MATIERES	15
INTRODUCTION	18
LA SALLE D'ATTENTE	19
<i>I. Le choix du sujet</i>	<i>19</i>
<i>II. La salle d'attente dans la littérature scientifique et grand public</i>	<i>23</i>
MATERIEL ET METHODE	34
<i>I. Le choix de la méthode qualitative</i>	<i>34</i>
<i>II. Mise en œuvre de la méthode</i>	<i>36</i>
1. Aspects théoriques	36
2. L'enquête auprès des médecins	37
3. L'enquête auprès des patients	39
<i>III. Objectifs</i>	<i>40</i>
<i>IV. Caractéristiques des échantillons</i>	<i>41</i>
RESULTATS	44
<i>I. Nombre d'entretiens et durée</i>	<i>44</i>
<i>II. L'accueil de la part des confrères</i>	<i>45</i>
<i>III. L'accueil de la part des patients</i>	<i>45</i>
<i>IV. Regards sur la salle d'attente</i>	<i>46</i>
ANALYSE	53
<i>I. Les médecins</i>	<i>53</i>
1. L'espace	53
A. Les aspects matériels	53
B. Les revues, la décoration, l'agrément	66
C. L'information aux patients	77
D. L'hygiène	95
2. Le temps	100

A.	L'organisation des consultations.....	100
B.	La durée de l'attente	107
C.	Les conséquences de la durée d'attente.....	110
D.	Les urgences	112
E.	Cas particulier de la visite médicale	114
F.	Secrétariat et gestion du temps	115
3.	La dimension sociale et humaine	117
A.	Le lieu social, lieu de vie	117
B.	La relation de soins.....	132
C.	La personnalité ou la touche personnelle du médecin.....	144
D.	L'état d'esprit du médecin	155
E.	Conclusion : la notion de « sas de décompression »	163
II.	Les patients	166
1.	Ressenti sur l'attente	166
2.	Organisation avec ou sans rendez-vous.....	170
3.	Décoration, agencement de la pièce	171
4.	Convivialité et lien social	175
5.	Agrément.....	176
6.	La relation de soins.....	180
7.	Etat d'esprit du patient en salle d'attente	181
8.	L'information médicale	184
DISCUSSION		185
I.	Sur la méthode	185
1.	Impressions générales.....	185
2.	Limites de la méthode.....	186
II.	Sur le vécu des entretiens.....	187
III.	Sur l'analyse des résultats.....	189
1.	L'espace	189
2.	Le temps	195
3.	La dimension sociale et humaine	197
4.	Des sujets annexes à développer ?	203
5.	Les « idées phares »	205
CONCLUSION		207

ANNEXES	208
<i>I. Décret du 10 février 2009 (Journal Officiel).....</i>	<i>208</i>
<i>II. Recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>	<i>212</i>
<i>III. Recommandations de l'Assurance Maladie</i>	<i>217</i>
<i>IV. Ressources de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé</i>	<i>220</i>
<i>V. Le « Carré de White ».....</i>	<i>222</i>
BIBLIOGRAPHIE	223

INTRODUCTION

Attendre.

Dans la vie de tous les jours, l'attente est partout. Elle est plus ou moins prévisible. Notre rythme, notre emploi du temps, nos obligations ne nous autorisent pas toujours à *perdre notre temps*. Il faut aller vite, être efficace.

On s'efforce de réduire les délais, mais l'attente n'a pas disparu.

Lieu incontournable du cabinet de médecine générale, espace de passage obligatoire, la salle d'attente n'est pas le lieu où le médecin passe le plus de temps, et pourtant il en ouvre la porte plusieurs dizaines de fois par jour.

La salle d'attente a ses stéréotypes, tenaces : quelques places assises, de vieilles revues, des personnes qui attendent leur tour, des enfants qui s'impatientent.

Il nous a semblé que ce lieu valait mieux que le dédain avec lequel on le traite, qu'il existait probablement des solutions pour le rendre plus accueillant.

Peut-être même pourrions-nous en franchir le seuil, et en faire une pièce où l'on aimerait *prendre son temps*.

Le travail qui suit est un regard posé sur cet espace singulier.

LA SALLE D'ATTENTE

I. Le choix du sujet

Notre réflexion concernant le choix du sujet de ce travail s'est structurée au fil des lectures bibliographiques se rapportant à la salle d'attente. Une certaine logique chronologique se dégage des publications retenues.

- L'abord de la salle d'attente tel qu'il est retrouvé dans les éléments de bibliographie des trente dernières années se fait en premier lieu par sa dimension architecturale.

Cette architecture s'établit dans une conception plus globale des établissements de soins, et d'une organisation des soins regroupés en dispensaires, hôpitaux de proximité, mais aussi structures type PMI^a, centres de soins, dont le développement prend son essor dans les années 1960.

Elle répond à une évolution générale des modes de vie, et à l'adaptation nécessaire des soins de proximité.

Vincent Lelèvre et Jean-Sébastien Soulé décrivaient déjà en 1985 le rôle joué par l'architecture dans la conception des hôpitaux modernes « *selon une visée thérapeutique de la société* ». Ils opposaient à l'hôpital les cabinets médicaux privés « *provenant principalement de la reconversion d'immeubles d'habitation ou de maisons individuelles* » qui ne ressemblaient plus à ces lieux d'intimité mais devenaient des « *sanctuaires* » où le temps serait ralenti, assurant un rôle de « *sas* » ou de « *filtre* ». [1]

Le rôle d'éducation sanitaire est aussi une réflexion latente à l'aménagement des salles d'attente dès qu'apparaissent les premiers lieux dédiés à la prévention et à la promotion de la santé. [2]

^a Protection Maternelle et Infantile : système de protection de la mère et de l'enfant créé en France par une ordonnance du 2 novembre 1945 ; son rôle de prévention est précisé dans un décret de janvier 1974.

La réflexion sur l'organisation des lieux entraîne une autre sur la relation de soins, qui évolue sans cesse au cours des cinquante dernières années : progrès scientifiques et techniques, place des réseaux, organisation géographique de l'offre de soins. Au centre de ces systèmes, la médecine générale évolue elle aussi, en s'adaptant au mode de vie des personnes, à leurs horaires, toujours dans l'optique d'un suivi transversal au cours de la vie. Ces dernières années, l'accent est mis sur le rôle spécifique de prévention et d'éducation du médecin généraliste, dont les compétences sont maintenant définies par la loi dite « *Hôpital Patients Santé Territoires* » de juillet 2009 (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires).

- Les réflexions, en matière de conception architecturale couplée à un projet de soins adapté aux bassins de population, sont relancées depuis quelques années en médecine générale. Il s'agit de s'adapter aux réalités démographiques qui touchent les professions médicales et paramédicales : vieillissement des médecins, non-remplacement des médecins généralistes des zones rurales ou difficiles, aspirations des nouvelles générations concernant l'exercice en groupe et l'optimisation du temps de travail. [3, 4]

Une des réponses à ces enjeux réside dans la création de structures de soins type « maisons de santé », ou « pôles de santé ». Il s'agit de créer un espace physique regroupant des compétences, des moyens humains dans un lieu adapté pour mener à bien un projet de soins. [5]

Dans ces structures, l'organisation architecturale des lieux intègre la place d'une salle d'attente aux rôles multiples, et semble ne faire l'objet d'aucune recherche répertoriée à ce jour.

- Par la création de « maisons de santé » ou d'autres espaces spécialement dédiés, l'exercice de la médecine générale quitte le champ privé strict : il s'agit de bâtir des bâtiments publics offrant des services à la population.

Dans ce cadre, les normes de sécurité et d'accessibilité sont plus contraignantes. Elles doivent répondre en particulier à la loi « pour l'égalité des droits et des chances, pour la

participation et pour la citoyenneté des personnes handicapées » du 12 février 2005 (loi n° 2005-102, JO n° 36 du 12 février 2005 page 2353), dite « *loi handicap* ».

En pratique, l'arrêté du 1^{er} août 2006 relatif à l'accessibilité des personnes à mobilité réduite aux établissements recevant du public et les installations ouvertes au public fixe les obligations d'aménagement qui doivent figurer dans le dossier lors du dépôt d'un permis de construire pour ce type d'établissements.

La mise en conformité s'impose également en cas de travaux, si leur réalisation nécessite l'obtention d'un permis de construire.

- Les évolutions législatives en matière d'accueil du public, et la redéfinition récente du rôle des médecins de premier recours pour la prévention, y compris dans le cadre des campagnes nationales menées par les organismes de l'Assurance Maladie, ont conduit le Conseil national de l'Ordre des médecins à élaborer des recommandations sur l'affichage en salle d'attente des cabinets libéraux. [6]

Le texte rappelle les éléments de l'affichage obligatoire qui incluent trois grands axes :

- Les tarifs pratiqués, dont l'affichage est fixé par le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 [7], le statut par rapport à la Convention, ainsi que l'appartenance du professionnel à une association de gestion agréée.
- L'utilisation de données informatiques si le médecin est équipé d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux, dans le cadre de la loi *Informatique et libertés* du 06 janvier 1978.
- Les informations sur la permanence des soins avec la mention des numéros de téléphone d'urgence et des services de garde en dehors des heures de fonctionnement du cabinet.

Les recommandations concernent également les autres éléments d'affichage. Elles donnent des axes de réflexion pour que les informations proposées soient conformes aux règles de la déontologie et aux exigences législatives.

- Outre la dimension architecturale, et la législation qui s’y rapporte, un autre aspect s’impose lorsqu’on évoque les rôles de la salle d’attente. Réfléchir à la dimension éducative du soin en médecine générale, c’est aussi repenser la relation médecin-patient. Rares sont les publications récentes sur le rôle de la salle d’attente dans cet enjeu relationnel.

On trouve cependant des éléments de réponse dans les écrits des sociologues, psychologues et autres professionnels en Sciences humaines. C’est le cas, par exemple, dans l’ouvrage de Michèle Faivre-Jussiaux, psychanalyste [8] : elle décrit, au travers de brefs extraits du discours d’analyse de ses patients, le rôle que peuvent jouer les quelques minutes d’attente avant une séance. Les personnes expriment leur sensation d’oppression ou au contraire de détente, expliquent qu’ils détestent attendre ou qu’ils viennent toujours un peu en avance, utilisent une scène vécue ou un objet remarqué en salle d’attente pour débiter la séance et laisser libre cours à leurs pensées. Ainsi le rôle des lieux est présenté comme un vecteur de la relation de soins qui s’établit avec le thérapeute.

Pour toutes ces raisons, il semblait intéressant de mener une enquête auprès des médecins généralistes, acteurs centraux de la relation de soins de premier recours, dans une optique psycho-sociale. D’où l’idée d’employer la méthode qualitative, technique d’entretien de référence dans le domaine des Sciences humaines.

Le choix, dans ce contexte, était d’explorer les représentations des médecins généralistes sur leur salle d’attente, à la recherche d’un éclairage sur la relation médecin-patient. Cela ne pouvait se concevoir sans une enquête complémentaire auprès des patients, usagers des salles d’attente.

II. La salle d'attente dans la littérature scientifique et grand public

- **Un lieu à investir**

L'aménagement du cabinet médical, et de la salle d'attente, est une préoccupation des jeunes professionnels de santé qui préparent leur installation. Leur réflexion reflète leur volonté de répondre à l'idéal d'exercice qu'ils envisagent, ainsi qu'aux nouvelles questions posées par les avancées en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Cette réflexion se retrouve dans plusieurs travaux de thèse en médecine, dont la plus ancienne répertoriée dans les banques de données accessibles date de 1976. [9]

La lecture de ces travaux permet de retracer l'évolution des priorités dans l'organisation des lieux, et des préoccupations relatives à la relation médecin-patient au cours des trois dernières décennies.

La thèse du Dr Ponsar [9] de 1976 décrivait dans une première partie les différentes catégories de salle d'attente, en fonction de ses observations directes, et selon le type de soins exercés : pratiques libérales, hospitalières, ou structures de soins de prévention.

Il distinguait les aspects statiques ou matériels, et les aspects dynamiques en insistant sur la longue durée d'attente observée dans tous les cabinets de médecine générale. Enfin une attention particulière était donnée à l'atmosphère qui régnait dans les salles d'attente, soulignant les possibilités sociales qu'offraient ces lieux en terme d'échanges, mais remarquant que l'exposition au regard de l'autre rendait les malades d'autant plus vulnérables.

Une deuxième partie retraçait les résultats d'une rapide enquête sur la population fréquentant les salles d'attente menée auprès des médecins et de leurs patients.

L'auteur concluait en prônant une salle d'attente idéale s'adaptant aux nouvelles demandes des usagers en termes d'accessibilité, de confort, et surtout d'organisation des consultations sur rendez-vous pour limiter le délai d'attente.

En 1987, le Dr Fontana [10] constatait la relative uniformité des salles d'attente du 18^e arrondissement de Paris. Elle a mené une enquête reposant sur des questionnaires destinés d'une part aux médecins généralistes, d'autre part aux patients fréquentant leurs salles d'attente. Ses résultats montraient un état d'esprit des médecins peu propice à améliorer la qualité de l'accueil des usagers, en raison de leur emploi du temps chargé, de leurs moyens d'investissement financier réduits et du constat de dégradations fréquentes. La majorité des médecins considéraient que la fonction de la salle d'attente se limitait à celle de « stockage », un petit pourcentage évoquait la nécessité d'une phase de transition avant la consultation, ou la possibilité d'apposer de l'information sanitaire.

En 1990, une première thèse française s'intéressait à l'éducation à la santé transmise en salle d'attente [11]. L'enquête, sous forme de questionnaire, recensait le matériel pédagogique affiché ou mis à disposition dans 38 cabinets ruraux ou semi-ruraux d'Eure-et-Loir, et classait les priorités des médecins généralistes dans le choix des messages transmis. Il ressortait de ce travail que 80% des médecins participants à l'étude jugeaient que la salle d'attente était un lieu favorable pour la diffusion des messages d'éducation sanitaire ; ils déclaraient cependant ne pas connaître d'organismes compétents dans ce domaine en dehors des organismes de l'Assurance Maladie.

En 1999, la thèse du Dr Hector [12] fondée sur une enquête d'observation et la diffusion d'un questionnaire auprès de patients usagers, faisait ressortir les idées suivantes : les objectifs ressentis par les médecins étaient de diminuer la durée de l'attente avec l'idée phare que l'organisation sur rendez-vous y contribuait largement, de favoriser la détente du patient, et de donner les informations pratiques obligatoires. Etaient négligées les notions d'information sanitaire, de facilité d'accès pour le public, et l'isolation acoustique.

Enfin en 2009, le Dr Idris a soutenu à l'Université de Picardie une thèse intitulée « Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé ». Partant des données du Baromètre Santé^a selon lesquelles 85% de la population française consultait

^a Baromètre Santé : enquête multithématique menée à intervalle de temps régulier, publié par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance

au moins une fois par an chez un médecin généraliste, elle a mis en place une enquête qualitative sur le mode d'entretiens dirigés afin d'évaluer l'investissement des médecins généralistes dans l'éducation pour la santé, et son expression dans leur salle d'attente. En précisant bien que les supports disposés en salle d'attente n'étaient pas l'essentiel de l'action en éducation pour la santé, ses conclusions montraient entre autres :

- une prise de conscience générale des médecins sur le rôle qu'ils avaient à jouer,
- leur méconnaissance de la législation sur l'affichage en salle d'attente, ainsi que des organismes pourvoyeurs d'outils de communication,
- et leur attitude semi-active sur le choix et le renouvellement des messages transmis sur les supports d'information : affiches et brochures.

Les objectifs que se fixaient les généralistes variaient selon leurs convictions, l'importance et le rôle qu'ils accordaient à l'attente, et de « *l'empreinte* » qu'ils souhaitaient déposer dans leur salle d'attente. Les jeunes installés semblaient plus actifs. L'utilisation de supports audiovisuels semblait envisagée, mais limitée par des problèmes logistiques. Les messages choisis n'étaient pas considérés comme « *une béquille* » à l'action du médecin pendant la consultation, mais porteurs d'un rôle éducatif spécifique distinct, dont l'efficacité impliquait les notions de répétition et de chronologie. [13]

A la lumière de ces travaux, on mesure une évolution majeure dans la façon dont les médecins généralistes appréhendent leur pratique quotidienne et leurs missions auprès des patients. On suit les nouveautés considérées comme des progrès essentiels :

- l'engouement pour l'organisation des consultations sur rendez-vous,
- l'embauche de secrétaires ayant une formation professionnelle appropriée, et qui remplacent progressivement les conjoints-collaborateurs,
- la naissance des structures et des organismes spécialisés dans la promotion de la santé et la rupture de l'isolement des médecins dans ce domaine,
- l'intégration de l'enseignement de l'éducation pour la santé dans la formation initiale et continue des médecins,
- l'utilisation de nouveaux média comme vecteurs d'information.

Ces changements majeurs ouvrent de nouvelles perspectives, parmi elles figure la possibilité de faire de la recherche en médecine générale. La salle d'attente pourrait devenir un outil dans ce domaine.

- **Un lieu à observer, à étudier**

La salle d'attente est un lieu privilégié, à mi-chemin entre les préoccupations du médecin, qui l'organise, et les patients, qui l'utilisent.

Elle concentre l'ensemble de la population suivie dans un cabinet médical, et peut ainsi représenter un lieu de recrutement des sujets pour des études scientifiques. L'idée est ancienne, mais les publications sont rares. Nous en avons recensé quelques-unes, qui traitent d'aspects différents ayant trait à la salle d'attente : l'hygiène et le temps d'attente.

L'actualité récente sur l'épidémie de grippe A(H1N1) a été l'occasion de relancer les interrogations en matière d'hygiène dans les lieux publics. Les salles d'attente des médecins généralistes ont elles aussi fait l'objet de recommandations ministérielles pour limiter les risques de contamination, en particulier en appelant à supprimer de ces espaces les objets tels que les revues et les jouets pour enfants.

Des études parues en 2005 et 2002 révélaient cependant seulement de faibles populations microbiennes présentes sur les pages de couvertures des magazines [14], et sur les jouets en plastique [15]. Les peluches et autres jouets non lessivables étaient par contre pointés comme sources potentielles de transmission bactérienne.

Une seule étude scientifique répertoriée lors de nos recherches s'est intéressée au temps passé par les patients en attente d'une consultation. Elle s'est déroulée en 1999 dans un service de pédiatrie américain. Publiée en 2002, elle montrait qu'une meilleure organisation de l'accueil des patients et de la préparation de leurs dossiers permettait de restreindre les temps morts, sans préjuger de l'efficacité des soins ou de la satisfaction des usagers. [16]

La majorité des publications récentes touchant à la salle d'attente sont spécifiquement consacrées à son importance dans les missions d'éducation pour la santé.

- **Un lieu privilégié de diffusion pour les informations sanitaires**

Le mode évolutif des maladies change, en raison des progrès techniques et du vieillissement global de la population. Les patients eux-aussi changent, participent à la prise en charge de leur santé et aux décisions médicales qui les concernent. En conséquence, les missions du médecin généraliste comprennent désormais un axe pédagogique majeur en matière de prévention et d'information sanitaire.

Ainsi naissent des expériences variées en matière d'éducation à la santé, qui impliquent parfois des professionnels, des réseaux multidisciplinaires. Le médecin généraliste est initié à ce nouveau rôle de « pédagogue » pendant sa formation initiale [17], et dispose d'outils variés pour remplir ses nouvelles prérogatives.

Ces outils sont nombreux, mais restent à adapter à la pratique quotidienne. Ils font l'objet de plusieurs thèses et publications qui s'attachent soit à décrypter les méthodes adaptées à l'éducation du patient, soit à évaluer leur impact sur les comportements des patients ciblés.

Au premier plan de ces publications figurent les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé : trois textes parus en 2007 précisaient les définitions de l'éducation thérapeutique - éducation à la santé adaptée aux personnes souffrant de pathologies chroniques - et ses objectifs [18], les stratégies à adopter pour la mettre en place auprès du public [19], et abordaient également l'aspect spécifique des maladies chroniques. [20]

Ces recommandations ont été intégrées dans la troisième édition de l'ouvrage de référence du Pr d'Ivernois en matière d'éducation thérapeutique, parue en 2008. [21] L'auteur définissait des stratégies pour transmettre le message au public en s'appuyant sur les modèles explicatifs de la relation médecin-malade : activité ou passivité, direction ou coopération, ou participation mutuelle, en fonction des enjeux et des diagnostics qui se présentaient. Il plaidait pour une démarche centrée sur le patient et adaptée à sa compréhension de la maladie et au stade d'acceptation du diagnostic dans lequel il se trouve. Ses conclusions introduisaient la notion de diagnostic éducatif, et prônaient un effort évolutif, continu dans le temps, et intégré aux soins.

La presse médicale se fait le relais de ces techniques, et de leur dimension pluridisciplinaire, comme en témoigne par exemple le dossier consacré à l'éducation thérapeutique par la revue le Concours Médical en 2008. [22]

Les vecteurs d'information sont eux-aussi à l'étude. D'après un article paru en 2005 dans la revue La Santé de l'Homme, publiée par l'INPES^a, une étude qualitative concluait que les médecins impliqués dans l'éducation à la santé se formaient activement en lisant la presse, en participant aux actions de formation continue, et en effectuant des recherches sur internet. Ils transmettaient les messages à leurs patients par des affichages et d'autres supports papier, ou volontiers oralement dans le cadre de leur prise en charge qu'ils jugeaient « *globale* » et « *sur le long terme* ». [23]

Deux publications de 1994 étudiaient l'efficacité de l'affichage en salle d'attente pour transmettre des informations de promotion de la santé. La première, menée à partir d'un questionnaire, montrait que 95% des patients avaient lu les affiches, et que certains sujets d'actualité avaient retenu leur attention (VIH et SIDA). [24]

La seconde s'intéressait au nombre de messages retenus en fonction de divers facteurs : âge, sexe, temps passé en salle d'attente. Aucun n'avait montré d'influence, les patients se remémorant tous un seul message en moyenne, et la multiplication des messages ne contribuait pas à améliorer ce fait. L'auteur concluait en plaidant pour une salle d'attente idéale qui ne négligerait pas son rôle primordial en matière de transmission de l'information, mais privilégierait le repos et la relaxation, afin de rendre le patient plus réceptif aux conseils du professionnel de santé au cours de la consultation. [25]

Une publication française de 2005 limitée aux salles d'attente pédiatriques retrouvait les mêmes données : peu d'influence du temps passé en salle d'attente, intérêt pour les sujets d'actualité, ou intéressant particulièrement la population ciblée, dans ce cas les vaccinations proposées aux enfants et les conseils de puériculture rappelés aux jeunes parents. Peu de commentaires ou demandes d'informations complémentaires étaient ensuite constatés en consultation.

^a Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Le message semblait être mieux intégré après plusieurs visites successives, d'où l'idée d'un engagement visible des pédiatres, sur le long terme. [26]

La thèse du Dr Idris, enfin, suggérait d'améliorer l'impact des messages diffusés en proposant un effort accru de luminosité dans les salles d'attente, une sélection de leur nombre pour éviter l'effet de surcharge, un renouvellement plus fréquent. Elle introduisait également l'idée de mieux occuper les enfants par des « coins jeux » dédiés, dans le but de favoriser la lecture des informations par les parents, et de généraliser la mise à disposition de « magazines santé ». Il s'agissait de privilégier la qualité, et non pas la quantité dans le domaine de l'éducation pour la santé. [13]

Les articles les plus récents testaient l'intérêt des nouveaux média. En 1997, en Ecosse, C. Shiroyama a testé l'efficacité d'un montage vidéo produit par les médecins généralistes eux-mêmes, au sein de la salle d'attente de leur cabinet. L'initiative a été saluée par les patients, qui ont déclaré à 84% avoir regardé le document, mais peu ont poursuivi leur réflexion en emportant le document papier associé, ou en discutant du sujet en consultation. [27]

Certaines initiatives originales remportent l'adhésion des patients, ainsi que l'a décrit C. K. Varnavides, qui a évalué l'impact d'un système de banque de prêt de documents écrits et audiovisuels installé dans un cabinet de médecine générale périurbain. En une année, les patients ont emprunté quelques 700 documents, le plus souvent choisis spontanément et non en lien avec une recherche particulière d'information, et ont déclaré avoir trouvé des informations utiles. [28]

L'existence de ces expériences, et leurs résultats, soulignent l'existence d'une interaction entre le médecin et les patients qui le consultent, et le fait qu'elle débute dès l'entrée des personnes en salle d'attente.

- **Lieu d'accueil et de communication, premières étapes de la relation médecin-malade**

L'intérêt médical concernant les enjeux de la relation médecin-malade dans le processus de guérison, ou de soins, est ancien. Michael Balint est l'un des premiers auteurs, en 1956, à avoir décrit ce qui se joue dans la relation de soins, et qui fait intervenir le vécu, le ressenti du patient autant que celles du soignant. [29]

Ses théories sont à l'origine de la création des groupes Balint, groupes de parole pour soignants, qui permettent à chacun de s'exprimer sur les émotions sous-tendues dans l'approche des patients, au travers de la narration d'un cas.

Jean-Pierre Boulhol rapporte les réflexions issues d'un groupe Balint du Lot-et-Garonne sur l'espace de transition que représente la salle d'attente [30] ; son texte débute par la phrase « *Ce soir, on fait le Balint dans la salle d'attente* ». Il témoigne de cette nécessité, pour comprendre les enjeux de la relation médecin-patient, de se mettre à la place des malades, y compris géographiquement. Il conclut : « *La salle d'attente peut être momentanément ce lieu de repos, ce refuge où se jouent certains phénomènes dans un espace-temps transitionnel de la relation médecin-malade* ».

La salle d'attente sert parfois de lieu de réflexion pour le médecin, où il peut organiser des manifestations, réunions, groupes de pairs. Elle devient alors lieu d'échanges, soit entre professionnels, soit avec les patients eux-mêmes, sur un mode plus informel. Ainsi en témoignait le Dr Patrice Muller dans un article paru dans la revue *Pratiques* sur le sujet « *Parler pour soigner* » [31] : il organisait des « *réunions d'usagers* » autour de thèmes choisis, occasions d'échanges riches sur des expériences vécues. Il ajoutait : « *Sans parler du plaisir direct de se parler de façon moins formelle pour mieux se connaître en tant que personne.* »

La salle d'attente serait ainsi une première étape vers la construction de la relation de soins, qui ne se joue véritablement qu'une fois la consultation débutée. Mais cette étape pourrait être seulement facultative.

Une étude de 2000 apporte en effet un autre regard sur le rôle de l'attente. Fondée sur une recherche type « *focus group* » analysée en méthode qualitative, elle cherchait à faire ressortir les éléments qui paraissaient aux patients les plus importants dans la rencontre

avec leur généraliste. Les résultats traduisaient bien le rôle primordial de la communication, des émotions, et de la relation individuelle ; le temps passé en salle d'attente, l'accueil par la secrétaire et l'examen clinique ou les gestes techniques étaient cités, mais n'étaient pas d'une importance de premier plan. [32]

Enfin, une enquête, menée en 2002 par l'Union professionnelle des médecins libéraux de la Région Rhône-Alpes à partir d'un questionnaire diffusé à grande échelle sur l'ensemble de la région, au sujet de la qualité d'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale, concluait au sujet du rôle de la salle d'attente :

« La majorité des patients n'attache pas une très grande importance au « décor », préférant privilégier, dans leur jugement, les qualités de leur médecin. Leur appréciation est donc dans l'ensemble moins critique que « l'autocritique » des médecins sur ce sujet. » [33]

Dans son ouvrage sur la communication médicale [34], Peter Tate soulignait lui aussi l'intérêt de l'accueil pour bien amorcer une consultation médicale et encourager le patient dans l'expression des motifs de sa venue :

« Commencez par mettre votre patient à l'aise. Essayez de calmer son anxiété et confortez son assurance. (...) Un sourire, une poignée de main, un accueil aimable dans la salle d'attente, peut-être une petite plaisanterie qui rappellera une consultation antérieure, un peu de chaleur humaine et un regard bienveillant. Vous avez devant vous un être humain qui aspire à entrer en contact avec vous. »

Ainsi l'accueil du patient, par les lieux et par les gestes du médecin, semble jouer un rôle particulier dans la relation qui s'établit.

L'entrée en interaction s'avère d'autant plus facile que le patient investit l'espace de la salle d'attente.

- **Lieu public, patrimoine collectif**

La salle d'attente et sa symbolique reviennent régulièrement dans la littérature grand public, les romans, et même les scènes de films. Elle s'illustre ainsi comme un espace public,

où se côtoient toutes les franges de la population. Chacun a une expérience vécue de l'attente, et peut s'approprier au moins en partie ce lieu singulier.

Le roman « La Maladie de Sachs » [35], récit détaillé du quotidien d'un médecin de campagne, débute et se termine dans sa salle d'attente. On y situe des personnages-clés de l'intrigue, et la salle d'attente au départ juxtaposition impersonnelle de personnes prend sens en devenant l'addition de leurs histoires individuelles.

Le lieu se raconte parfois plus aisément en images, et c'est l'objet du livre « Un métier idéal » de John Berger [36], illustré d'un reportage photographique réalisé par Jean Mohr, sur le quotidien d'un médecin généraliste des années 1960 en Angleterre.

Les narrateurs partaient d'une description écrite et visuelle du paysage, des maisons, du cabinet médical, et se concentraient ensuite sur les hommes, les visages, le lien humain, la vie quotidienne des habitants de la région. Le rôle du médecin généraliste lui conférait finalement un rôle d'observateur bienveillant sur la société qui l'entourait.

Lorsque les médecins eux-mêmes écrivent sur leur salle d'attente, c'est souvent pour évoquer leurs efforts d'aménagement, leur déception face aux dégradations, et la pression qu'ils ressentent selon qu'elle est vide ou comble. Ils établissent un lien direct avec leur stress, et font entrer la symbolique de cette pièce dans la réflexion complexe sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Sur internet, les médecins trouvent de nouveaux moyens d'expression, et n'hésitent pas à rédiger des textes amusants ou plus profonds, en prenant du recul sur leur activité quotidienne. Ils retiennent les anecdotes qui pimentent leurs journées, donnent leur opinion sur les sujets d'actualité, lancent des débats, recherchent le soutien de leurs lecteurs.

Le médecin qui anime le blog « le Toubib est généraliste » [37, 38] évoque à deux reprises sa salle d'attente : il décrit son aménagement, en précisant sur un mode humoristique que s'il est si confortablement installé, c'est qu'il est « *en location* ». Il rapporte aussi un événement vécu : le vol d'une « *colonne d'eau faisant aquarium pour des poissons en plastique, qui nageaient fort bien avec le renfort d'un bulleur (...) et d'un éclairage aux couleurs changeantes* » à laquelle il tenait. Il s'amuse en imaginant les voleurs emportant leur butin.

Au total, les textes et publications de la presse scientifique ou grand public ébauchent des idées qu'il paraissait intéressant de comparer aux données d'une enquête réalisée au cœur des cabinets de médecine générale : quelle importance accorder aux murs, à l'aménagement de la salle d'attente ? Comment y faire passer de l'information ? Quels aspects de la relation médecin-malade sont en jeu ? Quel regard les médecins posent-ils sur cet espace incontournable ?

MATERIEL ET METHODE

I. Le choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative a été initialement développée et mise en œuvre en Sciences humaines, et est particulièrement adaptée à la recherche dans ce domaine. Elle consiste à recueillir des données par une technique d'entretien, et d'analyse par thématique. Son but est de faire apparaître des systèmes de valeurs, des représentations et des pratiques sociales. [39-41]

Elle place l'interviewé au premier plan, fait appel à son point de vue, son expérience vécue, sa logique, dans une démarche participative. [39]

Elle permet de se libérer des idées préconçues de l'enquêteur. Ce dernier garde toutefois un certain nombre d'objectifs, issus d'hypothèses de travail, qui servent de fil conducteur au recueil des données au cours de l'entretien.

Elle n'a pas un but d'exhaustivité, mais de représentativité : il s'agit de constituer un échantillon dont les caractéristiques sont les plus variées possibles, afin d'assurer la diversité des données recueillies ; les éléments répétés par plusieurs interviewés ont dans l'analyse autant de poids que ceux qui n'apparaissent qu'une fois. [42]

Les résultats peuvent servir dans un deuxième temps à l'élaboration d'un questionnaire pour étendre les recherches à une population plus vaste sur un mode quantitatif.

Les travaux déjà réalisés [9-13] auprès de médecins généralistes dans la littérature universitaire concernaient tous une enquête réalisée sous forme de questionnaires. Ces derniers comportaient parfois des items à réponse libre qui donnaient peu de renseignements complémentaires. Toutes les études étaient limitées sur le plan logistique par l'impossibilité de mise en œuvre à très grande échelle, à l'exception d'une enquête menée par l'Union professionnelle des médecins libéraux de la Région Rhône-Alpes [33].

Par ailleurs, s'ils donnaient un reflet cohérent du point de vue des professionnels, les questions posées aux patients, lorsque le cadre le permettait, étaient stéréotypées, et ne délivraient finalement que des renseignements d'ordre matériel.

Le choix d'une méthode qualitative, dont la pertinence scientifique a été démontrée dans le domaine des Sciences sociales, permet d'approfondir les aspects interactifs inhérents à la fonction de la salle d'attente en laissant aux médecins généralistes l'initiative du contenu du discours.

Elle rend également pertinente la réalisation d'entretiens plus courts auprès des patients fréquentant les cabinets des médecins interrogés.

Elle assure la production de données, plus difficiles à obtenir par un questionnaire écrit à réponses libres.

II. Mise en œuvre de la méthode

1. Aspects théoriques

La préparation de l'enquête implique en premier lieu une formulation de la problématique, et l'élaboration de pistes de travail, exposées au chapitre « objectifs ».

La constitution de l'échantillon, d'une taille suffisante pour être le plus diversifié possible, nécessite la prise en compte de critères ayant un lien direct ou indirect avec le thème de l'enquête. Pour notre travail par exemple, le fait d'exercer sur rendez-vous ou en consultation libre apparaissait comme déterminant.

La taille de l'échantillon est restreinte : elle correspond à la capacité d'analyse de l'enquêteur, et tient compte du point de saturation. L'enquête s'arrête lorsque les entretiens ultérieurs n'apportent plus d'éléments nouveaux.

Plusieurs types d'entretiens peuvent être envisagés [39] :

L'entretien non-directif, ou libre, limite le rôle de l'interviewer à une écoute active. Il se contente de favoriser la production du discours de l'interviewé par des stratégies d'intervention.

Il peut s'agir de relances par des mots courts comme « Oui ? », « Et ? » ou de réitérations : répétition simple de tout ou partie de la phrase qui vient d'être énoncée, dans le but d'en faire préciser le sens ; ou d'une réitération sur le mode du reflet, introduite par une formule telle que « vous pensez que... » ou « vous dites que... ».

L'enquêteur peut également utiliser des formules déclaratives, qui donnent une déduction partielle de ce qui vient d'être dit, et impliquent une reformulation de la phrase.

Enfin il peut user de questions courtes, à réponse ouverte, selon l'idée abordée : « Dans quel cas ? » ou « Qu'en pensez-vous ? » par exemple.

Ces interventions sont utilisées indifféremment au long du discours, et laissent à la personne interrogée le choix de la construction du discours.

L'entretien dirigé ressemble à un questionnaire à réponses libres dont l'énoncé serait oral. La personne interrogée se contente de répondre aux questions posées.

Enfin l'entretien semi-dirigé, à mi-chemin des deux techniques, permet de guider l'entretien par des questions préparées à l'avance, à réponse libre, et de laisser à l'interviewé la possibilité de poursuivre l'enchaînement de ses idées sur le nouvel axe proposé. Il utilise les mêmes techniques de relance que pour l'entretien non-directif.

Le choix des techniques d'entretien utilisées pour notre enquête est explicité ci-après.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement numérique, puis d'une retranscription sur logiciel de traitement de texte. L'analyse des discours était thématique ; elle a consisté en un découpage des textes selon les idées abordées, puis en un regroupement visant à faire ressortir des tendances.

2. L'enquête auprès des médecins

Pour cette étude, le contact a été réalisé par appel téléphonique. Les explications fournies se résumaient à un discours-type, réitéré pour chaque médecin généraliste sollicité : un bref exposé des objectifs de l'enquête, les modalités pratiques envisagées.

« Bonjour, je me présente, Anne Coiffier. Je suis actuellement médecin généraliste remplaçant, en cours de thèse. J'aimerais vous solliciter pour mon travail, qui porte sur les salles d'attente des généralistes.

Je souhaite vous rencontrer pour réaliser un entretien, qui sera enregistré.

Pouvons-nous convenir d'un rendez-vous ? La durée estimée de notre conversation est d'une demi-heure environ. »

La communication téléphonique débouchait sur une prise de rendez-vous au cabinet du médecin, dont l'horaire était adapté aux possibilités de son emploi du temps.

Deux entretiens exploratoires libres ont été réalisés auprès de médecins généralistes de notre entourage, informés des modalités du projet de thèse mais pas de sa problématique, dans le but de compléter les pistes de réflexion et de tester l'aisance de l'enquêteur dans la technique d'écoute active.

Ils ont mis en évidence les limites de la technique non-directive sur le sujet de la salle d'attente, qui paraissait d'abord peu médical, et surprenant. Ils ont permis de rédiger quelques questions stéréotypées, élaborées dans le but de relancer l'entretien en le transformant en discours semi-dirigé, et d'élargir le discours spontané des interviewés. Les entretiens réalisés ensuite débutaient donc tous selon le mode non-directif, et se poursuivaient le cas échéant par des échanges semi-dirigés pour les axes qui n'auraient pas été abordés.

Les entretiens exploratoires ont été inclus dans l'analyse par la suite, car ils apportaient des notions complémentaires utiles à l'interprétation finale des données.

En pratique, les entretiens suivants débutaient sur un mode non dirigé, et étaient introduits par la proposition suivante :

« J'aimerais que vous me parliez de votre salle d'attente. »

Lorsque le propos s'épuisait, les questions utilisées pour relancer le discours sont listées ci-dessous. Seules étaient posées celles portant sur des sujets non abordés spontanément par le médecin dans la première partie de l'enregistrement.

- 1) Comment avez-vous conçu votre salle d'attente ?*
- 2) Comment avez-vous aménagé votre salle d'attente ?*
- 3) Comment utilisez-vous votre salle d'attente dans votre exercice quotidien ?*
- 4) Quelle importance accordez-vous au temps que passent les patients dans votre salle d'attente ?*

3. L'enquête auprès des patients

La méthode consistait à interroger les personnes présentes dans la salle d'attente du médecin généraliste participant, avec l'autorisation de celui-ci, et avec l'accord des patients.

Nous demandions au médecin lui-même de nous présenter à eux afin de faciliter le contact :

« Mesdames et Messieurs, voici une jeune collègue qui réalise son travail de thèse sur la salle d'attente, merci de répondre, si vous le souhaitez, à ses questions. »

Les entretiens se sont ainsi déroulés de façon impromptue, et exigeaient la réalisation d'une trame plus concrète ; ces entretiens étaient donc semi-dirigés.

Un premier entretien exploratoire a permis de scinder les questions plutôt que de les exposer d'un seul tenant. Tous les participants se sont vus poser les mêmes questions.

L'entretien exploratoire a lui aussi été intégré dans l'analyse finale.

En pratique, pour les entretiens suivants, la méthode d'entretien était brièvement expliquée : questions à réponses libres, enregistrement sur support numérique, respect de l'anonymat.

Les questions posées étaient les suivantes :

- 1) *Pouvez-vous me dire ce que vous ressentez dans la salle d'attente ?*
- 2) *Que faites-vous dans la salle d'attente ?*
- 3) *Qu'est-ce qui vous plait, et qu'est-ce qui vous déplaît dans la salle d'attente ?*
- 4) *Combien de temps passez-vous dans la salle d'attente ?*

Des questions d'ordre général complétaient le recueil de données, hors enregistrement:

- *Quel âge avez-vous ?*
- *Le médecin consulté aujourd'hui est-il votre médecin habituel ?*
- *Aviez-vous rendez-vous ?*
- *L'entretien a-t-il lieu avant ou après la consultation ?*

III. Objectifs

L'objectif principal de l'enquête était d'établir un état des lieux des représentations des médecins généralistes sur leur salle d'attente, et de l'importance qu'ils accordaient à ce lieu dans le fonctionnement de leurs cabinets médicaux.

Les objectifs secondaires consistaient à faire ressortir des pistes de réflexion pour améliorer l'accueil du public, l'organisation géographique du cabinet médical, et optimiser le temps d'attente.

Les sujets qui nous semblaient pouvoir être abordés spontanément étaient l'ambiance générale de la salle d'attente, les informations générales, l'ouverture aux nouvelles technologies, les outils d'éducation pour la santé.

Parmi les bénéfices attendus de l'enquête figuraient la possibilité de suggérer des pistes de réflexion pour un meilleur accueil du public en salle d'attente ; et éventuellement de proposer des pistes pour exploiter l'outil « salle d'attente » dans le domaine de l'éducation pour la santé.

L'étude était menée dans un but exploratoire, la méthode qualitative utilisée ne comportait pas d'hypothèses de travail préconçues, et ouvrait de ce fait à toutes les possibilités. Ainsi les conclusions de l'analyse pouvaient mener à des propositions de recherches ultérieures.

IV. Caractéristiques des échantillons

L'enquête auprès des médecins généralistes :

Afin de constituer l'échantillon, nous avons envisagé les critères de diversité afin de définir des profils de médecins généralistes qui soient les plus variés possibles. Il s'agissait :

- de l'âge
- du sexe
- de la date d'installation
- du milieu d'exercice : urbain, rural ou semi-rural
- du mode d'exercice : isolé, en groupe, en maison de santé pluridisciplinaire
- de l'organisation des consultations en plage horaire libre, sur rendez-vous, ou mixte
- de l'existence d'un secrétariat
- de l'engagement dans la maîtrise de stage pour les étudiants de deuxième et/ou troisième cycle.

Une liste de quatorze noms de médecins généralistes a été dressée, sur la base des données du site internet du Conseil de l'Ordre des Médecins, et d'informations informelles sur leurs particularités d'exercice. La qualité des données a été examinée à l'issue de cette série d'entretiens ; il était envisagé de prolonger la période d'investigation en recueillant d'autres témoignages s'il apparaissait que des éléments clés n'avaient pas été abordés.

En pratique, les derniers entretiens menés reprenaient des items tous déjà répertoriés, ce qui signifiait que les multiplier encore n'était plus utile à la pertinence de nos conclusions.

Il est à noter que la sélection des médecins n'avait rien d'aléatoire, c'était une volonté personnelle et un choix méthodologique qui ne remettait pas en cause la validité scientifique de l'étude : en méthode qualitative, seule compte la diversité des propos recueillis afin d'en faire émerger les points de vues les plus variés possibles.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau suivant.

Référence du médecin	Sexe	Population de la commune	Milieu	Caractéristiques particulières de l'exercice	Age	Année d'installation	Conditions d'exercice	Présence d'un secrétariat	Mode d'organisation des consultations
A	F	32 000	urbain	maître de stage	63	1975	isolé	téléphonique	consultations libres
B	F	2 000	rural	médecine thermale	54	1993	isolé	Oui	consultations mixtes
C	H	19 000	urbain	maître de stage 2 ^e cycle	58	1978	groupe (3 médecins)	Oui	consultations mixtes
D	H	8 000	semi-rural	maître de stage	53	1987	groupe (6 médecins)	Oui	consultations sur rendez-vous
E	H	1 500	rural	maître de stage; temps partiel	42	2002	pôle de santé (2 médecins)	Oui	consultations sur rendez-vous
F	H	3 000	urbain	médecine d'expertise	64	1976	isolé	téléphonique	consultations sur rendez-vous
G	H	2 200	rural		57	1980	groupe (5 médecins)	Oui	consultations sur rendez-vous
H	H	105 500	urbain		40	1999	isolé	Non	consultations libres
I	H	1000	semi-rural	maître de stage ; médecin pompier	56	1981	maison de santé (1 médecin)	Oui	consultations sur rendez-vous
J	F	34 000	urbain		38	2005	groupe (4 médecins)	Oui	consultations sur rendez-vous
K	H	2200	rural		52	1985	groupe (5 médecins)	Oui	consultations sur rendez-vous
L	F	34 000	urbain		31	2009	groupe (4 médecins)	Oui	consultations sur rendez-vous
M	H	4 900	semi-rural		54	1984	isolé	Non	consultations libres

L'enquête auprès des patients :

En fonction de l'horaire de l'interview du médecin, des patients étaient, ou non, présents en salle d'attente.

Une quinzaine de patients ont été sollicités, soit avant, soit à l'issue de leur consultation médicale, dans cinq cabinets différents.

Les caractéristiques des patients interrogés sont résumées dans le tableau suivant :

Référence du patient	Age	Sexe	médecin habituel ?	Sur rendez-vous ?
1	64	H	Oui	Oui
2	37	F	Non	Non
3	74	M	Oui	Oui
4	35	F	Oui	Oui
5	55	F	Oui	Oui
6	72	F	Oui	Oui
7	65	H	Oui	Oui
8	35	H	Non	Oui
9	50	F	Oui	Non
10	22	F	Non	Non
11	65	H	Oui	Non

RESULTATS

I. Nombre d'entretiens et durée

- Quatorze médecins généralistes ont été contactés.

Un seul entretien n'a pas pu être mené en raison de l'emploi du temps chargé du médecin : le secrétariat n'a jamais souhaité l'interrompre pendant ses consultations pour lui passer la communication ; nous n'avons donc pas pu lui exposer notre demande.

Aucun des médecins sollicités n'a refusé de participer à l'enquête.

Treize entretiens ont finalement été réalisés, d'une durée moyenne de 19 minutes, allant de 9 à 57 minutes au maximum.

- Une quinzaine de patients fréquentant les salles d'attente des médecins généralistes participants ont été sollicités, soit avant soit à l'issue de leur consultation médicale, dans cinq cabinets différents.

Quatre patients ont refusé de participer. Aucune justification ne leur était demandée.

Onze entretiens ont finalement été recueillis auprès des patients. Leur durée était en moyenne de 2 minutes, elle variait de 1 minute 30 secondes à 6 minutes.

II. L'accueil de la part des confrères

L'accueil des médecins généralistes s'est révélé excellent, dès le premier contact téléphonique. Aucun refus de participation n'a été à déplorer.

Les médecins contactés ont tous manifesté leur curiosité pour le sujet, et ont volontiers accepté une rencontre.

Les entretiens se sont tous déroulés dans les cabinets médicaux respectifs des médecins, sur rendez-vous.

Lors d'un entretien, l'enregistrement contenait une séquence de conversation à trois : l'interviewer et deux médecins associés d'un même cabinet de groupe. Cette séquence n'était pas volontaire, mais il nous a semblé intéressant de poursuivre l'enregistrement lors de l'entrée du confrère dans la pièce.

III. L'accueil de la part des patients

Les patients rencontrés en salle d'attente se sont montrés globalement coopérants et intrigués par les modalités de l'enquête.

Celle-ci se déroulait sans avertissement préalable, mais l'interviewer était présenté et introduit auprès des personnes présentes par le médecin généraliste lui-même. Cette solution nous a paru plus convenable, et le médecin ayant manifesté son approbation facilitait l'abord des patients.

Quatre personnes sollicitées ont décliné la proposition d'un entretien enregistré. Dans tous les cas, plusieurs autres personnes se trouvaient dans la pièce. Il n'y a eu aucun refus lorsque le patient interrogé était seul en salle d'attente.

IV. Regards sur la salle d'attente

Avant de commencer l'entretien, l'arrivée dans le cabinet médical quelques minutes avant l'heure programmée du rendez-vous permettait de visiter rapidement les lieux, et d'observer la salle d'attente.

Quatre médecins nous ont, pendant ou à l'issue de l'entretien, accompagné dans les locaux afin de commenter l'aménagement de la salle d'attente.

Des photographies ont été réalisées avec leur accord. Certaines sont reproduites ci-dessous.

Elles illustrent tout d'abord la première impression ressentie en entrant dans la salle d'attente :

Un espace ouvert, aux couleurs chaleureuses :



Une pièce fermée :



Ou un lieu de passage type couloir donnant sur le secrétariat ou le cabinet de consultation :



Un nombre de sièges suffisant pour le confort d'une dizaine de personnes, la présence de magazines laissés à disposition sur une table basse, et pour neuf médecins sur treize l'aménagement d'un coin jeux dédié aux enfants :



Parfois un décor dépouillé d'aspect plus froid :



Une fois installé sur les sièges, le regard qui parcourt la pièce remarque des éléments d'information principalement supportés par l'affichage.

Les informations obligatoires figurent dans toutes les salles d'attente visitées :



Les informations médicales et les messages d'éducation à la santé figurent sur des supports plus variés : affiches, livrets explicatifs, prospectus et dépliants laissés à la disposition du public.



On remarque que ces messages simples ressemblent à ceux qui étaient diffusés dans les années 1970-1980, comme en témoignent les illustrations de la thèse du Dr Ponsar en 1976 :

Quatre exemples d'affiches concernant l'éducation sanitaire



Souvent des éléments de décor ou d'agrément traduisent l'attention que le médecin porte au temps d'attente, ou sa personnalité :

La présence d'une télévision :



D'un aquarium :



D'un détail d'affichage qui retient l'attention :



Enfin, lorsque le cabinet médical fonctionne avec un secrétariat physique, les liens entre la salle d'attente et le comptoir d'accueil sont étroits, et les échanges humains sont appréciés du public :



Les rôles de la secrétaire, visibles pour les patients qui fréquentent le cabinet, sont l'accueil, l'information et l'orientation, et la prise de rendez-vous téléphonique. La banalisation de la présence d'une secrétaire est une évolution marquante des trente dernières années. Les médecins sont désormais nombreux à avoir opté pour une organisation sur rendez-vous, ce qui limite le nombre de personnes présentes simultanément en salle d'attente, et une durée parfois longue. En témoignent ces photographies reproduites d'après la thèse du Dr Ponsar.[9]



ANALYSE

I. Les médecins

1. L'espace

Les médecins abordent presque tous la question de la salle d'attente en décrivant leurs locaux.

A. Les aspects matériels

- **L'organisation géographique du cabinet**

En s'installant, tous les médecins interrogés se sont investis dans la conception ou l'aménagement de leur cabinet médical.

Dr C :

« On a défini complètement les lieux, c'était neuf. (...) C'était une plate-forme. Donc c'est nous qui avons défini avec un architecte en fonction de nos besoins toutes les cloisons, tout a été fait en fonction de nos desiderata. »

Dr G :

« On l'a imaginé, on a même dessiné les plans pour que la salle d'attente soit grosso modo le plus accessible à tout le monde. (...) Qu'elle desserve et qu'elle ne soit pas mise complètement à l'autre bout du bâtiment. »

Dr I :

« Alors la salle d'attente, elle était intégrée dans un schéma directeur général de la conception du cabinet médical. Elle est centrale pour pouvoir distribuer tous les locaux qui sont attenants. »

Dr H :

« C'est moi qui ai conçu tout le cabinet. Parce que quand j'ai racheté, y'avait juste un plateau, avec deux piliers. J'ai eu la chance de pouvoir faire les portes, les murs, comme je voulais. »

La nécessité d'une salle d'attente semble évidente et implicite, et sa localisation s'impose presque immédiatement selon les possibilités et les contraintes architecturales.

Dr H :

« Heu, ma salle d'attente, elle est comme ça parce qu'il n'y avait pas d'autres possibilités qu'elle soit. (...) Non, la taille de la salle d'attente, c'est pas ça qui a primé, c'est la taille des deux pièces : mon bureau pour l'instant, et ce que j'appelle la salle de pansement, enfin la salle de consultation à côté. (...) C'est ça qui a primé, et puis après effectivement où étaient les poteaux, où on pouvait mettre un toilette etc. »

Dr I :

« Mais on peut être conditionné par les locaux, c'est ce qui était le cas ici puisque la salle d'attente est borgne. Il n'y a pas de fenêtre, ce qui n'est pas très sympa pour les claustrophobes, mais j'avais pas le choix. »

La décision est alors prise en connaissance de cause, et la solution adoptée est un compromis.

Dr C :

« Et en se disant, parce que a priori quand on prend rendez-vous on attend moins longtemps que quand on est en consultation libre, en se disant qu'on pouvait avoir sur des endroits, dans des endroits du cabinet moins confortables, et plus facile d'accès, des lieux d'attente pour les gens qui viennent sur rendez-vous. »

Dr L :

« Voilà, et on a réaménagé la salle d'attente. Un espace qui était fermé, on en a fait un espace ouvert, on l'a, forcément là c'est les contraintes géographiques, on l'a fait en deux morceaux. »

Les remarques des médecins montrent qu'ils sont conscients des concessions faites pour rationaliser la gestion de l'espace disponible.

Dr J :

« Ma salle d'attente aujourd'hui je lui reproche quand même une chose, elle manque un peu de clarté. Parce que y'a pas de fenêtre. »

Dr C :

« C'est vrai que si j'avais eu les moyens, l'espace, j'aurais envisagé un espace pour les enfants, avec des jeux etc ; mais là on a fait surtout le maximum de fonctionnalité par rapport à l'espace qu'on avait. »

Les médecins s'investissent largement dans la conception de leurs locaux, mais en soulignant les contraintes de la construction.

- **Les circuits**

La salle d'attente est une étape dans les déplacements des patients au cours de leur consultation. Elle est intégrée dans la logique de ce cheminement.

Dr C :

« Ce qui fait qu'on s'est dit que y'avait la place pour mettre dans les couloirs des espaces pour des salles d'attente « rendez-vous » et puis on a derrière une salle d'attente plus grande pour les gens qui des fois attendent une heure ou deux. »

Dr C :

« C'est un paquet-cadeau, en se disant comment faire pour articuler, parce que y'a aussi toute la façon de véhiculer les patients. »

Dr F :

« Et une entrée qui fasse « hall », pour que les gens qui ont juste un papier à signer m'attendent, là, et n'aient pas à se mélanger. Parce que ça fait toujours désordre quand il y a quelqu'un qui veut passer avant les autres. »

- **Le mobilier, le confort, la sécurité**

A l'unanimité, les médecins pensent que le choix du mobilier se fait sur des critères de fonctionnalité : ils recherchent des chaises solides, dans un souci de sécurité, et des matériaux permettant un nettoyage facile.

Dr B :

« Des sièges en plastique, robustes, avec quatre pieds bien stables, et non des chaises qui se basculent, parce que vous avez des gamins qui tombent facilement. »

Dr E :

« Donc quand on a fait la nouvelle salle d'attente dans le cadre du cabinet, on a acheté des autres jolies chaises, un peu plus design, un peu plus moulées ; et puis on a mis des petits coussins dessus, qui se lavent bien entendu ! »

Dr A :

« Alors la salle d'attente est récente. Je viens de changer les fauteuils. Avant j'avais peut-être des fauteuils plus hygiéniques, ils sont là, ils étaient en toile, lavables. Mais ils étaient branlants. Alors j'ai changé. »

Leur principal souci est d'offrir un maximum de places assises.

Dr C :

« Et donc l'idée, puisque on a des patientèles déjà assez importantes, c'était déjà comment mettre un maximum de chaises. »

Dr I :

« Alors, y'a la surface déjà, il faut un espace qui puisse accueillir un nombre de personnes qui correspond au volume de la clientèle du cabinet, suffisamment de sièges pour s'asseoir, confortablement. »

Le nombre de chaises est évalué, en fonction du nombre maximum de consultants présents simultanément.

Dr J :

« On est quatre, faut qu'on puisse accueillir une dizaine de personnes en même temps. Alors que si on était tous sans rendez-vous je pense que là, y'a pas assez de place. »

Cet objectif n'est pas toujours atteint, comme le décrit le Dr H :

« La salle d'attente, elle est suffisamment grande, en général, sauf quand y'a des « coups de bourre », donc là les gens restent debout, ils attendent. »

Le témoignage du Dr M montre que si ses patients se sont accommodés du manque de places assises, il a tout de même fini par déménager :

« Celle-ci c'est un palace par rapport à l'autre. Avant j'avais un vieux cabinet (...) dans la salle d'attente j'avais mis neuf chaises, pis c'était plein, quoi. Les gens n'avaient pas moyen de bouger, rien du tout. J'ai tourné dix-neuf ans avec ça, ça se passait très bien. »

La réflexion de l'ensemble des médecins repose sur un souci du confort général de leurs patients, comme l'exprime le Dr E :

« On voulait qu'elle soit conviviale, confortable. »

Dr C :

« Je crois que le concept, c'était surtout d'offrir la capacité pour les gens d'attendre le moins longtemps possible dans des conditions de confort optimales. »

Dr D :

« Faire en sorte que ce soit propre, que ce soit agréable, enfin tout ça. Qu'il y ait suffisamment de place. »

Ils prêtent une attention particulière aux détails qui contribuent à ce confort : chauffage, ventilation, luminosité.

Dr E :

« Donc on peut l'aérer, on peut la chauffer, de temps en temps on met un ventilateur pour leur confort. »

Dr I :

« Il faut qu'elle soit bien ventilée ! Donc il faut une VMC^a. Rien de pire qu'une salle d'attente qui sent très mauvais. »

Dr I :

« C'est un endroit qui est toujours allumé, en lumière artificielle. »

Parfois le confort n'est pas au premier plan des préoccupations du praticien, qui juge que le temps réduit de l'attente n'impose pas de faire des efforts démesurés. C'est ce qu'exprime le Dr K :

« C'est une préoccupation importante, pour vous, que les gens soient bien installés ?
- Non, pas du tout. Alors pas du tout. »

^a Ventilation mécanique contrôlée

Le Dr L fait également le lien avec la durée du passage en salle d'attente :

« Donc tout dépend aussi de ta façon d'exercer, si tu consultes sans rendez-vous, tu vas avoir deux heures d'attente dans ta salle d'attente, c'est sûr qu'il vaut mieux prévoir le confort de tes patients. »

Au final, le Dr K établit une synthèse en déclarant que la salle d'attente est aménagée pour un confort suffisant en fonction de l'organisation globale du cabinet :

« Elle n'est pas très grande mais c'est pas gênant parce qu'on marche sur rendez-vous, donc en fait, y'a des fois personne dedans, si tout le monde est à l'heure. C'est vrai que la salle d'attente peut paraître des fois vide, si on est tous à l'heure. Heu, par contre, c'est rare qu'il y ait un surplus de monde dans la salle d'attente, où les gens ne puissent pas s'asseoir. »

Une volonté de confort réfléchi, et adaptée à l'organisation du cabinet

• Evolution au cours du temps, renouvellement du matériel

Une salle d'attente est un lieu qui vieillit progressivement, et qui évolue en fonction du public reçu, comme le pense le Dr B, qui rénove régulièrement cet espace :

« Donc on met des choses à notre goût, mais qui ne sont pas forcément assez solides pour subir tout ce que peut subir une salle d'attente. (...) Bon alors la première fois on met de la moquette, on met de la tapisserie aux murs, et on se rend compte que la tapisserie va être déchirée. Heu, on met des sièges, en tissu, mais ah, misère, les tâches ne partent pas, donc bon : deuxième problème. »

Le Dr I complète cette idée en ajoutant que le matériel doit être adapté aux réalités, et à l'usage qui en sera fait :

« J'ai dû changer une fois les sièges depuis cinq ans, les sièges n'étaient pas d'assez bonne qualité. Donc ça c'est quelque chose à prendre en compte dès le départ, des sièges assez résistants ; les enfants mettent des chewing-gums en dessous, ou alors

grattent la moquette qu'il y a sur le siège, ou alors des personnes obèses s'assoient dessus et se retrouvent par terre, donc il faut des sièges résistants, suffisamment larges, lessivables et faciles d'entretien. »

Quelques médecins, à l'exemple du Dr K, ont fait l'essai de plusieurs types de mobilier avant de choisir le plus adapté :

« On avait acheté des sièges qui étaient en tissu, (...) qui étaient de meilleure qualité, mais qui n'ont pas fait longtemps. Les gens s'amusaient à les détriper, ils les ont vite troués, donc maintenant ils ont des sièges en plastique. »

Les chaises ne sont pas les seules à subir l'usure, le Dr I prête également attention aux murs :

*« Petit détail, faut mettre des cimaises, tout le monde ne sait pas ce que c'est...
- Pour les chaises ?
- Pour les chaises, le mur se dégrade très rapidement, les gens en attendant se balancent sur leurs chaises, et dégradent le mur au niveau du dossier. »*

De l'avis général, c'est l'expérience qui influence les médecins confrontés au renouvellement de leur mobilier.

Dr B :

« Donc globalement on se fait en s'installant une idée sur la salle d'attente, et petit à petit avec la pratique on change. »

Ils ne renoncent pas pour autant à leur volonté initiale de confort ou d'harmonie pour le choix des meubles.

Dr E :

« Donc quand on a fait la nouvelle salle d'attente dans le cadre du cabinet, on a acheté des autres jolies chaises, un peu plus design, un peu plus moulées. »

Le matériel est renouvelé en fonction des goûts du médecin,
et du principe de réalité.

- **Un lieu accessible pour tous**

Les médecins n'évoquent pas spontanément la présence d'accès étudiés pour les personnes handicapées, à l'exception du Dr I :

« Il faut l'aménager aussi, non pas pour des personnes saines, mais aussi pour des personnes malades : des gens qui ont des difficultés pour s'asseoir, des gens qui ont des difficultés pour tenir debout, des gens non voyants ou handicapés, des gens qui sont sur des chaises roulantes. Donc quand on est au premier étage, ça nécessite d'avoir un ascenseur, ça nécessite d'avoir des portes très larges pour faire rentrer une chaise roulante, et pour faire rentrer également des ambulanciers, en cas de nécessité. »

Si l'idée est abordée au fil de l'entretien, on s'aperçoit qu'elle tombe sous le sens, et que l'aménagement initial incluait implicitement les installations nécessaires, comme le précise le Dr C :

« On a un ascenseur, (...) on a des myopathes qui viennent avec des fauteuils roulants, des poussettes. »

Parfois cependant, la question ne s'est jamais posée, comme le reconnaît le Dr A :

« Je me suis installée en 1975. On ne parlait absolument pas de l'accès aux handicapés. Mais j'ai bien vu que c'était discriminant, parce que j'ai été appelée par un patient, qui ne peut pas monter les escaliers. (...) L'accès aux handicapés, qui n'était pas du tout un problème pour moi, parce que c'était pas dans la culture y'a trente ans, s'est invité dans ma réflexion au fur et à mesure du temps. »

De la même manière, la présence d'une sortie de secours n'est rapidement suggérée que par le Dr G :

« et ça nous sert de sortie de secours. »

Par contre, les médecins ont tous réfléchi à la présence de toilettes et à leur facilité d'accès.

Dr F :

« J'ai voulu des WC qui ne donnent pas dans la salle d'attente. »

Dr H :

« Y'a un accès toilette indépendant donc ils font ce qu'ils veulent. »

Dr M :

« J'ai des WC borgnes, dans l'entrée. »

Lorsque l'accès à la salle d'attente est libre, et que le médecin ne peut pas le surveiller aisément, la question qui se pose en premier lieu n'est pas de faciliter l'entrée des consultants, mais plutôt d'adopter une attitude prudente sur les possibilités de nuisances.

Le Dr B témoigne :

« L'année dernière j'ai eu pas mal de soucis avec des drogués qui rentraient le soir dans ma salle d'attente, à cette heure-ci, complètement bourrés. (...) C'est un mauvais souvenir. On essaie de les virer, on a du mal. »

Le Dr M pense d'ailleurs à installer une caméra de surveillance :

« Donc je vais peut-être en mettre une, quand même. C'est pas pour les piéger, je m'en fiche, c'est pour voir ce qui s'y passe, quand y'a des jeunes qui se battent, ça arrive aussi, en salle d'attente, il faut sortir en vitesse pour faire la police. »

L'accès aménagé pour personnes handicapées n'est pas toujours présent.
Les médecins parlent plus des problèmes d'accès trop faciles pour les « indésirables » que des aménagements nécessaires pour les consultants.

- **L'insonorisation**

Les médecins évoquent, à l'exemple du Dr F, la nécessité de prendre des dispositions pour améliorer l'insonorisation de la salle d'attente :

« Il y a une cloison isolante, mais qui ne filtre pas les bruits de résonnance au niveau du pavé, si j'ai un conseil à donner, c'est de bien insonoriser son sol, parce-que ça, ça me perturbe un peu. »

Parfois c'est le cabinet de consultation, s'il donne directement sur la salle d'attente, qui doit faire l'objet d'aménagements, dans un souci de respect du secret, principalement.

Dr H :

« Vous avez mis la radio ?
- Oui, pour qu'on entende moins ce que je dis quand je m'énerve ! »

Dr J :

« Un autre souci sur notre salle d'attente aussi, c'est un problème de confidentialité, c'est-à-dire que ça va à peu près, mais S. on entend quand même un peu ce qu'elle dit. (...) Donc j'ai fait quelques modifications pour qu'on entende moins, apparemment ça va. »

Le secret médical passe aussi par l'insonorisation.

- **Le budget**

La plupart des médecins parlent du coût du matériel comme une donnée incontournable, incluse dans les frais de fonctionnement du cabinet. Il peut paraître négligeable à certains, comme au Dr K :

« Oh, y'a pas de budget là-dessus, une chaise en plastique ça vaut rien, donc non non. Pas de budget. »

Le Dr M exprime le même état d'esprit au sujet des conséquences financières des dégradations volontaires en salle d'attente :

« *Je m'en fous, encore une fois c'est pas le coût financier, mais ça m'énerve. On essaie de faire quelque-chose de correct, et puis voilà quoi !* »

D'autres comme le Dr I tiennent compte du budget nécessaire dans une logique d'investissement sur le long terme :

« *C'est un petit détail, mais c'est une économie si on met [des cimaïses], avec des chaises adaptées, on n'est pas obligé de refaire la peinture et les papiers, on n'est pas obligé de racheter un jeu de chaises.* »

Parfois cependant l'argent est un frein dans les choix des médecins. Le Dr A parle de ses fauteuils :

« *J'ai choisi ça, c'est pour le coût, et je trouve que c'est quand même pas très hygiénique, en rotin.* »

Le Dr F évoque la superficie de son cabinet sur le ton de la plaisanterie :

« *Ben j'ai conçu ma salle d'attente, pour qu'elle ne soit pas trop grande, donc pour pas payer trop d'impôts, pas trop de taxe foncière (rires).* »

Enfin pour des travaux d'aménagement plus conséquents, le budget est un élément essentiel de la décision, comme le rapporte le Dr L :

« *On en a eu pour 20 000 euro de travaux sur la SCI^a. A cause de moi, hein, pour mon installation !* »

Chaque médecin a un rapport différent à l'argent s'agissant de l'investissement matériel.

^a Société civile immobilière

- **Les assurances**

La responsabilité du médecin peut être engagée en cas d'accident survenant dans ses locaux. Le Dr B adopte une attitude prévoyante :

« *Parce que vous avez des gamins qui tombent facilement. (...) Ils vont avoir des bosses et on va dire « c'est la faute du docteur ».*

- *Vous croyez ?*

- *On est accusés de beaucoup de choses, hein, de beaucoup de choses. »*

Le Dr I aborde spontanément le sujet des assurances :

« *On peut supposer qu'il puisse arriver des accidents dans la salle d'attente. Il pourrait y avoir quelqu'un qui se retrouve le bras coincé dans l'aquarium, le doigt dans la prise, ou qui se sera noyé dans l'aquarium. Donc faut être bien assuré ! »*

La prévoyance, une question incontournable ?

B. Les revues, la décoration, l'agrément

- **S'adapter aux tranches d'âge et aux publics**

Les médecins interrogés ne disposent pas tous d'un espace dédié aux enfants dans leur salle d'attente. Cependant ils ont une volonté de proposer des conditions d'accueil agréables à leurs patients, et tous ont au moins réfléchi à la possibilité d'installer un « coin jeux ».

Dr B :

« C'est vrai qu'on peut mettre des petits sièges pour les enfants dans la salle d'attente, heu bon moi j'ai pas encore trop fait. »

Dr C :

« C'est vrai que si j'avais eu les moyens, l'espace, j'aurais envisagé un espace pour les enfants, avec des jeux etc. »

Dr F :

« Ce qui manque, c'est un manque de place pour mettre des jeux pour enfants, mais ça va quand même. »

Cette installation est un succès, comme en témoigne le Dr K, et il permet aux enfants de transformer la raison de leur venue au cabinet en occasion de jeu :

« Et on a mis aussi, là on l'a plus, mais on avait une petite maison en carton. (...) les gamins étaient tout le temps dedans. Alors ils passaient, ils voulaient même plus partir, ils sortaient du cabinet, ils retournaient dans la salle d'attente pour retourner dans la maison, pour s'amuser avec ça, et ça c'était très bien. Donc par contre on a des jeux depuis quinze ans, des cubes, des trucs comme ça, qui ne disparaissent pas d'ailleurs, c'est étonnant, et c'est vrai que les gamins jouent toujours avec ça. »

Lorsque la place manque, les médecins disposent, parmi les revues et magazines, des livres ou de la presse enfantine. Cette proposition de lecture leur semble évidente.

Dr M :

« Dans la table pour les gosses, y'a des petites revues de gosses, enfin des petits bouquins pour les gosses. »

Dr E :

« Je mets quelques bouquins de gamins quand même, quand... tu vois j'en ai encore là aussi, quand j'en récupère. »

Le Dr C propose aux enfants, sur demande au secrétariat, de faire des dessins :

« Alors pour enfants on a des bandes dessinées, et on met à disposition des cahiers de coloriage. Ça a un succès terrible. »

Permettre aux enfants de se sentir accueillis dans le cabinet médical, ce n'est pas faciliter la consultation à venir, mais plutôt montrer aux parents que la pédiatrie fait partie du champ de compétences de leur médecin généraliste. C'est le message que veut faire passer le Dr J :

« C'est pas pour ça qu'ils viennent avec plaisir dans mon bureau derrière, ils râlent quand même, justement ils ne veulent plus quitter le... (rires) le coin jeux, mais c'était important pour nous de faire ce petit coin-là. »

Le Dr G partage cette opinion :

« On a quelques jeux qui existent aussi pour les gamins, comme on fait pas mal de pédiatrie. »

L'idée du Dr I est d'adapter la lecture et l'organisation des lieux en général à la variété du public reçu :

« Avoir pour les enfants des jouets. Avoir pour les adolescents des bandes dessinées, avoir pour les adultes des revues diverses et variées. »

Le but est d'aboutir à une cohabitation acceptable des personnes, quel que soit leur âge ou leur pathologie.

Dr I :

« Il faut l'aménager aussi, non pas pour des personnes saines, mais aussi pour des personnes malades. »

Le Dr B confirme ce compromis nécessaire :

« J'ai beaucoup de plaisir à voir jouer les gamins, mais le problème c'est qu'on a des personnes âgées, si les jouets ne sont pas rangés dans une caisse, ils peuvent se prendre les pieds dedans. »

Proposer des lectures ou activités variées et adaptées au profil de ses patients :
une façon de montrer son champ de compétences ?

- **Lieu neutre**

L'idée est abordée lorsqu'on évoque la présence d'un coin jeux, la salle d'attente du généraliste reçoit des personnes de tous âges, tous horizons, et chacun doit pouvoir s'y sentir bien reçu, à sa place. Pour cela, les médecins, à l'exemple du Dr H, ont voulu adopter un aménagement neutre pour leurs locaux.

Dr H :

« Ça doit être un lieu neutre, parce que ça appartient à tout le monde. Moi je trouve qu'il faut que ce soit le plus neutre possible. »

La neutralité s'impose notamment dans le domaine politique ou religieux, d'après le Dr D :

« Je me souviens le cabinet que j'avais repris tout au début, y'a plus de vingt ans de ça, y'avait un crucifix dans le cabinet. Je l'ai enlevé. (...) Donc moi j'ai pris le parti de ne jamais mettre, même si j'ai des affinités pour ceci ou cela, notamment sur le plan religieux, des choses comme ça, j'avais dit « niet », rien. Rien de rien. C'est un endroit

neutre, tout le monde doit pouvoir ne pas se sentir, quelque part, accroché par une option ou une autre. »

Le Dr I partage cette vision des choses :

« Avoir pour les adultes des revues diverses et variées en faisant attention de ne pas avoir des revues tendancieuses, ou d'obédience religieuse, et faire attention que ces revues-là ne soient pas introduites par les patients. Parce-que on n'a pas le droit, déjà, de faire une publicité dans la salle d'attente, et comme la salle d'attente est le reflet de la personnalité du médecin, le patient pourrait croire que c'est le médecin qui a mis volontairement ce genre d'articles ou de revues pour faire des suggestions aux patients ! Donc plutôt à éviter. »

Ces deux médecins ont vécu des tentatives de mouvements sectaires pour disposer des tracts, qui passaient inaperçus au milieu des revues de la salle d'attente. Ils sont plus vigilants et expliquent qu'en restant neutres, ils souhaitent d'abord respecter les croyances des patients.

Dr D :

« C'est une grande tentation des gens qui font de la pub, d'y disposer plein d'informations qui n'ont rien à voir avec la médecine, ou qui ont un rapport lointain avec la médecine, y compris j'ai vu des tentatives de disposition d'informations de type secte, des choses comme ça. »

Le Dr D est conscient que tous ses confrères ne partagent pas son choix, et cela a fait l'objet d'une discussion de groupe au moment de leur installation collective :

« Quand on était chacun dans notre cabinet, on pouvait éventuellement mettre des choses qui ne soient justement pas tout à fait neutres. Et voilà, donc je crois que maintenant il faut être encore plus vigilant là-dessus. »

Pour le Dr C, garder l'environnement neutre, c'est aussi ne pas le surcharger de messages médicaux, et préférer une décoration non suggestive :

« Vous ne voulez pas que votre salle d'attente soit un lieu médicalisé...

- Oui parce que je pense que déjà quand on vient avec un problème pathologique, on n'a pas forcément envie de voir les affiches sur la prévention du cancer ou sur les vaccinations (...) j'avais envie d'un lieu détente, d'un lieu où on essaie de décompresser et de penser à autre chose qu'à sa santé. »

- **Lieu agréable**

Si la salle d'attente est un lieu public, et dans ce cadre doit respecter les sensibilités individuelles, elle est aussi le reflet de l'accueil que le médecin offre à ses patients. Tous ont envie d'en faire une pièce agréable. Le Dr J résume bien cette volonté :

« On voulait faire une salle d'attente qui soit accueillante pour le patient, quelque-chose qui ne soit pas triste, qui ne soit pas sombre, qu'il y ait un peu de gaité, de chaleur dans les salles d'attente. »

Le Dr I pense qu'un environnement propice facilite la démarche du patient :

« Elle a été faite pour être surtout agréable, parce que c'est pas facile d'attendre son tour, surtout quand c'est de la médecine, (...) Donc elle doit être assez sympathique et agréable. (...) Les murs doivent être d'une couleur agréable, faut éviter toutes les couleurs agressives, faut que ce soit quand même coloré, moi j'ai choisi du pastel, c'est reposant. »

Pour rendre les lieux plus chaleureux, les médecins décorent les murs un peu comme ils le feraient chez eux.

Dr E :

« J'ai mis dans ma salle d'attente, y'a pas que des éléments informatifs, je voulais des éléments de déco aussi. J'avais des petits cadres que j'avais trouvés, que j'avais acheté exprès pour ça, des petites images avec des maximes en patois. C'est rigolo parce que tout le monde s'amuse à les déchiffrer et personne n'y arrive. »

Dr L :

« La déco, on est allé un samedi matin tous ensemble à quatre, choisir les cadres ! Pour la plus grande joie de la vendeuse, d'ailleurs ! »

Dr H :

« Je remettrai peut-être un ou deux tableaux, le problème c'est qu'il faut les visser etc. C'est ... J'ai assez de bricolage à faire chez moi en ce moment. »

Dans le cabinet du Dr G, la décoration a fait l'objet d'un projet artistique :

« La décoration a été conçue par la peintre qui nous a peint une fresque, là dans l'entrée, et qui nous a fait toutes les couleurs, et qui a mis des tas de symboles dans la salle d'attente, avec des cubes, des machins des trucs, sur les murs, et donc qui devaient correspondre à une certaine symbolique. (...) Compte-tenu que le lieu-dit où on a construit s'appelait « le pré au chat », elle nous a fait une gigantesque fresque avec plein de morceaux de chats partout et dans tous les sens. »

Dans le choix des couleurs dominantes s'exprime encore l'idée d'un accueil chaleureux, et apparait aussi la notion de détente et de repos. Le Dr K l'exprime ainsi :

« Je crois que c'est important aussi, c'est les couleurs dans la salle d'attente. (...) Donc c'est vrai que c'est quand même agréable, une salle d'attente comme ça. Les chaises, c'est des couleurs vives et très différentes, c'est du vert, c'est du rouge, c'est du jaune, c'est du plastique mais au moins c'est un peu moderne, c'est vif, je pense que c'est bien, c'est important pour une salle d'attente. »

Le Dr L complète :

« Sur le principe, de dire qu'on créait un espace plus convivial, et puis ça détend, hein, si tu arrives dans un espace qui est plus reposant... On a mis de la couleur, donc on a choisi ensemble nos couleurs etc. »

Les médecins plaisaient de leur décoration. Ils souhaitent que leur cabinet soit un lieu intégré dans le quotidien des patients, au risque parfois qu'ils s'y sentent vraiment « comme chez eux ! »

Dr E :

« On ne sert pas le thé ni le café encore, mais si je fais plus médecine j'ouvrirai peut-être un salon de thé pour mamies ! »

Dr I :

« Alors après qu'est-ce qu'on pourrait mettre de plus ? Ben on pourrait mettre un divan, la télévision, faire écouter de la musique. Après ça pose des problèmes légaux, de législation : qu'est-ce qu'on peut faire entendre, qu'est-ce qu'on peut faire voir ? »

Dr L :

« Après si tu sais que tu as rarement du retard, t'es pas non plus obligé de leur installer la machine à café, ... »

Le choix de la décoration répond à plusieurs objectifs : accueillir, détendre, dans le but de créer une ambiance rassurante.

- **Les revues : quelques idées générales**

Aborder le sujet des revues et magazines proposés en salle d'attente implique d'admettre que certains clichés sont fondés.

Dr G :

« Et puis on a bien sûr, comme toute salle d'attente qui se respecte, des vieilles revues qui datent de trois ans, donc c'est (rires)... et puis les patients nous en font la remarque ! »

Dr B :

« Les journaux qui disparaissent : donc faut jamais mettre les derniers journaux de la semaine. Ils disparaissent à une vitesse terrible. Donc, heu, en général on met des anciennes revues, comme ça on est sûrs que ça reste. »

Les remarques des médecins sont caricaturales, et pourtant tous avaient au départ une volonté de proposer de la lecture, sinon de qualité, mais pour le moins choisie.

Dr J :

« On a mis quelques revues, en faisant attention à ce qu'on y mettait. On y met des revues qui restent intéressantes, pas des choses « people » ; des revues qui apportaient des informations que ce soit médicales ou à un moment donné on a eu Géo, on était abonné à Géo. Des choses qui pouvaient être intéressantes pour les patients. Mais il fallait quelques revues pour les faire « patienter », attendre dans notre salle d'attente. »

Dr C :

« Ils ont un peu de lecture, alors ça va du Nouvel Obs au Figaro Magazine, y'a un petit peu toutes les opinions politiques. »

Le Dr E exprime, sur un mode humoristique, un certain relativisme à propos de l'attitude de ses « lecteurs » :

« Je mets aussi, ça on n'en a pas parlé, des revues. Y'a une petite table avec des revues. Alors au départ, je voulais acheter des revues intéressantes, bien et tout, machin, je l'ai fait un peu, et ils me les piquaient ! Alors j'ai arrêté ! (rires) »

Cette lassitude est parfois plus marquée, comme chez le Dr H :

« Les journaux, ils peuvent les prendre, enfin vu l'état des journaux, ça n'a pas grand intérêt qu'ils les prennent, enfin à moins qu'ils les ... De temps en temps je les change, vous voyez d'ailleurs j'en ai plein en réserve, mais il faudrait que je les mette ! »

- **Investissement financier pour les revues**

La plupart des médecins utilisent soit leurs lectures personnelles, soit les ressources de leur entourage pour renouveler leur offre de magazines.

Dr H :

« Ce sont les gens qui me les donnent, ou la famille, des trucs comme ça. »

Dr K :

« On apporte chacun des revues, et on a des patients qui nous en apportent aussi des fois. Heu, y'a un gros paquet de livres en salle d'attente. »

Quelques-uns s'abonnent à leur adresse professionnelle, et ajoutent les frais engendrés aux charges de fonctionnement du cabinet médical.

Dr A :

« L'abonnement, ben c'est des frais professionnels. »

Dr J :

« A un moment donné on a eu Géo, on était abonné à Géo. »

Cette démarche a cependant ses limites, comme le déclare le Dr E :

« Tu vois j'en ai encore là aussi, quand j'en récupère, mais je fais plus la démarche de, d'en acheter spécialement. »

- **Choisir ou non les revues de sa salle d'attente**

Pour certains des médecins interrogés, le contenu des documents proposés au public doit être contrôlé, validé par eux, et répondre à leurs valeurs. C'est le cas du Dr A :

« Mais j'ai arrêté le Nouvel Obs, parce que franchement les couvertures du Nouvel Obs ne vont pas ni avec mon caractère, ni avec mon cabinet. (...) J'ai mis quelques Courrier International, c'est ceux que je lis, et que j'achète pour moi. Après je les mets là. »

Le but est plutôt de ne pas heurter les sensibilités, de respecter les opinions personnelles des patients, et de proposer des informations de qualité. Le Dr I résume ainsi sa position :

« Avoir pour les adultes des revues diverses et variées en faisant attention de ne pas avoir des revues tendancieuses, ou d'obédience religieuse. »

C'est aussi ce qui est sous-entendu dans la remarque du Dr J :

« On a mis quelques revues, en faisant attention à ce qu'on y mettait. »

D'autres médecins choisissent volontairement de ne pas imposer de sélection, comme le Dr C :

« Y'a un petit peu toutes les opinions politiques. Moi j'ai pas d'état d'âme, je suis pas, on choisit pas nos revues en fonction de nos goûts, c'est très hétéroclite. »

Mais la majorité des praticiens récupèrent des magazines auprès de leur entourage, et proposent une presse variée et « tout-venant ».

Dr E :

« Alors je choisis pas le contenu ! Des fois ça tombe sur Notre Temps, des fois y'a plus les Cahiers de l'Est Républicain, des fois y'a heu... Rustica ! Voilà, donc je choisis pas trop, c'est un peu ce qu'elle me donne, et j'essaie de les renouveler comme ça. C'est plus mon objectif. »

Dr M :

« Ben y'a Paris-Match systématiquement, y'a Auto-Plus automatiquement, puisque je le lis toutes les semaines, qu'est-ce qu'il y a d'autre... Y'a Maison et Travaux, que ma belle-mère m'avait filé par un moment, elle m'en file plus depuis longtemps, donc ils sont vieux. (...) J'ai des Glamour, c'est ça ? Ça c'est ma fille. (...) Ou des magazines comme ça, people. »

- **Les patients apportent des revues**

Nombreux sont les médecins à accepter les revues que leur proposent les patients. Cette presse ressemble au quotidien des consultants, et leur démarche montre qu'ils investissent la salle d'attente comme un lieu familial. Quelques exemples sont rapportés qui montrent le dialogue médecin-malade.

Dr C :

« Et j'ai des patients qui me donnent des revues genre *Voici, Gala* et compagnie. »

Dr E :

« Et là j'ai une mamie que je vois en consultation en fait, qui est abonnée à plein de trucs, elle les lit, et une fois qu'elle les a lus elle ne sait pas quoi en faire. Alors elle en fait une grosse pile, et tous les mois, elle me la donne, donc c'est super sympa. »

C'est aussi l'occasion pour le Dr M de s'intéresser à des domaines qui font partie de la vie de ses patients :

« J'ai le *Chasseur Français*, c'est pas moi... c'est un patient qui a amené ça, m'a dit « je vous les amène, parce que y'a pas que de la chasse dessus », c'est vrai que ça n'a pas l'air inintéressant. »

Dans les revues proposées se trouvent des reflets des centres d'intérêt des médecins, ou de leurs patients.

La presse est rarement l'objet d'un investissement financier pour le médecin, ni d'une volonté d'information médicale.

C. L'information aux patients

- **Les informations obligatoires**

Huit médecins sur treize ont abordé spontanément l'existence d'un affichage obligatoire. Il semble qu'ils soient informés sur le contenu des informations à faire figurer.

Dr C :

« Y'a les affiches obligatoires sur les honoraires du médecin, sur tout ce qu'on nous oblige également à afficher, et puis quelques affiches-conseil, par rapport au fonctionnement du cabinet. »

Dr G :

« Y'a quelques renseignements fondamentaux sur la porte à l'entrée, bien sûr l'affichage du tarif des actes, puisque c'est légal et obligatoire. »

Ils se prêtent à cet affichage de plus ou moins bonne grâce.

Dr H :

« Y'a un affichage obligatoire. Hein, qui est sur le côté, avec les tarifs, le fait que c'est interdit de fumer, enfin les conneries administratives obligatoires. »

Souvent ils complètent cet affichage formalisé par une note rédigée par leurs soins, qui précise leurs horaires, ou leur mode d'organisation.

Dr I :

« Un tableau d'affichage, avec différentes informations sur le fonctionnement du cabinet médical, les tarifs, les différents intervenants, les services de garde, les manifestations médicales intéressantes, la présence de stagiaires etc. »

C'est l'occasion pour les maîtres de stage d'annoncer la présence des étudiants, en précisant le plus souvent que les patients peuvent demander que le stagiaire n'assiste pas à la consultation.

Dr A :

« Oui alors je mets que je reçois des stagiaires. Là pour l'instant j'ai mis ça pour ma SASPAS. Je vais mettre la deuxième quand j'aurai ma stagiaire qui est à côté de moi, en stage chez le praticien. »

Les informations portant sur la permanence des soins sont souvent présentes, mais le Dr L est le seul à les mentionner :

« C'est l'information tarifaire, qui est obligatoire, donc avec les principaux, enfin ce que demande la Caisse quoi, les principaux actes affichés, les tarifs de nuit, le fonctionnement de Médigarde^a et des services de garde et du SAMU^b, quoi. »

- **L'information médicale**

Un lieu approprié pour l'information médicale

L'éducation pour la santé est désormais ancrée dans les pratiques des généralistes, quel que soit leur âge. Ils sont sensibles au rôle que jouent les messages placés en salle d'attente.

Dr E :

« On a bien conscience que c'est également un lieu privilégié pour de l'information, de l'éducation de notre patientèle. »

Dr A :

« Donc ce temps-là j'essaie de mettre des messages de santé publique, des messages que font l'INPES^c etc, mais alors je les choisis. »

^a Standard téléphonique dédié à la permanence des soins en Lorraine. Il fonctionne en dehors des heures ouvrables et propose une régulation téléphonique par les médecins généralistes eux-mêmes. Il est géré par des associations départementales de médecins généralistes, en partenariat avec l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine) et le Centre 15.

^b Service d'Aide Médicale Urgente

^c Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Ils sont également conscients de la confiance accordée par les patients aux conseils prodigués par leur médecin. Le Dr J en témoigne :

« Pour certains, oui, c'est quelque chose qu'ils attendent, une recherche d'information qu'ils n'arrivent pas à trouver ailleurs, et quand ils arrivent dans la salle d'attente, ils les regardent. »

Les médecins ont des stratégies différentes pour faire passer l'information. Le Dr D explique sa position :

« Mais par contre c'est un vecteur d'informations, ça c'est clair, c'est un endroit où on peut mettre de l'information. (...) Mais je l'utilise pas de façon active, j'suis pas dans la salle d'attente en disant nanana, c'est un document, c'est une affiche, qui seront dans la salle d'attente ; mais pas un lieu d'action, ou d'interaction directe entre moi et le patient. »

Le Dr L pense que l'affichage en salle d'attente peut être complémentaire des explications données pendant la consultation :

« Après la deuxième utilité de la salle d'attente, c'est que justement, comme le patient attend, c'est de le faire attendre de façon intelligente, pour faire passer des messages que t'as pas obligatoirement toujours le temps de faire passer en consultation. (...) C'est du rappel, tu peux pas faire tout seul le travail, mais c'est du rappel. »

Si le cabinet médical est un lieu privilégié en matière d'éducation pour la santé, le médecin n'a pas le monopole de l'information médicale, et certains travaillent avec les réseaux, comme le Dr L :

« Et moi j'ai remarqué que les allaitements que j'ai, et qui marchent, c'est des femmes à qui j'en avais parlé pendant la grossesse, et qui disent, qui dédramatisent beaucoup, que tu peux même envoyer vers des associations. Parce que nous, je veux dire, on n'a que des infos médicales et que y'a pas que le côté médical dans ce genre de choses. »

Il ajoute que cette mission d'éducation s'organise différemment selon les ressources disponibles sur le territoire :

« Voilà, tout dépend aussi de ta façon d'exercer, je pense que si t'exerces au fin fond de la campagne, heu tu ne peux pas compter sur les média, les centres comme l'AVODECA^a, la maison du diabète etc. pour passer des infos. Tout passera par toi, donc peut-être que ta salle d'attente sera aussi plus à l'image de là où t'exerces, quoi. »

Intérêt de varier les supports d'information

Les médecins utilisent les supports d'information mis à leur disposition, et ne se contentent pas d'un seul mode de communication. La raison en est simple : toucher un maximum de personnes.

Pour le Dr A, utiliser des supports imagés permet de s'affranchir de la barrière de la langue :

« J'ai beaucoup beaucoup de gens immigrés, de gens qui ne lisent pas. »

Le Dr G évoque la possibilité d'utiliser l'audiovisuel :

« Ça serait peut-être quelque-chose d'intéressant d'installer un moniteur qui diffuserait des informations médicales, des conseils etc. Je pense ça serait plus utile que des affiches qui sont inertes, qui ne sont pas vivantes, que tout le monde regarde mais que personne ne voit. »

Cette méthode serait une possibilité pour s'adapter aux standards de la communication actuelle, auxquels les patients sont à la fois habitués et réceptifs. Le Dr A a constaté les évolutions des modes de diffusion de l'information :

« Donc ça c'est des problèmes de communication : ils savent, les communicants, que les gadgets, les stylos, qui vont avec la communication, ça va marcher. »

^a Association VOsgienne pour le DEpistage des CANcers

Le Dr L fait confiance aux travaux des organismes spécialisés en communication :

« Alors en général, les supports, plus simples ils sont, mieux c'est ! Donc l'affiche, parce que c'est en général conçu par des spécialistes, donc c'est coloré, c'est attractif. »

Le Dr E envisage de reprendre à son compte ces techniques :

« Ensuite je fais passer dans la salle d'attente mes petits outils, donc je vais faire peut-être une ou deux affiches, un peu différentes, un peu avec de la couleur, un peu « accroche l'œil », un peu avec des infos etc, et puis tu as remarqué qu'on avait une télévision dans la salle d'attente ? Pas pour les programmes navrants de TF1 mais plutôt des informations que nous produisons nous-mêmes ! »

Enfin le Dr D a testé une méthode plus discrète, personnalisée, bien accueillie par les patients :

« Moi j'avais pris le parti, tout au début, maintenant ça fait plus de vingt ans, de mettre à disposition des gens de l'information, mais pas forcément visible, faut qu'ils aillent chercher un petit peu... J'avais mis un espèce de press-book, où y'avait plein d'informations sur différentes choses. Y'avait de temps en temps des gens qui me demandaient « je peux prendre ça ? » et je disais pas de problème. »

Gestion des sollicitations en matière d'information médicale

A l'unanimité, les médecins signalent qu'ils sont régulièrement sollicités, directement ou par courrier, pour participer à des campagnes d'information variées. Chez le Dr H, cela aboutit à un rejet global :

« Vous n'êtes pas sollicité sans arrêt ?

- Si, tout le temps ! Que ce soit les affiches pour les services de garde, comme je prends des gardes, moi ! Heu... que ce soit les affiches pseudo-sécurité sociale, sur les arrêts de travail etc, les médecins, c'est mieux au cabinet etc. aucun intérêt. Les affiches de pseudo santé publique m'énervent assez ! »

Le Dr A, au contraire, comprend la stratégie de communication :

« En fait je respecte le travail des gens, donc je ne vais pas mettre ça directement à la poubelle. Le jour où je fais mon grand ménage, tout ça, ça va partir. Mais sur le coup, vous voyez, on reçoit ça au courrier, on reçoit trente six mille trucs, alors on met ça de côté... »

Mais il reconnaît être parfois dépassé :

« Trop ! De toute façon on est trop sollicité ! (...) Ces derniers temps je trouvais qu'il y avait trop de messages. »

Le Dr I a pris le parti de sélectionner :

« On est envahi de ce type de documents donc il faut faire un choix judicieux. »

La sélection des médecins s'opère en premier lieu en fonction de la provenance des documents. Certains sont ainsi d'emblée éliminés.

Dr D :

« C'est une grande tentation des gens qui font de la pub, d'y disposer plein d'informations qui n'ont rien à voir avec la médecine. »

Lorsqu'une source est jugée fiable, les médecins n'hésitent pas à la solliciter directement.

Dr A :

« Près du centre de médecine préventive, y'a un lieu où ils élaborent les messages de santé (...) En général ça fait partie de ma formation, j'emmène mes stagiaires voir ces dépliants, et en prendre, et les ramener, pour ... comment dire ? Recharger un petit peu les piles. »

Dr E :

« Des fois j'en demande aussi à l'INPES^a où des choses comme ça, quand je veux des trucs un peu précis. »

Les firmes pharmaceutiques sont reconnues comme des sources scientifiques valables ; les médecins utilisent leurs outils en pleine conscience de leurs objectifs commerciaux.

Dr E :

« Je vois de temps en temps les labos apportent des pubs pour leurs produits, donc s'il y a des choses qui m'intéressent, je les pique, je les prends. »

Dr L :

« Parce que bon, les laboratoires, même si c'est stratégique, bon, que c'est à des fins « pécuniers », ils ont quand même des documents qui sont validés, qui sont pas trop mal faits et qui peuvent aider le patient, quand même ! »

Les médecins s'impliquent dans l'éducation pour la santé. Ils sélectionnent les sources qu'ils jugent scientifiquement fiables et n'hésitent pas à rechercher ou créer eux-mêmes les supports les plus en lien avec leur pratique.

Le choix des messages

En réponse à la mission d'éducation à la santé, trois tendances se distinguent. Certains médecins, comme le Dr F, acceptent de proposer des documents variés :

« Par contre j'essaie d'y mettre un maximum de documentation, d'affiches, de prospectus. »

^a Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

D'autres exercent, quand ils reçoivent des outils de communication, un tri attentif, voire sélectif. Le Dr A, par exemple, applique une logique visant à toucher le plus grand nombre sans jouer sur les émotions :

« J'essaie de choisir... j'ai une réflexion, je ne mets pas n'importe quoi. J'essaie de choisir des choses qui ne sont pas ni trop inquiétantes pour les gens, ni culpabilisantes. (...) Il m'est arrivé de mettre des papiers sur les AVC^a, sur les risques d'AVC, et le fait d'aller consulter tout de suite. Ça a fait peur aux gens. (...) Ça s'adresse à trop peu de personnes pour que ça aille dans ma salle d'attente. »

Pour le Dr D aussi, l'important est de sensibiliser, sans surcharger :

« Souvent on voit dans des salles d'attentes plein d'affiches dans tous les coins. C'est sûr, c'est un endroit où on peut faire beaucoup d'information ; avant une consultation, il faut que ce soit général. »

Le Dr E privilégie les sujets pour lesquels il se sent le plus compétent :

« Alors ça peut être sur des problèmes de santé publique, qui nous intéressent, et qu'on essaie de traiter préférentiellement parce qu'on en a envie, ou parce qu'on en a les moyens dans notre structure ; ça peut être des grands problèmes, effectivement, des relais de campagne nationale. »

Le choix des messages traités peut être le reflet de ce qui intéresse le médecin, ce pour quoi il se forme, les aspects divers de son activité médicale. Au sujet d'une affiche sur les maladies professionnelles, le Dr A explique :

« Elle y est depuis longtemps, mais j'ai envie de la mettre quand même. Parce que je sais que c'est sous-évalué et que j'ai ça à ma disposition. J'ai pas envie de ne pas la mettre. »

^a Accidents Vasculaires Cérébraux

Dr A :

« Vivre avec une personne psychologiquement malade », c'est important pour moi, parce que ici à V., je suis médecin-relais d'une association qui a organisé depuis deux ans des sorties de malades psychiques dans un petit immeuble.

Pour les Dr J et L, choisir un message à afficher est, pour le médecin, un moyen de le valider et de s'impliquer personnellement auprès des patients.

Dr J :

« Que ça c'était important pour nous tous, parce qu'on voit quand même pas mal d'enfants, au cabinet, et c'était un moyen de montrer aux parents que ça nous, c'était pas une demande de notre part, mais qu'on avait envie de suivre les enfants. »

Dr L :

« Et puis je pense que le fait qu'ils le voient affiché, ça leur montre aussi que pour toi c'est important. (...) Tu vois par exemple, l'AVODECA^a j'ai remis une affiche dans mon cabinet, à l'intérieur, même, pour leur montrer que y'a des choses que tu valides. (...) S'ils voient en plus le message dans la salle d'attente, ça leur montre bien que c'est important, que c'est pas qu'à eux que je l'ai dit, et que je le fais pour tous les enfants. »

La troisième tendance est représentée par les médecins qui décident de ne pas afficher la moindre information médicale en salle d'attente. Ce peut être en raison d'une décision d'équipe, comme dans le cas du Dr J :

« On n'est, on voulait pas mettre d'affiches dans la salle d'attente. On voulait que ce soit libre à chacun, dans son cabinet, de proposer aux gens ce qu'il voulait proposer. Donc on a fait une salle d'attente décorée avec des tableaux, mais pas du tout avec des affiches. (...) Oui c'est notre décision, parce que notre salle d'attente précédente, elle avait beaucoup beaucoup d'affiches, et on trouvait que finalement, y'avait beaucoup de choses et que les gens ne s'y intéressaient pas. »

^a Association VOsgienne pour le DEpistage des Cancers

Pour le Dr K, l'information doit rester minimaliste :

« On met quelques affiches, mais très peu, nous, on est très peu « affiche » ; (...) donc on met des affiches essentielles sur certaines préventions, mais très très peu. »

Enfin à écouter le Dr H, l'affichage semble chronophage et non indispensable :

« J'ai pas mis d'affiche, parce que ça fait que un an et demi que je suis là, donc je me suis pas attelé à refaire tous les ..., enfin à ré-agrafer tout ce qu'il y avait dans mon ancien cabinet, et puis j'aimais bien le côté murs un peu zen, comme ça. »

Le temps consacré à ce travail en salle d'attente n'est en effet pas négligeable.

Dr A :

« Les affiches de la salle d'attente, c'est un vrai travail quand même, mais du temps ! »

Dr L :

« T'as tellement envie de bien faire pour plein de choses, donc t'es motivée, le problème c'est qu'après ta pratique de tous les jours... »

Renouvellement des messages

Les messages de communication sont d'autant plus efficaces qu'ils sont renouvelés de temps à autre, comme en témoigne le Dr D :

« Autrement si on met une affiche sur un sujet, elle sera vue, j'ai pas fait d'enquête précise, j'ai pas de chiffres, mais je pense que c'est naturel, si on met quelque chose à un endroit, que ce soit information ou pas information, il va être remarqué au début, et après il passe complètement à l'as. »

Le Dr A, qui relaie les invitations à des manifestations dans le domaine de la santé, est particulièrement attentif à leur renouvellement :

« En général, j'essaie d'être à jour. Aujourd'hui, vous arrivez, on est en novembre, et j'ai une affiche de septembre. »

Dans les maisons de santé, on réfléchit à des projets éducatifs, et la salle d'attente est exploitée en fonction des priorités fixées. C'est ce qu'explique le Dr E :

« Sur les rappels de vaccinations antitétaniques, j'aime bien, on essaie en ce moment de remettre à jour nos calendriers vaccinaux... »

Il utilise également ses motivations pour aborder des sujets précis, en limitant l'action dans le temps pour passer à autre chose.

« A un moment donné, j'mettais aussi des trucs parce que c'était mon dada, parce que je voulais autant m'arrêter de fumer que mes patients, donc j'avais tout un tas d'ustensiles pédagogiques, avec des fiches, que j'avais mis dans la salle d'attente. Et quand les fiches se sont épuisées, j'ai pas renouvelé. »

Le plus simple pour se tenir à jour semble de suivre les impulsions des campagnes nationales.

Dr L :

« Donc par l'affichage, avec tout ce qui est essentiellement la recherche programmée, les dépistages pour le cancer, pour les femmes la mammographie, maintenant le côlon, (...) les campagnes un peu spécialisées comme les sujets âgés. »

Dr E :

« Ça peut être des grands problèmes, effectivement, des relais de campagne nationale. »

Dr A :

« « Médicaments génériques, tout le monde y gagne » j'ai fait une documentation aussi, avec des dépliants sur les génériques. Elle est finie, maintenant c'est bon. On passe à autre chose. »

L'actualité occupe une place importante pour le choix des messages qui interpellent les médecins. Ils s'adaptent aux questions qui préoccupent les patients, en fonction de ce qu'ils entendent dans les médias.

Dr A :

« Là j'ai rangé mes trucs sur le mélanome, c'est parce qu'on est en hiver ! »

Dr D :

« On se rend compte que les gens ne regardent pas toujours ; ou alors faut vraiment être dans un contexte où le problème se pose. En ce moment avec la grippe A, pas la grippe aviaire mais la grippe H1N1, on a mis des affiches. (...) Ou quand ils en ont besoin parce qu'on en parle, pis tiens y'a un truc nouveau, je l'ai pas vu jusqu'à présent, ou bien on en parle dans les gazettes. »

Dr F :

« Ça amène les patients à poser certaines questions, notamment sur les vaccins du col de l'utérus. C'est ce qui les a plus touchés les temps-ci, enfin, ces derniers mois. »

Les messages sont choisis et renouvelés dans une optique d'efficacité, ils répondent aux questions d'actualité ou au projet de soins que se fixent les médecins.

Le temps qu'ils y consacrent n'est pas négligeable,
mais ne représente pas un frein d'après eux.

Cependant on constate en pratique un risque d'essoufflement.

Place du colloque singulier

Tous les messages ne sont pas bons à être affichés sans explications complémentaires dans la salle d'attente, en raison de la diversité des profils des consultants. Le Dr F utilise certaines campagnes pour favoriser les échanges :

« Ça amène les patients à poser certaines questions, notamment sur les vaccins du col de l'utérus. »

Et d'autres médecins, comme le Dr A préfèrent garder l'initiative, en consultation, d'aborder les sujets qui concernent particulièrement les patients. Il dit par exemple du vaccin BCG :

« C'est quelque chose dont il vaut mieux parler, mais que la grand-mère qui vient chercher son traitement pour le diabète n'a pas besoin de voir. (...) Ou « somnifères, tranquillisants, antidépresseurs, anxiolytiques », j'ai pas mis non plus, parce que le problème est trop complexe pour l'exposer comme ça. »

Cette méthode permet de ne pas choquer ni surcharger les patients non concernés, et de cibler les enjeux pour les patients, individuellement. Le Dr L s'exprime ainsi :

« Après si j'ai des patientes qui me disent, oh moi l'allaitement ça me dit rien, je vais pas les emmerder chaque fois qu'elles viennent à la consult en disant ah là là, l'allaitement c'est quand même ... ! »

Le conseil individuel est un axe essentiel de l'éducation pour la santé, et les prospectus remis directement aux patients par le médecin peuvent avoir un impact positif, ainsi que l'a remarqué le Dr C :

« Dépliants, infos sur la contraception, tout ce qui est... Ça, ça permet de lancer des débats. »

Le Dr L les utilise pour garder le lien, d'une consultation à l'autre, et favoriser la réflexion personnelle des patients :

« Moi je garde beaucoup les prospectus, et puis je donne au coup par coup à ceux qui sont concernés. (...) Voilà, en sachant qu'il ne faut jamais les donner de façon « brute » en disant vous lirez ça et on en reparlera, je leur explique, je leur donne, et ça leur permet, à froid, quand ils ont pu digérer l'information qu'ils ont obtenue verbalement, de relire, éventuellement de se poser des questions, qu'ils peuvent se poser à la consultation suivante. »

Le Dr C, qui utilise peu sa salle d'attente pour l'affichage, tient à affirmer l'importance du colloque singulier, qui l'emporte sur tout le reste :

« J'avais envie d'un lieu détente, d'un lieu où on essaie de décompresser et de penser à autre chose qu'à sa santé. Et ça c'est après. »

C'est pour privilégier ce dialogue que certains médecins proposent un lieu dédié pour que les patients obtiennent les supports d'information en bénéficiant d'un conseil oral associé.

Dr C :

« C'est pas la salle d'attente, mais sur la banque du secrétariat, y'a des documents médicaux. »

Dr J :

« On voulait que ce soit libre à chacun, dans son cabinet, de proposer aux gens ce qu'il voulait proposer. (...) Certains patients d'ailleurs nous le reprochent, on me l'a déjà dit, que c'était dommage, qu'il n'y avait pas assez d'informations dans la salle d'attente. »

Dr M :

« Je me mets à leur disposition pour leur donner, mais je ne mets rien dans la salle d'attente. »

L'information sanitaire sans conseil individualisé n'a pas de sens.

L'éducation pour la santé passe par le colloque singulier.

L'efficacité ressentie du message d'information

Les médecins constatent l'efficacité de l'information pour faire accepter certains messages bien particuliers. Ainsi le Dr F remarque :

« J'ai toujours été surpris par le peu d'entrain que les gens avaient à se laver les mains, parce que j'avais mis une savonnette qui a duré dix ans dans les WC. Apparemment depuis quelque temps ils se lavent davantage les mains !

- Y'a des messages qui passent ?

- Y'a des messages qui sont passés, oui. Pas par moi, mais par l'intermédiaire des média. »

Le plus souvent, c'est la répétition des sollicitations, sur des modes différents, qui favorise l'adhésion des patients. Le Dr L explique :

« Y'a des patients qui vont recevoir par exemple le truc pour le dépistage du cancer du côlon, qui vont mettre ça de côté, qui vont complètement zapper, (...) ça permet quand même au patient de venir te dire spontanément, ben oui j'ai reçu la lettre, donc passer comme ça. »

Il utilise d'ailleurs tous les supports possibles, y compris la décoration de son cabinet de consultation :

« C'est intéressant, donc, la photo, juste une photo ?

- Et c'est vrai que ça marche, hein ? Déjà parce que ça leur fait poser des questions, et puis comme ce sont de très belles photos, ben, des photos prises par des spécialistes, qui ont des prix, ça rend joli. »

Le Dr D évoque des publications sur le comportement des consultants, qui visent à optimiser l'efficacité des messages :

« Y'a des travaux qui ont été faits là-dessus, à propos de, au moment où il y avait eu des problèmes avec l'hépatite B post-transfusionnelle, y'avait un travail qui avait été fait, on avait mis une affiche en salle d'attente : « Vous avez été transfusé entre telle

date et telle date, parlez-en à votre médecin », avec un petit rappel sur le bureau. Et là les gens en parlaient, ou bien le médecin embrayait en disant « vous avez vu l’affiche ? » (...) Et là y’a plus de rendement dans la passation de l’information. »

Mais les médecins sont nombreux à constater l’inefficacité apparente de leurs efforts, et tentent de trouver des explications rationnelles à cet échec.

Dr C :

« Les portables qui sonnent alors qu’on a mis des affiches partout pour leur dire de débrancher leurs portables en arrivant – mais ça sert à rien. Ils sont tellement habitués aux affiches qu’ils les regardent plus à force.

- Vous avez dit : les gens ont tellement regardé les affiches qu’ils les regardent plus.

- Oui, on est tous pareils. On les voit plus, pourtant y’a un téléphone qui est barré mais on passe à côté. »

Dr D :

« Y’en a peut-être qui les ont vues au début, parce que tiens y’a un truc nouveau, et puis maintenant c’est plus nouveau. C’est comme la tapisserie au mur qui est là depuis cinq ans, on se demande quel est le motif, on sait plus. Et là je pense que c’est un peu pareil. »

En fonction de leur expérience, les professionnels ressentent parfois une certaine frustration, ou déception, en raison du décalage entre leur implication et celle de leurs patients. C’est le cas du Dr L :

« On a beau afficher qu’il faut porter un masque, tousser dans sa manche comme ça passe à la télé dix fois par jour, les gens ne respectent pas. Parce que pour eux, même en ayant tous les symptômes, ils ne font pas le diagnostic ! »

Il l’exprime encore par un autre exemple :

« J'ai une patiente hyperthyroïdienne (...) à qui j'essaie désespérément d'expliquer qu'il faut faire comme ça comme ça comme ça, tu vois que t'as beau mettre toutes les chances de ton côté ça marche pas, tu t'épuises un peu. »

L'efficacité du message n'est pas toujours à la hauteur des espérances des médecins. Faut-il pour autant se décourager ?

Ne pas surcharger la salle d'attente par des messages médicaux

Les médecins s'accordent à dire que si les messages d'information médicale ont leur utilité, ils s'efforcent de ne pas les rendre prédominants dans leur salle d'attente, afin de lui conserver une ambiance conviviale. Le Dr C l'exprime ainsi :

« Faut pas en rajouter. Je crois que le concept c'était surtout d'offrir la capacité pour les gens d'attendre le moins longtemps possible dans des conditions de confort optimales. »

Le Dr D complète :

« Faut pas que ce soit un endroit, ... où on en met trop dans les murs... Souvent on voit dans des salles d'attentes plein d'affiches dans tous les coins. (...) Avant une consultation, il faut que ce soit général. »

Des affiches sont présentes dans presque tous les cabinets visités, mais leur nombre et leur impact est soigneusement pesé, chez le Dr A :

« Attendez, les gens sont là, ils ont des soucis de santé, regarder ça... vous voyez ce que je veux dire ? (...) Je fais très attention à ne pas en rajouter ... »

Chez le Dr J :

« On a décidé tous ensemble quelque chose qui me convient à moi, d'ailleurs, de faire la salle d'attente qu'on a, c'est à dire relativement neutre sur le plan médical. »

Ou chez le Dr K :

« On met très peu d'affiches, parce qu'après, comme elle n'est pas très grande, on voit plus les murs, y'a plus que des affiches. »

Certains ont trouvé un compromis entre accueil et information médicale. C'est le cas du Dr

D :

« Moi j'avais pris le parti, (...) de mettre à disposition des gens de l'information, mais pas forcément visible, faut qu'ils aillent chercher un petit peu... »

Et du Dr L :

« Et puis ça détend, hein, si tu arrives dans un espace qui est plus reposant...

- Ça détend. Ça veut dire qu'il y a des gens qui sont crispés quand ils arrivent ?

- Oui, et je trouve, et si tu arrives dans une salle d'attente qui est blanche, où il n'y a que de l'info médicale, ... c'est pour ça qu'il faut les deux. »

Il faut trouver un compromis entre l'affichage et l'aspect visuel global afin de ne pas surcharger la salle d'attente.

D. L'hygiène

- **Le ménage**

Pour faciliter l'entretien, les médecins recherchent des solutions pratiques. Ils accordent une attention toute particulière à la propreté de leur salle d'attente. Pour le Dr B, plusieurs éléments sont à prendre en compte :

« L'idéal c'est une salle d'attente qui se lessive, d'un point de vue pratique. Donc finalement en exerçant on se dit qu'une salle d'attente idéale, ce serait avec des murs qui se lessivent, des chaises qui se lessivent, du carrelage... c'est à peu près ça. »

La moquette a progressivement disparu des cabinets médicaux. Le Dr A témoigne :

« Ça s'est fait au fur et à mesure. Avant ça, je suis ici depuis... avant [le parquet] c'était un lino, et avant y'avait de la moquette partout. La moquette c'est insupportable. A entretenir. »

La raison de ce choix est essentiellement un problème de nettoyage, comme le relate le Dr H :

« Moi je trouve qu'il faut que ce soit (...) lavable à grande eau ! Javel ! C'est pour ça, le sol c'est du béton ciré, le soir on peut mettre un coup de javel dessus, ça craint rien. Entre le gamin qui vomit etc, au moins là-dessus je suis tranquille. »

Mais des considérations sur la santé entrent aussi en jeu, si on écoute le Dr G :

« L'essentiel c'est surtout qu'elle soit (...) pas pleine de poussière ni de produits allergisants éventuellement, style moquette et compagnie. »

Les sièges sont de plus en plus souvent en plastique, ce qui correspond aux exigences du Dr I :

« Des sièges résistants, suffisamment larges, lessivables et faciles d'entretien. »

Et l'expérience du Dr J traduit la même idée :

« Alors nous nos chaises, d'ailleurs, on a changé nos chaises. Avant elles étaient comme mes chaises à moi, d'ailleurs que je vais changer aussi, en tissu, elles étaient toutes cracra ! Des chaises en plastique qu'on peut nettoyer facilement. Voilà, parce qu'après ça fait des auréoles, même quand on nettoie, ça reste. »

L'entretien du cabinet médical implique pour plusieurs médecins la nécessité de recourir aux services d'une femme de ménage. Mais l'hygiène est l'affaire de tous, médecins et employés. Le Dr C y voit un point essentiel :

« Moi en tout cas, j'ai vu chez mes confrères, j'ai été remplaçant, et ce qui m'a souvent choqué, c'est l'hygiène. Ça pour moi c'est une obsession, on a une femme de ménage, on a les secrétaires, qui nettoient les endroits médicaux. Le nombre de salles d'attente, le nombre de médecins qui n'ont ni secrétaire, ni femme de ménage, qui font le ménage une fois par semaine, vous n'imaginez pas ! En tout cas de ma génération, je sais pas... vous n'imaginez pas ! Nous on a quelqu'un qui vient faire le ménage tous les matins, la secrétaire à midi passe du produit un peu stérilisant un peu partout, on essaie d'être assez propre. »

Le Dr B partage cette opinion :

« Qui est-ce qui fait le ménage dans votre salle d'attente ?
- C'est la personne qui est destinée à ça, mais là en urgence on ne peut pas laisser une salle d'attente pleine de miettes, la secrétaire elle prend l'aspirateur et elle le fait, mais c'est pas son boulot. »

Il n'y a pas de consensus sur la fréquence à laquelle il faut faire le ménage, et cela en raison peut-être des différences de superficie des locaux. Chez le Dr H, le nettoyage est quotidien :

« Femme de ménage. (...) Le seul problème c'est quand elle est en vacances.
-Tous les soirs ?
- Tous les soirs. »

Le Dr A n'a pas engagé de femme de ménage :

« Et c'est vous qui faites le ménage ? »

- C'est moi. C'est moi, parce que c'est vraiment la petite boutique donc c'est moi qui fait tout. »

Et ajoute :

« Je suis pas une maniaque du tout du travail ! »

Un seul médecin aborde la question des odeurs. Le Dr I explique :

« Rien de pire qu'une salle d'attente qui sent très mauvais. »

• Contagion en salle d'attente

La promiscuité des personnes malades en salle d'attente pose la question de la circulation des germes, et les médecins s'interrogent sur les risques de contagion. Le Dr G pense que la solution passe en partie par un temps d'attente restreint :

« J'imagine que les gens ont mieux à faire que poireauter dans une salle d'attente, surtout quand ils sont porteurs de virus, microbes et autres, et qu'ils contaminent tout le reste de leurs voisins ! »

Le Dr L acquiesce :

« Parce qu'en plus, moi je pars du principe qu'une salle d'attente, dans un cabinet médical, c'est pas l'endroit le plus sain au monde ; y'a d'autres patients, y'a d'autres pathologies, y'a des circulations de virus, de bactéries, et que moins ils y passent de temps, moins ils risquent d'attraper autre chose que ce qu'ils ont en arrivant. »

La prévision de l'épidémie de grippe A est au centre des débats sur l'hygiène en salle d'attente. Les priorités des médecins sont différentes. Pour le Dr B la solution adoptée pour limiter la propagation de la maladie passe par une gestion attentive des rendez-vous, et par un tri téléphonique :

« Bon en ce moment on surveille un peu plus avec les syndromes grippaux, on essaie qu'il n'y en ait pas trop en même temps dans la salle d'attente. (...) On a un interrogatoire beaucoup plus sévère, la secrétaire est briefée, si elle a peur, si elle a un doute elle me passe le téléphone, je les mets en dernier, déjà. »

Cette organisation a des limites, essentiellement liées au diagnostic, ou à l'idée que les patients s'en font, d'après le Dr L :

« Le problème c'est que les patients ne viennent pas prendre leur rendez-vous en disant attention j'ai la grippe, (...). Parce que pour eux, même en ayant tous les symptômes, ils ne font pas le diagnostic ! »

Les médecins s'interrogent sur la modification des circuits des malades dans leurs cabinets, et constatent que les recommandations sanitaires ministérielles ne tiennent pas compte de la réalité de leurs locaux. Ainsi le Dr G se demande :

« Nous on a une salle d'attente commune, on n'a même pas de salle d'attente indépendante où on aurait la possibilité d'accueillir, et de séparer les personnes grippées dans les moments d'épidémie, à moins de les mettre dans le couloir, je sais pas comment on va se débrouiller parce qu'on a une seule salle d'attente pour les cinq médecins. »

Le Dr H confirme :

« Bien sûr toutes les conneries qu'on entend sur la grippe A avec deux salles d'attente, des files des machins, c'est totalement infaisable, voilà. »

Les recommandations sont diversement accueillies et interprétées. Le Dr A explique par exemple :

« Je suis allée chercher des masques, je les ai pas mis, je les ai montrés à mes stagiaires... »

Le Dr G a lui aussi une attitude attentiste :

« D'ailleurs on a parlé des revues, je crois qu'on va virer, au moment de l'épidémie, j'crois qu'il va falloir virer toutes les revues puisque c'est recommandé également. Mais bon on attend qu'elle soit installée, elle n'est pas encore là ! »

De même, le Dr M a réfléchi, a stocké du matériel, et attend le moment opportun :

« C'est pour ça que je me refuse à mettre des masques, que je me refuse à mettre du SHA^a, parce que de toute façon, ça partira. Ou alors je vais en retrouver partout. (...) Si on est réellement en grosse période d'épidémie, je sais pas, je trouverai un truc pour mettre ça, mais à mon avis ce sera du gâchis. »

Dans le cabinet de groupe du Dr L, l'anticipation permettra une réaction rapide en cas de nécessité :

« Maintenant on sait, on sait que si ça se précise et si la contagion est telle qu'il faut mettre des mesures drastiques, on mettra les mesures en place, on en a déjà discuté. »

Face au problème de la contagion, les médecins sont conscients des risques induits par une attente trop longue dans leur salle d'attente.

Adapter les créneaux de rendez-vous semble plus facilement réalisable que réorganiser géographiquement les locaux.

^a Solution HydroAlcoolique

2. Le temps

Le deuxième axe par lequel les médecins abordent la salle d'attente est sa dimension temporelle.

A. L'organisation des consultations

- Avec ou sans rendez-vous

L'organisation des consultations avec ou sans rendez-vous est d'abord un choix personnel de la part du médecin. Ceux qui travaillent exclusivement sans rendez-vous en ressentent une plus grande liberté d'organisation. Parmi eux, le Dr A :

« Moi, ça m'arrange, je ne suis pas obligée de gérer les rendez-vous. J'aime bien ne pas savoir le matin qui va venir, que ce soit la surprise. Moi j'aime bien cette façon fluide de fonctionner. »

Et le Dr M :

« Mais sinon, non, je suis en consultation ouverte tout le temps.
- D'accord, donc c'est 100% sans rendez-vous. Et depuis toujours ?
- Ah, depuis le début, oui. (...) ! Moi je commence le matin, comme j'ai envie, je termine à midi, je termine le soir à 19h, un point c'est tout. »

Ils estiment également répondre à une demande de leurs patients, et s'adapter à leur diversité, à l'exemple du Dr B :

« C'est pour les personnes des petits villages, des milieux ruraux qui aiment bien venir encore sans rendez-vous, il y a des personnes qui n'aiment pas le téléphone et qui ne veulent pas téléphoner. »

A cette question, le Dr H répond :

« Pourquoi vous avez gardé des créneaux sans rendez-vous ?

- Parce que j'ai une clientèle à la fois de personnes assez âgées, puisque j'ai récupéré la clientèle de ma mère, et beaucoup d'étudiants. (...) Beaucoup de jeunes. Eux, ils n'ont pas le temps de prendre rendez-vous, ils ont des trucs, ils sortent de cours, ils ont ... etc. Donc c'est plus facile pour eux. Je vais pas les virer, en plus c'est plutôt sympathique. »

Les médecins qui ont opté pour l'organisation sur rendez-vous constatent un stress moindre dans leur journée. Le Dr C explique :

« C'est moins anxiogène pour moi d'avoir des gens sur rendez-vous. C'est clair. Tous les quarts d'heure j'ai quelqu'un qui vient, et j'ai pas trop de pression. »

Le Dr K se sent lui aussi plus détendu, et juge facile de s'accorder des pauses :

« C'est bien, c'est plus cool, non non. En plus s'il n'y a personne en salle d'attente, de temps en temps, on peut même avoir des petits trous ! On peut prendre des cafés ensemble, on peut faire une petite bataille navale, enfin ce qu'on veut ! »

Les rendez-vous permettent une rationalisation des consultations, d'après le Dr G :

« Que sur rendez-vous, sauf urgence quoi. Ce qui est vraiment beaucoup plus confortable, oui. Ça permet de beaucoup mieux s'organiser, et aux gens de beaucoup moins poireauter ! »

Travailler sur rendez-vous implique d'estimer la durée moyenne de ses consultations, et de mieux connaître ses limites, comme le dit le Dr E :

« Que sur rendez-vous. Et j'essaie de me ménager dans mes rendez-vous, parce que je suis pas un rapide, des petits trous, tous les trois patients, on a un petit trou d'un quart d'heure, ce qui me permet soit de déborder dans mes consultations quand c'est nécessaire, soit de caser au besoin des urgences ou des soins non programmés. »

Parfois les médecins adoptent une organisation mixte, qu'ils expliquent par le volume important de la patientèle. Ils ont dû trouver une solution pour les consultations intercurrentes car les créneaux de rendez-vous étaient tous comblés pour des soins programmés. C'est le cas pour le Dr B :

« *Moi je travaille sans rendez-vous encore sur certains horaires, certains créneaux en médecine générale, sinon tout est sur rendez-vous. »*

Et pour le Dr C :

« *On consulte régulièrement à deux médecins, au bout de chaque couloir, sachant qu'à chaque fois y'en a un qui est sur rendez-vous, l'autre qui est en consultation libre. (...) Mais d'un autre côté, on est un petit peu coincé par le nombre de patients, et y'a des gens qui sont condamnés à attendre deux heures. »*

Les médecins témoignent du progrès ressenti pour leur qualité d'exercice lorsqu'ils ont décidé d'imposer une organisation sur rendez-vous. Le Dr F explique par exemple :

« *Je suis bien content de consulter sur rendez-vous parce qu'avant, quand je consultais sans rendez-vous c'était infernal d'avoir une salle d'attente remplie, autant de patients que de visiteurs médicaux ! »*

Ou le Dr K :

« *Ça fait vingt-quatre ans qu'on a mis les rendez-vous, que sur rendez-vous. Ça ça a changé tout, donc ça, on a tout changé ! Le fait d'être sur rendez-vous, le stress est diminué de plus de moitié. Ah ouais c'est vraiment important ! »*

La population, qui n'était habituée ni au téléphone ni aux horaires, a dû modifier ses habitudes. Le Dr E a dû s'y prendre progressivement, et effacer certains préjugés :

« *Au départ quand je me suis installé, j'avais pas trop d'idée donc j'ai repris le fonctionnement du médecin auquel je succédais. Et donc, il était pas sur rendez-vous, c'était pas à la mode. Et un bon médecin est un médecin avec une salle d'attente bien pleine ! (...) Donc très tôt j'ai essayé de réfléchir là-dessus, et j'ai fait des plages de consultations pour tester, de consultations sur rendez-vous. »*

D'autres ont aussi affronté leurs propres craintes. Le Dr J raconte :

« *Quand je me suis installée, y'avait un des associés qui travaillait encore sans rendez-vous, en fin de matinée, et là ça déborde vite, dans les périodes d'épidémies. (...) Il*

pensait qu'il serait surchargé sur ses rendez-vous et en fait non, il a moins travaillé en fait. »

Liberté d'exercice et adaptation au profil de sa patientèle ne sont pas incompatibles.
Modifier les habitudes d'une population nécessite des changements progressifs.
Quelle que soit la solution choisie, les médecins sont satisfaits de leur organisation, qui résulte d'un choix personnel.

• Gestion du temps de consultation

Le temps consacré à chaque patient est une question centrale. Il détermine soit la durée prévisible de l'attente, si le cabinet fonctionne sans rendez-vous, soit l'intervalle de temps à respecter entre deux rendez-vous. Beaucoup de médecins le constatent, certains cas prennent plus de temps que d'autres. Le Dr A commente :

« Essentiellement c'est les enfants, dans l'examen systématique des enfants, je demande un rendez-vous, et les femmes enceintes. C'est tellement long les femmes enceintes... donc ça c'est des rendez-vous. Et si je repère un problème, souvent psy, un problème psy plus compliqué, je mets des rendez-vous, souvent le soir, où j'ai plus de temps, où je ne suis pas prise par les coups de téléphone. »

Il juge qu'une consultation doit toujours être limitée dans le temps :

« Donc c'est aussi quelque chose que je fais : arrêter la consultation, et reporter. Pas plus d'une demi-heure, parce que même quand quelqu'un a vraiment de gros soucis, en général c'est psy, hein, arrêter et reporter. »

Le Dr F partage cette idée que la qualité de la consultation n'est pas proportionnelle à sa durée :

« Ce serait à refaire je raccourcirais la durée de la consultation, parce que la durée de la consultation n'est pas toujours le reflet de la qualité de la consultation. Parce qu'on s'engage des fois dans des discussions qui n'ont ni queue ni tête, sans rapport avec le motif de la consultation, mais qui font partie de l'écoute du généraliste. »

Selon le profil du patient, la façon dont se sont déroulées les précédentes consultations, l'existence de pathologies chroniques, il est parfois possible d'estimer le temps à lui consacrer. Le Dr D organise ainsi sa prise de rendez-vous :

« Je savais gérer les rendez-vous tout seul, sachant que tel patient allait me prendre une demi-heure, un peu plus, je recalais les rendez-vous par demi-heures, en fait. Par défaut par demi-heures, et quand y'avait de la demande qui arrivait en plus, je voyais où je pouvais en mettre entre eux. »

De la même façon, le Dr K a un planning régulier, toutes les quinze minutes. Mais en période d'épidémie, les consultations sont plus rapides, et il peut augmenter la fréquence des rendez-vous :

« Sauf peut-être en période d'épidémie, où donc, il y a quelquefois une surcharge. On prend un peu plus de monde, quand il y a des grippes, des choses comme ça. »

Le Dr E prévoit toujours le même temps de consultation, mais aménage son planning :

« Tous les trois patients, on a un petit trou d'un quart d'heure, ce qui me permet (...) de déborder dans mes consultations quand c'est nécessaire. »

Le problème est plus sensible lorsque le médecin travaille sans rendez-vous. Le Dr H explique qu'il propose aux patients de revenir à une heure creuse :

« Mais il est hors de question de faire des électro, remplir des tests genre un Folstein^a quand vous avez la salle d'attente pleine c'est hors de question. Ils viennent, et je leur cale un rendez-vous où on sait que, on sera pas emmerdés, et voilà. (...) C'est à dire qu'ils ont le droit de venir quand ils veulent, mais si c'est des trucs longs, ils reviennent, ou ils demandent avant. »

Il constate parfois que ce contrat de soins n'est pas accepté par tous :

« Voilà, c'est un contrat moral, heu, je m'arrange, pour ça, à contrario c'est vrai qu'il y a toujours des gens, on pourra jamais rien en tirer ! Y'aura toujours des gens qui ... - et c'est toujours les mêmes d'ailleurs - qui viennent toujours les lundis soirs, quand la salle

^a Mini Mental Test de Folstein : test de dépistage des troubles cognitifs

d'attente est remplie, pour son renouvellement, ou alors, les jours de départ en vacances, de week-end prolongés ! (...) Mais vous y pouvez rien ! Vous en avez toujours un ou deux comme ça ! »

Pour ne pas surcharger la consultation, certains médecins utilisent parfois leur salle d'attente pour gagner du temps sur des tâches non médicales, ou sur des questionnaires.

Dr F :

« Ah les imprimés à remplir aussi ! Comme je suis médecin du permis de conduire, ils ont des imprimés spéciaux à remplir, qu'on ne leur délivre plus, je leur donne et ils vont les remplir dans la salle d'attente, et ça me permet de prendre une autre personne, et de les reprendre ensuite, quand l'imprimé est rempli, ça me fait un gain de temps quand même. »

Dr H :

« Par exemple quand je leur fais remplir des tests. Comme ça ils les font en salle d'attente, j'en fais passer un en attendant. »

Avec l'expérience, le médecin connaît mieux son fonctionnement. D'après le Dr D, il doit être capable d'identifier un problème récurrent dans la gestion du temps de consultation, et imaginer des solutions pour le régler :

« J'entends souvent des personnes me dire qu'elles ont pris un rendez-vous pour tel ou tel collègue spécialisé, ou en radiologie des choses comme ça ; « j'ai pris rendez-vous à 10H, je suis sorti à 13H30 », ça me choque toujours un peu ça. Ça peut se justifier, je peux comprendre qu'il y ait une interférence qui nécessite de prendre du temps, je le dis d'ailleurs pour moi, ça arrive, mais quelque part c'est un problème qui relève de la gestion de l'agenda, de... si c'est trop systématique c'est que quelque part y'a quelque chose qui ne va pas bien. Il faut revoir la question. »

Les consultations n'ont pas toutes la même durée.

Il est possible de fractionner une consultation longue en étalant le suivi du patient dans le temps.

- **La ponctualité**

Les médecins s'efforcent de respecter les horaires qu'ils imposent à leurs patients.

Dr F :

« *J'essaie si possible d'être à l'heure dans mes rendez-vous. »* »

Dr K :

« *Souvent, y'en a qui arrivent, ils ne passent même pas par la salle d'attente, si on est bien coordonné. »* »

Mais ce n'est pas toujours possible, ni facile.

Dr B :

« *Cinq-dix minutes, les gens sont pas à ça près... »* »

Dr D :

« *C'est un peu à moi de faire attention, parce que ça m'arrive encore assez souvent de démarrer cinq minutes en retard, et ça suffit pour décaler tout. »* »

Dr H :

« *Quand je donne un rendez-vous, j'essaie à peu près d'être à l'heure. A peu près ; je n'dis pas que c'est toujours le cas, mais j'essaie à peu près, je les fais rentrer à peu près à l'heure. »* »

B. La durée de l'attente

- **Une attente parfois longue**

Les médecins qui travaillent sans rendez-vous le reconnaissent, les patients restent longtemps en salle d'attente avant leur consultation.

Dr A :

« Mais y'a des inconvénients, c'est parfois des attentes longues. »

Dr C :

« Et puis on a derrière une salle d'attente plus grande pour les gens qui des fois attendent une heure ou deux. »

Dr G :

« Je me souviens de consultations où les gens restaient deux à trois heures dans la salle d'attente ! »

Ceux qui ont choisi un fonctionnement sur rendez-vous arrivent mal à estimer la durée de l'attente de leurs patients, et utilisent des échelles plus floues.

Dr E :

« Les patients y passent moins de temps, maintenant, globalement. (...) Alors quand je ne suis pas en retard, ils passent grand maximum cinq minutes. Mais dès qu'il y a une urgence ou un imprévu, ils passent facilement plus de temps. »

Dr K :

« Ils ne restent pas très longtemps en général en salle d'attente. »

Dr L :

« Alors pour moi la salle d'attente c'est un endroit où le patient va obligatoirement, comme le dit son nom, attendre. Je le vois comme un endroit où, si possible, il reste le moins longtemps possible. »

Dr J :

« Je voudrais qu'il soit le plus court possible !! (rires) J'essaie, dans la mesure du possible, de pas trop les faire attendre, mais heu... »

- **Le ressenti supposé des patients**

Les patients qui consultent sans rendez-vous savent qu'ils peuvent attendre longtemps, et tolèrent parfois bien cette contrainte. Les médecins ont parfois des scrupules à la leur imposer, ce qu'explique le Dr C :

« Alors les patients, eux, on peut tout voir, y'a des gens qui n'aiment pas les rendez-vous. Y'a des gens pour qui c'est pas un problème d'attendre une heure. Y'a des gens qui prennent rendez-vous et qui arrivent avec une heure d'avance, ça se voit. Y'a des petits vieux à qui on dit « je suis désolé vous avez attendu une heure et demie, deux heures » et qui disent « mais c'est pas un souci, chez moi je vois personne, ici je vois du monde ».

Mais au-delà de la limite de tolérance des personnes, le Dr F constate que l'ambiance change :

« Quand je consultais sans rendez-vous c'était vraiment pénible, de sentir les gens attendre, s'impatienter, piétiner, et puis s'énerver un peu à attendre. »

Dans les cabinets qui fonctionnent sur rendez-vous, on distingue également les deux attitudes, selon la tolérance des patients, et l'habitude qu'ils ont des horaires de leur médecin. Ainsi chez le Dr B :

« Quand vous ouvrez la porte et que vous voyez des yeux qui vous fusillent, ça vous stresse encore plus ! »

« Alors ce qui se passe, c'est vrai que des fois y'a des discussions rigolotes, parce que ce sont des gens du même quartier, qui se sont pas vus depuis longtemps, ça papote ! On peut être en retard et ils le vivront bien. »

L'âge des patients entre aussi en compte, comme l'indique le Dr L :

« Comme j'ai beaucoup de gens qui sont très actifs, moins ils attendent, mieux c'est. »

- **Faire face au retard**

Le retard est un problème quotidien auquel doivent faire face la plupart des médecins travaillant sur rendez-vous. Ils se disent souvent mal à l'aise s'ils font attendre les patients au-delà d'une limite acceptable.

Dr K :

« J'aime pas avoir des gens qui attendent trop longtemps en salle d'attente. Pour moi à partir de vingt minutes, vingt-cinq minutes, j'ai trop de retard ... »

Dr B :

Mais j'aime pas être en retard. Donc faut vraiment qu'il y ait une grosse urgence pour prendre du retard.

Le Dr D exprime lui aussi la même gêne, mais relativise, car exercer la médecine nécessite parfois de prendre le temps :

« C'est un vrai souci, et j'aime pas que les gens attendent trop longtemps. Surtout quand on leur dit « venez à telle heure ». Et ça arrive quand même assez fréquemment qu'on soit en retard. (...) Au début ça m'a beaucoup beaucoup perturbé. Maintenant moins. On prend le temps qu'il faut et puis c'est tout. Après on se dit j'ai pas fait bien mon boulot, je suis pas à l'aise, j'aime pas ça. »

Les médecins culpabilisent de faire attendre leurs patients.

C. Les conséquences de la durée d'attente

- **L'affluence en salle d'attente**

L'organisation sur rendez-vous ou en horaire libre, et le retard éventuel conditionnent le nombre de personnes présentes simultanément en salle d'attente. Selon les cas, elle peut être vide, comme l'indique le Dr K :

« On marche sur rendez-vous, donc en fait, y'a des fois personne dedans, si tout le monde est à l'heure. (...) C'est vrai que la salle d'attente peut paraître des fois vide, si on est tous à l'heure. »

Elle peut accueillir seulement quelques consultants, un ou deux par médecin par exemple.

Dr G :

« Comme on reçoit tous uniquement sur rendez-vous, les gens ne s'accumulent pas dans la salle d'attente, ils sont maximum cinq, six, sept, huit dans la salle d'attente, mais ça se marche pas sur les pieds. »

Elle peut, en période de consultation libre, être vraiment surchargée, comme le décrit le Dr G :

« On ne consultait absolument pas sur rendez-vous à l'époque, c'était en 1979-80, et donc, les gens venaient, tout-venant comme ça, donc la salle d'attente était bourrée de monde, c'était pas anormal qu'on ait entre quinze et vingt personnes, surtout quand on consultait à deux et qui même restaient debout dans la salle d'attente. »

De l'avis général, la généralisation du fonctionnement sur rendez-vous a amélioré le confort des médecins et de leurs patients. Le Dr J résume :

« Alors que maintenant, comme on est sur rendez-vous on a quand même un nombre limité de patients, en principe. Donc ça change, je pense que ça change la donne. Le fait d'être sur rendez-vous, ça modifie pas mal de choses. Sur le temps d'attente aussi, d'ailleurs, sur le temps qu'ils passent en salle d'attente. »

- **L'impact sur le contenu de la consultation**

Les médecins cherchent tous à limiter la durée de l'attente de leurs patients, et cela leur demande des efforts d'efficacité. Ils ont alors tendance à limiter les temps morts et à faire davantage de tri parmi les plaintes des patients. C'est ce qu'explique le Dr D :

« Le temps que les gens attendent en salle d'attente me pose quand même... interfère, c'est sûr. Ça interfère avec ce qui se passe dans la consultation du patient en cours. Par rapport à ceux qui sont derrière. »

Le Dr H l'exprime sur un mode plus incisif :

« Je n'aime pas que la salle d'attente soit pleine. Donc plus il y a de monde dans la salle d'attente, plus je ... je travaille pour que ça parte au plus vite. Je sais qu'il y a des confrères, bien sous tous rapports, qui aiment bien attendre que ça se remplisse un peu. Mais moi non. Faut que ça gicle ! »

Le Dr J précise bien que cela ne se fait pas au détriment de la qualité des soins, mais plutôt en limitant les échanges informels :

« Ça peut accélérer quand même le rythme de certaines consultations, en disant... on ne dit rien au patient, mais en accélérant un petit peu. (...) Effectivement, je pense qu'on parle un peu moins quand on est en retard. (...) Plutôt sur la discussion que sur l'examen en lui-même, oui. Oui parce que je suis bavarde avec mes patients, donc je vais moins engager la conversation, je leur dis « y'a autre chose ? Non ? D'accord ! » »

Le Dr M veille lui aussi à ce que l'essentiel soit dit, il prend le temps nécessaire pour cela.

« Ben non, il est là pour quelque chose, donc y'a un minimum de choses qu'il veut nous dire, donc il faut ça, mais c'est vrai que quand on a fait le principal, pour lequel ils sont venus, si y'a du monde, qu'il me disent « vous me ferez ceci ? » je dis ben non, c'est pas la peine. On verra ça une autre fois, et puis c'est fini, quoi. Mais non, si ils sont venus, c'est pour quelque chose, c'est quand même normal qu'on les écoute ! Ou qu'on les fasse parler, s'ils ne veulent pas parler, c'est quand même pas pareil, quoi. »

Les médecins restent maîtres de la gestion du temps. Le Dr A relativise :

« Mais ça va pas être la salle d'attente qui va m'imprimer mon rythme. »

Le Dr D joue la carte de la pédagogie et consacre à ses patients le temps qu'il juge utile :

« Donc il faut aussi que je calme les choses vis-à-vis de certains patients, qui sont revendicateurs là-dessus, je dis écoutez, le patient là il avait besoin d'une heure, il a eu une heure ! La prochaine fois ce sera peut-être vous, et vous aurez votre heure, comme de besoin. »

Lorsque l'activité est plus dense, et la salle d'attente surchargée, les médecins maintiennent la qualité de leurs soins en allant à l'essentiel.

D. Les urgences

L'exercice de la médecine générale implique d'assurer des soins non programmés, et de faire face aux situations d'urgence. Ces situations ne sont pas quotidiennes, mais les praticiens ont réfléchi aux moyens d'organisation à leur disposition.

Pour le Dr B, une solution est d'expliquer aux personnes présentes son indisponibilité temporaire :

« L'urgence la vraie c'est bien pris. De toute façon l'urgence vraie, si les pompiers sont destinés à arriver, en général je redonne des rendez-vous plus tard. »

Reporter les consultations est aussi une méthode utilisée par le Dr E :

« Ceci-dit la secrétaire gère quand même bien les choses, si je pars et que je suis susceptible d'être absent longtemps, elle décale les rendez-vous. »

Le Dr L gère au cas par cas :

« Comme on a quand même un métier où on peut avoir des urgences, ben malheureusement des fois ils sont amenés à attendre un peu plus longtemps que ce qui était prévu. »

L'organisation des lieux permet de limiter le retard induit par la prise en charge d'un problème urgent, ou nécessitant une surveillance temporaire.

Dr C :

« Quand on veut mettre quelqu'un en attente, on a une salle de soins d'urgence à côté. »

Dr J :

« Non, y'a pas de salle d'urgence, quand on a des urgences on prend un des bureaux qui est en général libre. (...) L'urgence vraie, au cabinet, on n'en a quand même pas souvent. Aussi c'est peut-être pour ça qu'on n'a pas de salle d'urgence, parce qu'on n'en a pas forcément l'utilité. »

La salle d'attente est parfois le seul lieu où gérer les situations d'urgence, comme chez le Dr F :

« Oui, c'est presque ma salle d'urgence ! (rires) J'ai déjà retrouvé des gens allongés sur les banquettes, parce qu'ils ne se sentaient pas bien, ils s'étaient allongés. »

Mais ce n'est pas son but premier. D'après le Dr G, mieux vaut prévoir un endroit plus calme :

« Quand on a besoin de revoir quelqu'un après, on a suffisamment de bureaux pour le mettre plutôt dans un bureau indépendant, mais pas de le remettre dans la salle d'attente. La salle d'attente c'est pour attendre. »

Les médecins réfléchissent à une organisation spécifique pour la gestion des situations à caractère urgent.

E. Cas particulier de la visite médicale

En salle d'attente, il n'y a pas que des patients. Les médecins accueillent parfois les visiteurs médicaux, selon leurs motivations personnelles. Le Dr F a fixé des règles pour éviter que ces entretiens n'interfèrent avec les consultations :

« Au sujet des visiteurs médicaux ça fait trente ans que j'ai institué un calendrier pour les recevoir sur rendez-vous avant la consultation. Et une fois que la visite médicale est terminée, je ne veux plus voir de visiteurs dans la salle d'attente ! Hein, que des patients ! »

Les médecins les plus jeunes sont conscients des enjeux et aspirent à une relation équilibrée avec les représentants des firmes pharmaceutiques.

Dr E :

« Je les reçois toujours, ils sont sur rendez-vous comme ça ils n'attendent pas, et je leur consacre un petit peu de temps en début d'après-midi, en général, en début de consult. Je vois de temps en temps les labos apportent des pubs pour leurs produits, donc s'il y a des choses qui m'intéressent, je les pique, je les prends. »

Dr L :

« Parce que bon, les laboratoires, même si c'est stratégique, bon, que c'est à des fins « pécuniers », ils ont quand même des documents qui sont validés, qui sont pas trop mal faits et qui peuvent aider le patient, quand même ! »

Les médecins recherchent une relation équilibrée avec les visiteurs médicaux.

F. Secrétariat et gestion du temps

Lorsqu'ils détaillent leur mode de fonctionnement, tous les médecins rencontrés qui travaillent sur rendez-vous précisent qu'ils emploient au moins une secrétaire, ou ont recours aux services d'un secrétariat téléphonique.

Pour ceux qui sont organisés en consultation libre, cet investissement financier ne semble pas justifié, ce que résume le Dr H :

« C'est moi la secrétaire, c'est moi qui fait les lettres, c'est moi qui prend les rendez-vous, comme ça je peux m'organiser comme je veux. »

Dans les autres cas, l'idée phare est donnée par le Dr L :

« Alors moi de toute façon je ne me serais pas installée dans un cabinet médical où y'a pas de secrétariat. (...) Le problème c'est que si tu n'as pas quelqu'un qui fasse un peu un barrage, les appels pendant la consultation... »

La secrétaire joue un rôle essentiel dans la gestion des rendez-vous, soit par téléphone, soit directement au cabinet.

Dr C :

« En plus de tout ce qu'elle fait comme tri d'appels téléphoniques, des choses comme ça, l'accueil du patient pour moi, sans secrétaire, c'est du handicap. »

Elles sont formées pour faire un premier tri téléphonique, et connaissent les contraintes du médecin. Le Dr L explique :

« Et elle te permet de faire le tri des choses, parce que par exemple t'as l'urgence ressentie du patient, ils disent il faut qu'un médecin vienne tout de suite parce que ça va pas du tout, et elle pose quelques questions : vous pouvez vous lever ? Vous avez de la température ? Vous avez quelqu'un pour vous accompagner ? Elle te transforme 80% des visites en consultation. Dans ton organisation du temps, c'est important aussi ! »

Pour le Dr E, la secrétaire est un atout pour plus de souplesse de fonctionnement :

« La secrétaire gère quand même bien les choses, si je pars et que je suis susceptible d'être absent longtemps elle décale les rendez-vous. »

Le Dr D vient de s'installer en cabinet de groupe et a dû s'adapter après le recrutement de nouvelles secrétaires :

« Actuellement ça ne fonctionne pas comme ça, c'est les secrétaires qui prennent les rendez-vous, qui ne connaissent pas encore tous les patients. Alors petit à petit, elles vont se rendre compte qu'avec certains patients, c'est clair, ça va être une demi-heure, donc elles vont mettre deux plages. »

Le Dr F souligne les avantages de son secrétariat téléphonique, malgré les frais engagés :

« C'est une richesse, mais enfin ça coûte assez cher. Mais c'est une tranquillité, on n'a plus le téléphone qui sonne quasiment toutes les cinq minutes pendant les consultations, ça permet d'avoir des consultations quasiment linéaires. De ne plus être interrompu dans la consultation, ou alors pour un motif valable. »

Le secrétariat : une nécessité pour la gestion des rendez-vous ;
un atout pour la qualité des soins.

3. La dimension sociale et humaine

Dans la salle d'attente se rencontrent toutes sortes de personnes différentes, qui ont en commun l'attente d'une rencontre avec le médecin généraliste.

A. Le lieu social, lieu de vie

- **Que font les patients en salle d'attente ?**

Les médecins, lorsqu'ils expliquent la manière dont ils conçoivent leur salle d'attente, disent qu'elle est principalement destinée à l'attente. Cependant le comportement des patients est loin d'être passif, et certains praticiens remarquent qu'ils se déplacent ou explorent l'espace.

Le Dr I jette un coup d'œil dans la salle d'attente entre deux consultations :

« A chaque accueil de patient, on voit ce qui s'y passe, s'il y a des enfants qui font des bêtises, ce qui arrive parfois, y'en a qui s'amuse à secouer l'aquarium, qui montent debout sur les chaises, qui sautent... »

Comme lui, le Dr E remarque que les patients ne restent pas toujours immobiles :

« On les a mis en rond, comme ça ils se voient tous, les patients, je te dis c'est sympa, tu les vois, comme ils sont pas nombreux, des fois ils essaient les chaises, les unes après les autres. Y'a des grises et des noires, alors ils les essaient... »

Le Dr D précise que la salle d'attente n'est pas fréquentée uniquement par les consultants, et qu'en cela elle constitue un vrai lieu public :

« C'est un endroit où les gens rentrent, sortent, y'en a qui accompagnent, qui restent dans la salle d'attente, ils ne vont pas dans le cabinet de consultation. Inversement quand la consultation est finie, « je peux rester un petit peu le temps que le taxi arrive ? » »

Il ajoute qu'il a même, de temps à autre, reçu des visiteurs indésirables :

« Il y avait quelques témoins de Jéhovah, il y a quelques années, qui se promenaient dans le coin et qui ne se gênaient pas pour laisser leurs prospectus. »

Le Dr F ne surveille pas et laisse libre accès à ses locaux :

« Comme je suis seul, y'a pas de secrétaire pour les accueillir, les gens rentrent, vont et viennent à leur guise. »

Le Dr A a déjà constaté que les meubles étaient visités :

« Si, si, ils ouvrent les tiroirs. Mais ça ne gêne pas. »

D'après le Dr J, les meubles et les placards font aussi partie du « lieu public » :

« Oui, on avait du papier toilette, de l'essuie-tout et régulièrement on se le faisait voler.

- Ils avaient repéré que le stock était dans les placards ?

- Ouais, étonnant hein ? »

Et il précise que les personnes qui attendent sont parfois sans-gêne :

« Et c'est pareil, moi mes volets se ferment dans la salle d'attente, alors de temps en temps j'ai mes volets qui se mettent à se fermer. Parce que les personnes qui sont dans la salle d'attente touchent à tous les boutons, à l'interrupteur ! Alors ils sont tout surpris de me voir sortir ! »

Ces différentes attitudes dans l'attente se manifestent aux médecins uniquement si elles sont constatées sur le vif, mais la plupart du temps ce sont des signes indirects qui en témoignent. C'est ce que le Dr J exprime ainsi :

« Je dis tiens, les gens en salle d'attente, ils bougent en fait ! Certains, pas tous, hein, y'en a qui restent assis sans... mais les gens bougent. »

Le Dr M a également remarqué des traces insolites :

« Mais c'est rigolo parce qu'il se passe des choses, dont on ne se rend même pas compte ! »

Il réfléchit à la mise en place d'un système de surveillance :

« Je crois d'ailleurs que je vais mettre une caméra, mais une vraie. (...) C'est pas pour les piéger, je m'en fiche, c'est pour voir ce qui s'y passe. »

Pour le Dr D, même s'il n'y a rien de visible, l'activité des patients est parfois perceptible :

« Ça on le sent, c'est marrant, parce que quand on va chercher les gens en salle d'attente, quand on est en début de journée, je vais pas toujours voir qui est là ou pas là, mais quand on arrive, on sent qu'il y a quelque chose qui se passe, même s'ils disent rien, y'a une atmosphère, qui est pas la même. »

Le Dr G est le seul qui ne semble pas avoir d'idée sur ce qui se passe dans sa salle d'attente :

« Ils prennent une revue et puis... »

La constatation est générale : on ne peut pas surveiller en permanence la salle d'attente, et nombreux sont les médecins à déplorer des vols et des dégradations volontaires. Ceux qui emploient une secrétaire ne sont pas épargnés. Les exemples suivants sont les plus marquants, ils concernent du matériel très hétéroclite.

Dr A :

« Il y avait avec plein de petits objets, ils ont été pris. Alors il faut savoir que dans les salles d'attente, beaucoup de choses sont volées. Donc, j'avais des coussins, au début, enfin tout ce genre de choses, j'avais de quoi écouter de la musique, tout ça ça m'a été volé. Heu... donc j'ai des abonnements de lecture pour enfants, donc je sais qu'ils sont volés. »

Dr H :

« Ne pas laisser dans la salle d'attente des choses, heu, bien. On m'a déjà volé un fauteuil ! Au début quand j'ai fait refaire les peintures ça puait un peu, donc j'avais mis des trucs pour que ça sente moins mauvais, on me les a volés aussi. Les chaises pour enfants, y'en a plus qu'une, les jouets pour gosses, ils ont tous disparu. Voilà, donc, maintenant elle est dépouillée, on dira ! »

Le Dr M souffre vraiment de ces vols répétés :

« Comme vous avez pu le voir, j'ai mis des chaises-poutres, parce que sinon en général, on me les pique ! Vous avez peut-être pu voir qu'il y a plein de posters aux murs [ton ironique], parce que avant y'avait des cadres, donc maintenant c'est fini, parce qu'ils m'ont tout piqué ! (...) Et puis voilà, c'est vrai que les posters, apparemment ça les intéresse pas beaucoup, parce qu'ils me les piquent peu. Par contre ils ne piquent que les punaises ! (...) J'ai eu la bonne idée de mettre quelques jeux pour enfants, je sais pas si vous avez vu ? J'avais mis des jouets dont un gros Caliméro plein de Duplos : barboté aussi ! Tous les jeux : barbotés ! Les revues sont barbotées... Bon ça fait partie du jeu, je trouve que c'est regrettable, mais bon... »

« L'emprunt » des magazines est un lieu commun, ce que confirme le Dr B :

« Les journaux qui disparaissent : donc faut jamais mettre les derniers journaux de la semaine. Ils disparaissent à une vitesse terrible ! »

Les médecins font aussi les frais de dégradations infligées à leur mobilier, qu'elles soient volontaires ou accidentelles. Cela les oblige à renouveler plus fréquemment le matériel.

Dr K :

« On avait acheté des sièges qui étaient en tissu, (...) qui étaient de meilleure qualité, mais qui n'ont pas fait longtemps. Les gens s'amusaient à les détriper, ils les ont vite troués, donc maintenant ils ont des sièges en plastique. »

Dr I :

« Les enfants mettent des chewing-gums en dessous, ou alors grattent la moquette qu'il y a sur le siège, ou alors des personnes obèses s'assoient dessus et se retrouvent par terre. »

Le Dr E a renoncé à mettre à disposition des objets personnels :

« J'avais mis aussi, j'avais expérimenté, des bouquins, que j'avais ramené de chez moi, des bouquins sympas pour les gamins, et puis ça me faisait mal au cœur de les voir s'abîmer, ou pareil, qui disparaissaient, donc j'ai arrêté aussi. »

Les médecins ne restent pas sans réaction face à ces problèmes, et en particulier celui des vols. Mais ils sont dans l'ensemble assez fatalistes. Certains réagissent avec humour, comme le Dr F :

« Oui quelques livres pour enfants, qui disparaissent au fur et à mesure, on est obligés d'en remettre, mais bon, ça fait partie... (rires)... »

Ou le Dr E :

« Alors au départ, je voulais acheter des revues intéressantes, bien et tout, machin, je l'ai fait un peu, et ils me les piquaient ! Alors j'ai arrêté ! (rires) »

Le Dr M a lui aussi utilisé l'humour pour exprimer sa désapprobation :

« J'ai mis un mot le jour où on m'a piqué les deux cadres auxquels je tenais le plus. (...) Mais là ça m'est monté au nez, et puis j'ai écrit un truc très violent sur l'ordinateur, pour mettre l'affiche et puis j'ai dit « mais non, ça va pas » ! Alors j'ai mis un truc plus humoristique, c'est tout ! »

Les médecins tentent, pour certains, une attitude dissuasive. La plus simple, celle du Dr J, est de faire disparaître toute tentation :

« Ah ben là, maintenant ça va mieux parce qu'on a tout fermé à clé, mais avant, ils allaient régulièrement piquer le papier toilette dans les placards. »

Le Dr M a adopté une solution originale, mais dans l'air du temps :

« Et j'ai mis une caméra ! Alors c'est une factice, faut pas le dire, mais depuis que j'ai une caméra, on me pique beaucoup moins de choses quand même. Mais c'est une factice, hein, elle n'enregistre rien du tout, elle ne filme même pas, d'ailleurs ! »

A écouter le Dr A, on peut aussi exploiter le penchant naturel du public à s'appropriier les objets laissés en salle d'attente. Elle n'hésite pas à le leur « offrir » :

« Quand je paie mon abonnement, je dis ben tant mieux. Si c'est volé, c'est pour des gosses, qui vont le lire, et tout. Et l'abonnement, ben c'est des frais professionnels et c'est pas grave ! Donc vous voyez, donc ce qui est volé, c'est les J'aime Lire. J'en ai plus. J'en ai plus que deux. Les Astrapi ! Ces derniers temps, j'ai peut-être vu moins d'enfants, mais ils partent avec, et franchement je ne regrette pas. »

Les patients ne sont pas immobiles en salle d'attente.

Elle est parfois visitée par des personnes qui ne sont pas des consultants.

Les médecins déplorent à l'unanimité des vols, et leurs réactions sont partagées entre la colère, le fatalisme et l'amusement.

• Lieu de convivialité en lien avec le quartier, lieu de rencontres

La salle d'attente du médecin fait partie du quotidien des personnes, et ils s'y croisent parfois comme dans d'autres lieux publics. Il peut se créer des situations de convivialité.

Le Dr D explique :

« Alors la convivialité c'est très curieux. (...) Quand ils sont une demi-douzaine dans la salle d'attente, c'est fermé hein, et y'en a pas un qui pète un mot, quoi. Ils sont tous dans leur truc, en train de lire un bouquin, une revue, pourtant y'en a qui se connaissent, ils se croisent régulièrement, ils n'échangent pas. (...) Et d'autres moments, on entend que ça papote, ça discute le bout de gras, je les entendais à travers la porte, y'avait encore un couloir mais j'entendais... ça cause, là ! »

Le Dr F constate aussi cette alchimie particulière :

« Comme je reçois sur rendez-vous en général y'a peu de monde en même temps, mais par contre y'a des fois, quand j'ai du retard, ça discute beaucoup, et je sens la rumeur de la salle d'attente qui monte ! (...) Ou alors, la salle d'attente est silencieuse, tout le monde lit, est plongé dans sa lecture, et ils ne se disent pas un mot, et j'aime pas trop non plus ! »

Quelques médecins témoignent de l'appropriation de leur salle d'attente par les habitants, pour lesquels elle constitue un lieu ouvert sur le quartier.

Dr H :

« Heu... les gens entrent, elle est libre, c'est-à-dire que les gens n'ont qu'à pousser la porte. »

D'après le Dr F, le cabinet est un lieu de référence :

« Et puis les personnes qu'on m'apporte, qui ont fait un malaise soit dans la rue, il m'est aussi arrivé d'avoir des patients qui faisaient leur malaise à l'église le dimanche, hypotension orthostatique.

- Et on vous les amène comme ça ?

- Quand je suis là, bien sûr ! Le temps de leur prendre une tension, une surveillance cardiaque. »

Le Dr B la laisse volontairement ouverte, y compris en journée, aux heures de fermeture du cabinet.

« Donc, ils viennent à une heure et demie mais y'en a qui arrivent à une heure moins le quart. Donc c'est mieux que ce soit ouvert. »

Les murs des salles d'attente sont parfois le reflet de l'appropriation du lieu par les consultants. Ils deviennent un mode d'expression, on y trouve des petites annonces ou des graffitis.

Dr H :

« Y'avait des affiches pour maladies infectieuses, c'était une magnifique affiche, (...) c'était écrit « le SIDA parlez-en à votre médecin » y'avait mis « oui, mais pas le week-end ! » (rires) J'avais trouvé ça très drôle. »

Dr H :

« Après s'il y a l'affiche de la kermesse des vieux du coin je dis pas que je l'afficherai pas, mais deux-trois jours sur la porte et basta. Ça n'apporte rien du tout. »

Au sujet des petites annonces, le Dr A émet cependant des réserves :

« Y'a des gens qui me demandent de faire des appels de travail : « Garderait bien enfants » etc. J'ai toujours refusé. Pas chez moi. C'est pas le lieu, et alors si je mets à une, je devrais faire pareil pour les autres, bon. Si je commence ... Pour ça j'ai toujours été très très ferme, et si quelqu'un l'a apposé comme ça, croyant qu'elle pouvait le faire, je l'enlève aussi vite. »

L'idée d'ensemble des remarques des médecins est que dans la salle d'attente se trouve un condensé des fonctionnements de la société, avec ses valeurs et ses travers. Les personnes aiment s'y retrouver et discuter :

Dr B :

« Alors ce qui se passe, c'est vrai que des fois y'a des discussions rigolotes, parce que ce sont des gens du même quartier, qui se sont pas vus depuis longtemps, ça papote ! »

Dr C :

« Y'a des petits vieux à qui on dit « je suis désolé vous avez attendu une heure et demie, deux heures » et qui disent « mais c'est pas un souci, chez moi je vois personne, ici je vois du monde ». »

Leurs échanges sont stéréotypés, ou tendent vers le bavardage.

Dr C :

« Même dans la salle d'attente, y'a des gens qui se retrouvent, des voisins,... Moi j'ai toujours dit que j'aimerais bien mettre un micro des fois, pour entendre ce qui se dit ! (...) Des fois ma secrétaire me dit, vous verriez, on a dit du bien de vous, on a dit du mal de votre collègue, ils n'arrêtent pas de se dire des choses entre eux, ça doit être intéressant. Ils ne disent pas de mal de vous, parce qu'ils ne le diraient pas à haute voix, mais ils disent du mal d'un autre médecin, des autres, c'est ça aussi. »

Quelquefois la discussion est plus vive, comme le commente le Dr F :

« Voilà, des fois la salle d'attente est très animée, et j'ai des tensions qui grimpent, et je leur dit que c'est dû aux conversations animées qu'ils ont eues en m'attendant. »

Enfin, les comportements sont parfois beaucoup plus agressifs ou méfiants. Le Dr A, qui travaille en horaires libres, en constate assez peu :

« De temps en temps des « clash » entre des gens qui veulent entrer, d'autres qui disent qu'ils sont arrivés avant... il y a de temps en temps des petits « clash » comme ça, voilà. »

Mais le Dr B note tout de même des situations de malaise :

« Et dans la salle d'attente c'est pareil, ils se regardent vraiment de travers, et c'est pas tous les jours, mais ça peut être une ambiance un peu bizarre. (...) Vous imaginez six paires d'yeux qui commencent à le regarder de travers ! »

Il explique que ces comportements sont les mêmes que dans les rues de la ville, et liés au mélange de populations différentes :

« Alors le deuxième point, c'est qu'ici on fait de la médecine générale et de la médecine thermale. Et donc c'est deux clientèles tout à fait différentes et qui ne s'aiment pas du tout. Ça peut vous choquer. (...) Et des fois y'a des rendez-vous de médecine thermale au milieu des rendez-vous de médecine générale. Ils ne s'aiment pas du tout. Ben c'est à dire ils ne s'aiment pas dans la mesure où les gens de T. pensent que les curistes font

vivre T., mais prennent leur place dans le cabinet. Donc des fois y'a des réflexions entre eux. »

Parfois ce sont les petits défauts et les mauvaises habitudes des personnes qui sont exacerbées en salle d'attente. Le Dr C se moque des téléphones mobiles :

« Les portables qui sonnent alors qu'on a mis des affiches partout pour leur dire de débrancher leurs portables en arrivant (...) On entend des vaches, des fois, ça fait « meeeuuh » ! »

Les médecins font face à des situations parfois plus délicates, et doivent se prémunir contre les personnes indésirables.

Dr M :

« Quand y'a des jeunes qui se battent, ça arrive aussi, en salle d'attente, il faut sortir en vitesse pour faire la police. »

Dr B :

« L'année dernière j'ai eu pas mal de soucis avec des drogués qui rentraient le soir dans ma salle d'attente, à cette heure-ci complètement bourrés. C'est un mauvais souvenir. On essaie de les virer, on a du mal. »

Ces cas sont rares. Les médecins ont appris à régler les conflits les plus simples, en particulier ceux qui concernent l'ordre de passage.

Dr F :

« Parce que ça fait toujours désordre quand il y a quelqu'un qui veut passer avant les autres. »

Dr B :

« Ben la fausse urgence, bon ça peut être quelqu'un qui arrive comme ça sans rendez-vous, hein, et qui a quoi, ben un lumbago, ou quelque chose qui n'est pas forcément

très très grave, qui pourrait attendre. Mais qui veut être soigné tout de suite ! Vous imaginez six paires d'yeux qui commencent à le regarder de travers ! Et surtout qu'elle ne le prenne pas tout de suite ! Donc on va temporiser en disant qu'on va le voir après... On va pas le renvoyer dans la campagne à trois-quatre bornes, mais c'est en général très mal pris. (...) Ce qui m'a le plus choqué c'est ça, c'est des gens qui arrivent en urgence et qui sont vraiment maltraités par les gens présents. Ça ça me choque.»

Le Dr M y fait face calmement, en jugeant que c'est humain de s'impatienter :

« Comme quand on va dans la salle d'attente, y'en a trois ou quatre, et qu'il y en a un qui est plus pressé que les autres, qui se lève, et les autres « ah ben non ! C'est moi ! » Enfin donc, voilà ! C'est vrai que c'est puéril, mais je me mets à leur place, moi attendre je supporte pas ça ! »

Il relate à ce sujet une situation où il n'a même pas eu à intervenir :

« Il était entré, puis je discutais avec lui, et tout d'un coup y'a un patient qui frappe, et qui lui dit « dites-donc, vous aviez dit que vous n'en aviez que pour deux minutes ! » Bon là ça a été très très vite, parce que celui qui venait se plaindre, c'est quand même un mec qui fait plus de deux mètres, et 120 kg. Donc il a pas trop insisté quand même. L'autre est reparti dans la salle d'attente, et c'est lui qui est passé à son tour. »

La salle d'attente condense tous les aspects de la société : convivialité et chaleur humaine, méfiance ou indélicatesse, parfois agressivité.

Les habitants du quartier s'approprient les lieux, et en font un véritable lieu public.

- **Rôle central de la secrétaire**

Témoins privilégiés des comportements et des réactions des patients, les secrétaires donnent à la salle d'attente un abord plus humain. Les médecins soulignent l'importance de leur présence.

Parmi leurs rôles, le plus visible est celui de l'accueil. Le Dr C lui accorde une importance de premier plan :

« Vous avez parlé à plusieurs reprises de votre secrétaire, vous diriez qu'elle a quel rôle...

- Fondamental. Fondamental. Je ne comprends pas qu'on puisse faire de la médecine générale sans secrétariat. Je n'aurais pas pu, moi, savoir que quand par exemple je suis en train d'examiner quelqu'un, les gens qui rentrent ne soient pas accueillis. J'envisage même pas ça. L'accueil du patient pour moi, sans secrétaire, c'est du handicap. »

Il ajoute :

« On peut avoir la plus belle salle d'attente du monde, s'il n'y a pas une secrétaire pour accueillir les patients, pour moi il manque l'essentiel. »

Le Dr E considère lui aussi sa secrétaire comme un intermédiaire important :

« Y'a des rapports étroits entre la salle d'attente et le secrétariat, c'est important. (...) C'est juste à côté, des fois les gens sortent pour demander un truc qu'ils ont oublié de demander ; souvent A. y va pour leur redonner des choses. Donc ils passent automatiquement devant le secrétariat pour aller dans la salle d'attente, ça aussi je voulais pas qu'il y ait des gens qui attendent dans la salle d'attente, tu sais pas depuis quand ils y sont... »

La présence de la secrétaire rassure, affirme le Dr J :

« Y'a pas de fenêtre, et y'a certains patients que ça gêne aussi. D'ailleurs dans ces cas-là ils restent dans le coin secrétariat, qui est bien éclairé. Et ils ont peur qu'on les oublie, dans ces coins enfermés, justement. »

Ce que confirme le Dr B :

« La secrétaire Sur les cas un petit peu psychiatriques, elle peut les faire un peu causer, se détendre, ce qui diminue déjà le stress. »

Elle assure, d'après le Dr J, un rôle d'interface, et les patients la sollicitent :

« *Oui parce que s'ils sont en colère, c'est vers elle qu'ils vont crier.*

- *C'est vrai ?*

- *C'est vrai que souvent quand on est en retard, ils vont vers la secrétaire : mais tiens mais elle est là ? Ça va bientôt être à nous ? On est les prochains ? Ça permet de leur donner des indications. »*

Sa présence humanise les lieux, comme le dit le Dr E :

« *Et en même temps que ce soit pas impersonnel, qu'il y ait des bouts d'humanité, c'est important. »*

La secrétaire entretient une relation particulière avec les patients, peut-être plus équilibrée qu'avec le médecin ; ils n'hésitent pas à lui confier leurs tourments.

Dr D :

« *Y'en a qui font des conversations entre les patients et les secrétaires, qui papotent quoi. »*

Dr C :

« *Souvent y'a des patients qui passent un quart d'heure à tchatcher. Donc à la limite le pôle d'accueil fait quasiment partie de la salle d'attente. Ça c'est fondamental. »*

Elle crée du lien, tout simplement. L'embauche d'une secrétaire ne s'impose pas aux médecins, mais apporte une plus-value à la qualité de l'accueil.

Dr J :

« *Ça les rassure, je pense, d'avoir un interlocuteur à ce moment-là. Sur le temps d'attente. Quand on leur dit, bon, c'est vous le prochain. »*

Dr E :

« Elle s'en occupe, ce qui fait que les gens ne sont pas abandonnés. »

Dr L :

« C'est plus convivial, ils ont un visage souriant, et puis s'ils ont des questions, ou est-ce que le médecin est en retard parce qu'ils ne te voient pas sortir du cabinet, ils ont de l'information. »

Le lien humain fonctionne aussi avec le médecin, d'autant plus qu'il exerce seul, comme le décrit le Dr B, qui échange régulièrement avec sa secrétaire :

« La secrétaire a son bureau qui donne dans la salle d'attente. Donc elle a tout à fait une autre vue que moi. C'est à dire qu'elle entend les réflexions des gens, même s'ils ne veulent pas vraiment qu'elle entende. Donc c'est soit des reproches sur le retard, ça va pas, comment je vais faire, sur les soins... Mais ce qui est bizarre, c'est que ce qu'elle entend, moi quand ils entrent dans le cabinet c'est terminé. Ils ne font plus les mêmes reproches. »

La gestion de la confidentialité est un écueil que les médecins ont identifié. Cela concerne principalement les réponses téléphoniques de la secrétaire.

Dr C :

« Je trouve qu'il faut séparer un peu pour la confidentialité des coups de fil. Même si on n'entend pas forcément les noms des gens. »

Dr D :

« Ça gênait un peu les gens d'entendre le secrétariat fonctionner, les coups de téléphone, c'était un peu trop... trop proche. »

Le Dr K a trouvé une solution autre que la séparation géographique :

« Alors on a un peu de musique aussi, quand ça marche ! Donc, heu ça c'est surtout pour couvrir un peu les bruits du secrétariat, pour ne pas que les gens entendent trop au niveau secrétaires, ce qu'elles disent au téléphone... »

Le Dr C a posé tout de même une cloison. C'est une méthode à double sens :

« Et aussi pour que la secrétaire ne soit pas trop « polluée » par le bruit ambiant parce que des fois c'est un peu bruyant dans la salle d'attente. »

La secrétaire joue un rôle central pour l'accueil des patients, elle humanise la relation.

Le secrétariat est parfois intégré au « pôle attente ».

La confidentialité des appels téléphoniques gérés par la secrétaire doit être assurée.

- **Utilisation personnelle de la salle d'attente par les médecins**

La salle d'attente est, pour quelques médecins, un lieu qui sert en dehors des horaires de fonctionnement du cabinet.

Dr G :

« Ou alors quand on fait un pot éventuellement, elle est bien pratique pour ça aussi ! »

Dr I :

« Je l'ai déjà utilisée pour faire des réunions, ou l'accueil de personnes... Ça sert de local annexe. »

La salle d'attente : un lieu de vie pour les patients et pour les médecins.

B. La relation de soins

- **L'attention portée au malade se manifeste d'abord dans les lieux**

Dans le discours des médecins, la description des locaux amène naturellement à exposer comment ils sont tournés vers le patient. Ils facilitent l'accueil, et constituent une première étape pour entrer dans la relation de soins. La salle d'attente est l'occasion de mettre en confiance le consultant. Le Dr I résume :

« Et elle a été faite pour être surtout agréable, parce que c'est pas facile d'attendre son tour, surtout quand c'est de la médecine, et elle est aussi le reflet de l'attention que porte le médecin pour ses patients. »

Il s'agit, d'après le Dr D, de créer une ambiance rassurante :

« Faut dire que les gens aussi parfois sont dans une situation, ils viennent consulter le médecin, c'est parce que y'a un problème aussi. »

Cette ambiance est complétée par la présence humaine, à laquelle le Dr E veille :

« Ça aussi je voulais pas qu'il y ait des gens qui attendent dans la salle d'attente, tu sais pas depuis quand ils y sont... »

Plusieurs médecins évoquent l'ennui, qu'ils veulent éviter, en restant toujours dans la démarche de l'accueil. Leurs actions en ce sens passent par la décoration des murs.

Dr L :

« Un aspect un peu convivial pour que le patient ne voit pas trop passer le temps. »

Dr I :

« Faut que les gens puissent s'occuper un petit peu, ou poser et fixer leur regard. »

Dr M :

« Ben oui, parce que les gens qui sont là, ils s'ennuient, qu'ils aient quelque chose à voir quoi ! »

Le Dr F renouvelle également la presse dans le même but :

« On essaie de mettre des journaux qui sont d'actualité, pour qu'ils ne s'ennuient pas trop dans la salle d'attente. »

Dans le discours du Dr J, le champ lexical utilisé pour évoquer l'ennui en salle d'attente amène au mot « patient » :

« Des choses qui pouvaient être intéressantes pour les patients. Mais il fallait quelques revues pour les faire « patienter », attendre dans notre salle d'attente. »

Entrer dans la salle d'attente du médecin, c'est accepter d'entrer dans un jeu de rôles où l'on devient patient. Le médecin adopte lui aussi une attitude de circonstances. Cela commence en salle d'attente, où il s'efforce de respecter une certaine ponctualité, signe de respect pour les patients. Le Dr K s'étonne que ce prérequis ne soit pas unanimement reconnu :

« Y'a des médecins peut-être qui s'en fichent de voir les gens, y'en a qui prennent plaisir même à les voir s'agglutiner en salle d'attente, je pense. Je sais que dans le coin, y'a des gens qui ont rendez-vous à neuf heures, le médecin arrive à dix heures systématiquement, donc... déjà une heure de retard au départ, donc c'est qu'il doit aimer ça quelque part ! »

La salle d'attente peut être envisagée comme un décor, planté pour favoriser l'entrée dans la relation de soins.

- **Les patients sont en accord avec le fonctionnement du cabinet**

La relation de soins est à double sens, on parle de libre-choix pour le patient, et pour le médecin. Quand le consultant entre dans cette relation, et devient patient, il accepte les contraintes d'organisation définie par le soignant. Cette idée transparaît dans le discours du Dr D :

« Je pense que les gens ont été un petit peu habitués finalement à ce que ça fonctionne comme ça, et à la limite c'est pas plus mal. »

Cet accord est le plus souvent implicite. Ainsi pour le Dr G :

« Les gens sont habitués, donc je suppose que pour eux, il est normal d'attendre dans une salle d'attente et qu'elle soit comme ceci. »

La qualité globale de la relation de soins n'est pas altérée par les impératifs matériels, et cela même si le médecin décide de changer les habitudes. Le Dr J explique qu'un de ses confrères a imposé des consultations sur rendez-vous pour s'adapter au fonctionnement du cabinet de groupe :

« La plupart des gens qu'il voyait sans rendez-vous venaient, en gros, parce qu'ils passaient par là, et en gros pas pour des choses importantes et urgentes. Et du coup ça, il le voyait plus forcément. Ils vont attendre d'avoir un problème, pour prendre rendez-vous et raconter toutes leurs petites histoires en même temps. (...) Et ces patients-là viennent toujours, ils ne sont pas allés ailleurs parce qu'il n'y avait plus de sans rendez-vous. »

Le fonctionnement est facilement accepté quand il est expliqué, et proposé. Pour le Dr H, les modalités du libre-choix sont très claires :

« Alors bien sûr, y'en a toujours qui râlent que c'est trop long. (...) Ceux qui sont pas contents, ils se cassent, enfin je les vire. On a assez de boulot pour que les relations restent cordiales entre le médecin et le patient ; parce que les gens qui sont pressés pour ne rien foutre, j'en ai eu. Après, l'autre question c'est de savoir s'organiser, mais

les gens comprennent bien, il faut qu'ils acceptent le jeu. S'ils viennent sans rendez-vous, à ce moment-là ils savent qu'ils peuvent attendre, et inversement. »

Le Dr M ne se formalise pas si les patients n'adhèrent pas à son mode d'organisation :

« Je comprends que, quand ils arrivent et qu'ils voient que c'est quasiment plein, ils s'en aillent ! Alors ils s'en vont, ils reviennent ou pas, je m'en fiche, c'est pas ça le problème ! Mais je comprends, c'est normal ! »

Le Dr K remarque que les patients sont aussi en droit d'exiger que les règles soient respectées par le médecin :

« Alors qu'on sait que dans l'entourage, dans l'environnement d'ici, au niveau médical, les délais d'attente ça peut être deux heures, et les gens ne disent rien dans ces cabinets médicaux-là. Ici ils sont habitués à ne pas attendre, et le jour où on a cinq minutes de retard par rapport à d'habitude, c'est des réflexions... »

En résumé, le Dr A fournit une définition du libre-choix du praticien, et souligne la souplesse que ce système apporte :

« Je commence qu'à dix heures, ce qui élimine toute l'activité entre huit heures et dix heures, comme ça, ça me fait une petite clientèle stable renouvelée etc. A qui j'explique le fonctionnement. On a, je le dis toujours à mes stagiaires, on a la clientèle de ce qu'on a envie de faire ! Les gens et la clientèle de ce qu'on a envie de faire. C'est ce qui est bien dans notre métier, on se choisit ! Les gens viennent, ça marche ou pas, ils sont libres. Nous on les voit, ça marche ou pas, heu... on ne va pas les pousser dehors, mais c'est vrai. »

• Le contrat de soins

Les constats faits sur l'adhésion aux modalités pratiques de l'organisation des consultations s'appliquent également au contenu de l'acte médical proprement dit. Pour le Dr E, le contrat de soins passe par l'acceptation du travail en équipe :

« Nous on part du principe que c'est les médecins de la structure, et que les gens, l'important c'est qu'ils trouvent un médecin. Pas forcément leur médecin. Par contre ce qui est important c'est que le médecin en question soit au courant de leurs histoires. (...) Les patients sont très contents, parce qu'en fait, c'est eux qui le disent et moi je le répète à l'envie, c'est comme si vous aviez deux docteurs pour le prix d'un, y'a plus dans deux têtes que dans une ! »

Chez le Dr B, les patients connaissent les impératifs liés à la saison thermale et s'adaptent :

« Ils savent très bien que l'hiver on a plus de temps, et que les consultations... (rires) Ils en profitent et ils le savent. »

Le contrat de soins, chez le généraliste, est établi sur le long terme, ce que remarque le Dr F :

« Quoique le gain de temps est compensé par les discours avec les gens, les échanges qui durent des fois un peu trop longtemps à mon goût mais comme c'est des mauvaises habitudes que je leur ai données, je suis pas le seul je crois. Il faut faire avec maintenant ! »

Les contraintes s'imposent aux patients, indique le Dr M :

« Si la salle d'attente est vide, je m'en fous, moi, je passe deux heures avec un patient, ça me gêne pas. Mais si elle est pleine, on n'est pas là pour les petits bobos, je sais pas quoi ! »

Le Dr H précise que les règles sont les mêmes pour tous, et garantes de soins de qualité :

« Alors bien sûr, y'en a toujours qui râlent que c'est trop long. Alors on leur explique calmement que si c'est long, c'est qu'il y a eu du travail avant, et que si on veut leur consacrer un peu de temps, et ben c'est long aussi. »

Enfin, le Dr L rappelle que le médecin doit s'efforcer de respecter les engagements que l'on exige des patients :

« Après c'est surtout pour le patient qui est en face de toi, il vient pour que tu lui consacres son quart d'heure à lui, si t'es coupée toutes les trente secondes par un appel téléphonique, déjà la prise de rendez-vous, c'est... (...) et puis je trouve que ça, que si le patient a envie de te parler d'un problème de dysérection et que toutes les deux minutes le téléphone sonne, il va laisser quoi. »

Une fois le contrat de soins bien intégré de part et d'autre, les conditions sont réunies pour favoriser l'autonomie des patients, et leur participation active aux soins. Le Dr L constate un certain succès :

« Ces gens-là, ils viennent avec le papier de l'AVODECA^a. Et ils viennent faire le test. Y'a pas besoin de les relancer dix fois pour qu'ils viennent faire le test. »

L'adhésion aux soins est sous-tendue par le système du libre choix du patient pour son médecin, et inversement.

Chacun respecte les règles d'une sorte de jeu de rôles, de la salle d'attente au cabinet de consultation.

• Les cas graves et l'inquiétude des patients

Les médecins tiennent compte, dans la relation spécifique qu'ils entretiennent avec chacun des patients, de ceux dont la pathologie nécessite une implication psychologique adaptée. Ces précautions peuvent être envisagées dès la salle d'attente. Le Dr C parle par exemple de l'information médicale :

« Vous ne voulez pas que votre salle d'attente soit un lieu médicalisé ?

- Oui parce que je pense que déjà quand on vient avec un problème pathologique, on n'a pas forcément envie de voir les affiches sur la prévention du cancer ou sur les vaccinations. »

^a Association VOsgienne pour le DEpistage des Cancers

Pour le Dr D, il faut tenir compte de la promiscuité en salle d'attente :

« Faut dire que les gens aussi parfois sont dans une situation, ils viennent consulter le médecin, c'est parce que y'a un problème aussi. Ils n'ont pas forcément envie d'en parler, ni l'envie ni la possibilité physique à la limite. Quand ils sont pas bien ils n'ont pas envie de papoter. »

Il en est de même pour le Dr L, qui n'apprécie pas que les patients soient obligés de soutenir les regards lorsque les sièges sont installés en vis-à-vis :

« C'est pas toujours ce que tu recherches, t'aimes pas toujours le contact des autres, t'aimes pas forcément le monde. »

Le Dr I évoque la particularité de la dimension humaine de son exercice :

« C'est pas facile d'attendre son tour, surtout quand c'est de la médecine. »

L'attente a une dimension symbolique et psychologique dont il faut tenir compte en médecine, y compris dans l'agencement des locaux.

- **Les patients sont différents en salle d'attente et en consultation**

Il était question d'un jeu de rôles à propos de l'acceptation de la relation de soins. Cette notion se concrétise au moment de l'entrée en salle de consultation. Certains médecins, parmi lesquels le Dr B, observent des détails qui en témoignent :

« La secrétaire a son bureau qui donne dans la salle d'attente. (...) Mais ce qui est bizarre, c'est que ce qu'elle entend, moi quand ils entrent dans le cabinet c'est terminé. Ils ne font plus les mêmes reproches. »

Le Dr L ajoute :

« Heu, je trouve que du moment qu'ils pénètrent dans ton cabinet, les gens, ils modifient leur façon d'être. Quand ils rentrent ils sont naturels. »

Finalement, le temps passé en salle d'attente semble être tout à fait distinct de celui de la consultation. Le Dr J suggère :

« Quelquefois ils râlent sur la secrétaire, mais ils nous disent jamais rien à nous ! Parce que dans la salle d'attente, les gens, on les voit pas ! On les voit dans le cabinet, ils sont différents dans la salle d'attente. »

Et la réponse du Dr K le confirme :

« Ça change un peu l'ambiance de la consultation, quand les gens ont passé un moment agréable dans votre salle d'attente ?

- Non, je pense pas, j'en sais rien mais je ne pense pas. »

L'état d'esprit des patients, en salle d'attente, change quand la consultation débute.

- **Sémiologie, éléments médicaux en salle d'attente**

Les médecins interrogés estiment ne faire débiter la consultation médicale qu'une fois la porte du cabinet fermée. Seul le Dr L évoque la possibilité d'observer des éléments sémiologiques en salle d'attente, en émettant des réserves :

« Alors c'est pas du diagnostic de salle d'attente, mais ça va te donner des éléments que tu vas préciser après. »

Son attention porte alors principalement sur la marche et l'autonomie des patients :

« Pour les sujets âgés, tu les vois, tu les fais marcher, (...) mais ça permet de voir leur locomotion habituelle, s'ils ont des soucis pour se retourner ; pour ouvrir une porte, pour faire des trajets plus longs parce que forcément de la porte d'entrée du cabinet jusqu'à la sortie y'a plus de trajet. Donc ça te permet aussi d'avoir des renseignements sémiologiques que t'as pas obligatoirement si tu te contentes de les ramener jusqu'à la porte, et puis de fermer la porte une fois qu'ils sont sortis. »

En reprenant l'idée que les patients changent d'attitude devant le médecin, le Dr L explique :

« Quand ils rentrent ils sont naturels ; c'est-à-dire que si t'as un patient, tu l'entends déjà tousser dans la salle d'attente, ça va plus t'interpeler que quelqu'un qui arrive, qui est tout beau tout rose, puis dès qu'il est dans ton cabinet il te dit « oh ça va pas du tout docteur, j'étouffe etc. »

Rares sont les médecins qui déclarent utiliser leur salle d'attente à des fins médicales, ou alors pour des circonstances particulières.

Dr F :

« J'ai même quelques patients qui attendent que je leur reprenne leur tension, et qui ont leur brassard, et qui sont là... en « dépôt », et à qui je reprends la tension cinq minutes ou dix minutes après, parce que je l'avais trouvée un peu haute, donc j'attends que les choses se calment. »

Dr F :

« J'ai aussi quelques actes qui nécessitent une attente, je réfléchis, quelques anesthésies locales, je les mets en attente. »

Dr G :

« Je ne les renvoie pas là-bas, sauf au moment, quand on faisait des désensibilisations, ils repartaient là-bas pour la demi-heure suivante, mais sinon non. »

La salle d'attente n'est pas utilisée par les médecins dans un but médical.

Observer le comportement des patients dans cet espace pourrait cependant apporter des éléments sémiologiques complémentaires à ceux recherchés en consultation.

- **Les patients donnent leur avis**

Les patients sont des acteurs de la vie du cabinet, et n'hésitent pas à faire connaître aux médecins leur opinion sur l'aménagement des lieux par exemple, comme le rapporte le Dr D :

« Y'a eu des remarques parce qu'en bas la salle d'attente est ouverte sur le secrétariat. Ça gênait un peu les gens d'entendre le secrétariat fonctionner, les coups de téléphone, c'était un peu trop ... trop proche. Alors on en a tenu compte, puisqu'on a mis des petites séparations, au moins virtuelles, même si quelque part c'est plus psychologique que réel. Y'a une séparation. »

Leurs suggestions sont indispensables, car sur certains sujets comme l'insonorisation, ils sont les seuls à pouvoir en faire le constat. Le Dr J précise :

« En tous les cas les gens ne me le disent plus. Alors que par un moment ils disaient « on entend ce que vous dites » donc c'est quand même un peu embêtant. Donc maintenant, on entend moins, je suis pas sûre qu'ils comprennent. »

Parfois les demandes des patients concernent des besoins particuliers, dont le médecin ne peut pas toujours tenir compte.

Dr J :

« Certains patients d'ailleurs nous le reprochent, on me l'a déjà dit, que c'était dommage, qu'il n'y avait pas assez d'informations dans la salle d'attente.

- Parce que pour eux c'est quelque-chose d'important ?

- Pour certains, oui, c'est quelque-chose qu'ils attendent, une recherche d'information qu'ils n'arrivent pas à trouver ailleurs, et quand ils arrivent dans la salle d'attente, ils les regardent. Mais pour autant, on n'en mettra quand même pas ! Malgré tout... »

Les médecins réagissent différemment aux remarques du public. Certains, comme le Dr D, pensent qu'elles sont un outil pour améliorer la relation de soins :

« J'avais vu passer un papier là-dessus il y a quelques années, sur la ..., un collègue qui avait fait un travail là-dessus, auprès de ses patients : qu'est-ce qui va, qu'est-ce qui va pas. Et ça a été une des demandes des patients : « Docteur vous êtes toujours en retard. » Donc il avait modifié sa pratique. »

Le Dr J est très sensible aux commentaires des patients :

« Le fait que la salle d'attente soit fermée, c'est sombre. Ils se sentent oppressés. Mais c'était au début, maintenant ils le disent moins. Ils se sont habitués. Mais c'est vrai que l'autre salle d'attente était très très claire. C'est ça qui revient le plus souvent. »

Parfois les demandes sont difficiles à mettre en œuvre, comme en témoigne le Dr M :

« Mais sinon, y'en a qui disent que ça manque d'activité, de... pas d'activité, de loisirs, des choses comme ça. Alors j'avais envisagé de mettre une télévision, avec vous savez... mais bon, j'ai tellement peur qu'ils me pètent tout que... j'ose pas. »

Enfin le Dr H préfère ne pas tenir compte de l'avis des patients :

« Ils vous font des suggestions !

- Oui oui oui oui. Je me garderai bien de les écouter ! »

Le Dr G évoque les remarques humoristiques des consultants :

« Et puis on a bien sûr comme toute salle d'attente qui se respecte des vieilles revues qui datent de trois ans, donc c'est (rire)... et puis les patients nous en font la remarque ! »

Quand les patients prennent la parole, c'est aussi pour encourager les initiatives qui leur plaisent. Le Dr C a instauré un système de prêt de livres en salle d'attente :

« Ils sont très contents. On voit régulièrement quelqu'un qui prend un bouquin, qui part avec. »

Le Dr K précise cependant que les malades n'ont qu'une vision partielle du fonctionnement quotidien du cabinet :

« Réflexion encore hier, on n'était que deux médecins à consulter, donc on avait quand même du travail, mais on était très bien au niveau de l'heure, donc y'avais personne en salle d'attente, tous les quart d'heure on prenait, les gens ressortait, donc les autres étaient là deux minutes, la réflexion c'était « oh ça va, en ce moment, y'a pas beaucoup de monde ! » Ils ne voient pas, ils n'ont pas vu qu'il y avait du monde, parce qu'on était à l'heure et que ça tournait bien. »

Les patients sont actifs dans la relation de soins. Ils soulèvent des problèmes, proposent des améliorations.

Les médecins sont sensibles à leurs suggestions.

Ils décident seuls de la faisabilité des aménagements.

C. La personnalité ou la touche personnelle du médecin

- **La salle d'attente ressemble au médecin**

La salle d'attente est décrite par les médecins comme un lieu public. Ils montrent cependant une volonté de la personnaliser, d'y glisser des objets personnels, ou de l'investir plus. En regardant de plus près, on retrouve des éléments qui traduisent, par petites touches discrètes, la personnalité du médecin. Ce que confirme le Dr I :

« Et comme la salle d'attente est le reflet de la personnalité du médecin, ... »

Cela passe par exemple par la décoration, comme chez le Dr E :

« J'avais des petits cadres que j'avais trouvés, que j'avais achetés exprès pour ça, des petites images avec des maximes en patois. C'est rigolo parce que tout le monde s'amuse à les déchiffrer et personne n'y arrive. »

Ou chez le Dr D :

« Je me souviens le cabinet que j'avais repris tout au début, y'a plus de vingt ans de ça, y'avait un crucifix dans le cabinet. »

Le Dr M a souhaité lui aussi proposer une décoration personnelle, avant d'y renoncer :

« J'ai mis un mot le jour où on m'a piqué les deux cadres auxquels je tenais le plus. Ouais, c'est tout, c'était une histoire « de cœur », je veux dire, mais ça n'a rien à voir. »

Le Dr F s'amuse de constater que sa salle d'attente lui ressemble :

« Alors ma salle d'attente, je pense qu'elle est le reflet d'une installation ancienne (rires), que le décor commence à flétrir, comme moi. »

La salle d'attente témoigne aussi des choix du médecin, de ses centres d'intérêt, dans le cadre professionnel ou personnel. Le Dr I parle ainsi de son aquarium dont il s'occupe personnellement :

« Il y a une animation par un aquarium, qui a quand même comme désagrément de nécessiter un entretien particulier. C'est pas toujours un désagrément mais il faut quand même l'entretenir... »

Le Dr K apporte ses lectures :

« On met régulièrement des revues, à jour, en fonction des affinités de chacun et des hobbies de chacun : que ce soit des revues de vélo, soit des revues d'informatique... »

Pour le Dr A, l'affichage est un outil à exploiter :

« Et pour vous c'est quoi le but, de trier un peu comme ça ?

- De reproduire ce que moi aussi, j'aime ! C'est pour mettre aussi un message, des articles qui peuvent être un message. »

Les messages en question peuvent être l'expression d'engagements politiques ou syndicaux que le Dr A estime important de montrer à ses patients :

« Défendons la Sécurité Sociale Solidaire », l'affiche n'était pas... je l'enlèverai jamais ! L'affiche est en train de pâlir, elle est peut-être pas très explicite, mais elle a vraiment sa place dans ma salle d'attente, parce que c'est ma pensée à moi, toutes ces attaques sont insupportables. Personne ne m'en parle, mais moi, ça me représente. »

Ils peuvent témoigner de l'orientation de leur activité professionnelle vers différents domaines de compétence.

Dr A :

« Vivre avec une personne psychologiquement malade », c'est important pour moi, parce que ici à V., je suis médecin-relais d'une association qui a organisé depuis deux ans des sorties de malades psychiques dans un petit immeuble. »

Le Dr E affiche ses ambitions pédagogiques à la fois pour informer ses patients et les impliquer dans sa démarche :

« Depuis quelques temps, comme j'ai décidé de devenir maître de stage, que je m'en sentais capable, j'ai trouvé que c'était intéressant pour réfléchir sur l'image que les patients pouvaient avoir de cette situation un peu particulière. »

Le Dr L parle de l'éducation à la santé, sujet qui lui tient à cœur :

« Pourtant, je vois bien que y'a des patients pour qui ça marche pas, hein ! Mais je le fais pas que pour mes patients, je le fais aussi pour moi. Parce que moi j'ai passé dix ans à la fac, à apprendre comment il fallait faire, et j'estime que si nous on baisse les bras, on peut pas demander à nos patients de faire des choses que nous on ne fait déjà pas nous-mêmes. »

Parfois ce sont les éléments manquants qui témoignent de la personnalité du médecin, comme chez le Dr K :

« D'ailleurs on n'a même pas nos plaques ici, on ne veut pas se valoriser en mettant « Docteur machin, ancien interne, ancien externe, DIU^a de ça », donc on n'a pas de plaques. »

L'accueil des patients participe à la satisfaction que les médecins ressentent dans leur travail. Ils pensent également à aménager pour eux-mêmes les lieux de vie.

Dr B :

« C'est vrai que quand on s'installe, on a envie d'avoir une salle d'attente superbe. Donc, c'est vrai que ça fait plaisir de travailler dans des beaux locaux. Donc on met des choses à notre goût. (...) C'est pour ça que je vais la refaire d'ailleurs. Mais c'est aussi pour moi, hein. Ça me permet de travailler dans un local plus beau. (...) Oui ça me fait plaisir à moi. Je pense que ça leur fera plaisir aussi, mais je me fais plaisir à moi. Je le reconnais. »

^a Diplôme InterUniversitaire

Les goûts des médecins influencent leurs choix.

Dr H :

« *Parce que j'aime bien la musique classique. »*

Dr E :

« *Au départ on avait des chaises comme ça, parce-que je les trouvais jolies. Voilà c'est des vieilles chaises d'école, donc y'avait certainement un petit côté nostalgique de ma part. »*

Le Dr C prend plaisir à voir les patients investir les lieux imaginés pour eux :

« *Y'a plein de gosses qui, dès qu'ils arrivent vont voir la secrétaire, pour aller chercher des cahiers de coloriage et des crayons de couleur (...). Et très souvent ils arrivent après, voir le docteur, et tiens je t'ai fait un dessin. Ça c'est sympa aussi. »*

L'aménagement de la salle d'attente reflète la personnalité du médecin.

Chacun y place des objets personnels, ou qui représentent ses opinions, ses engagements professionnels.

Le plaisir que prend le médecin à aménager les lieux reflète la satisfaction qu'il trouve dans son métier.

- **La salle d'attente ressemble à la patientèle**

Dans une moindre mesure, le profil des patients influence la manière d'aménager les locaux. Implicitement, les installations sont prévues pour laisser le passage aux fauteuils roulants ou aux poussettes. Pour le Dr J, qui a une activité orientée vers la pédiatrie, il était évident de prévoir un coin jeux :

« *C'était un moyen de montrer aux parents que ça nous, c'était pas une demande de notre part, mais qu'on avait envie de suivre les enfants. Et qu'ils le comprennent bien, dès la salle d'attente, que les enfants viennent avec plaisir dans notre salle d'attente. »*

La salle d'attente est appelée à évoluer au cours de la carrière du médecin, afin de s'adapter aux patients. Le Dr L explique que ses patients ont globalement le même âge que lui :

« Mais alors le souci c'est que j'ai pas tout à fait la même patientèle que les autres, moi j'ai quand même beaucoup de jeunes, au sein de ma patientèle, y'a 80% de ma patientèle qui doit avoir moins de cinquante ans. En tout et pour tout, des sujets âgés j'en ai quatre, qui viennent de façon chronique. Donc forcément, ils ne sont pas touchés par la même chose. »

Il faut aussi tenir compte de l'environnement familial des patients, et de leurs besoins spécifiques en fonction de leur lieu de résidence, précise le Dr L :

« Voilà, tout dépend aussi de ta façon d'exercer, je pense que si t'exerces au fin fond de la campagne, heu tu ne peux pas compter sur les média, les centres comme l'AVODECA^a, la maison du diabète etc. pour passer des infos. Tout passera par toi, donc peut-être que ta salle d'attente sera aussi plus à l'image de là où t'exerces, quoi. »

La salle d'attente est adaptée à l'âge et aux besoins de la population prise en charge au cabinet médical.

• Les enjeux de l'exercice en groupe

Les médecins qui travaillent en association ont dû trouver des compromis afin de s'adapter à la sensibilité de chaque médecin. Le Dr C a renoncé à une partie de son projet pour la salle d'attente :

« J'avais plutôt envie, et si j'avais été tout seul ça aurait été un petit peu moins, dans ce sens là, j'avais envie d'un lieu détente, d'un lieu où on essaie de décompresser et de penser à autre chose qu'à sa santé. »

Ceux qui ont connu un exercice isolé avant d'opter pour un regroupement évaluent mieux les concessions à faire, comme en témoigne le Dr D :

^a Association VOsgienne pour le DEpistage des Cancers

« La question, c'est que j'ai des idées antérieures, d'aménagements différents, qui étaient dans mon ancien cabinet, on est maintenant en groupe donc c'est un peu différent aussi. (...) Quand on était chacun dans notre cabinet, on pouvait éventuellement mettre des choses qui ne soient justement pas tout à fait neutres. Et voilà, donc je crois que maintenant il faut être encore plus vigilant là-dessus. »

Les remarques du Dr G font ressortir les avantages qu'apporterait une communication de qualité entre collègues :

« A part ça, je ... c'est vrai que c'est une bonne question parce qu'en fait, on n'a jamais trop réfléchi à, au problème ; (...) c'est vrai qu'on n'en a pas tellement discuté, quand on a fait les plans. On a plus discuté de nos bureaux, du secrétariat et de la fonctionnalité de la répartition des bureaux, standard, secrétariat et autre, et archivage, que de notre salle d'attente. »

Les choix sont parfois faciles, si les opinions convergent.

Dr K :

« Je pense c'est tout le monde, on a tous la même optique, donc c'est pour ça que ça marche très bien. »

Dans certaines situations, il faut tenir compte des envies personnelles de chaque médecin, de leur idéal d'installation, qui peuvent varier même lorsque l'entente générale fonctionne bien.

Dr J :

« Quand on l'a installée on s'est concertés, aussi on est quatre, donc il fallait quelque chose qui nous convienne à tous les quatre. »

Dr L :

« Je dois mettre aussi ce que veulent mes trois autres collègues, c'est tout. »

Dr K :

« Vous avez choisi ça avec vos associés ?

- Avec mes associés, oh c'est les femmes qui choisissent ! Nous les hommes, on est... »

Le Dr L, enfin, aborde la question de la participation financière inhérente à l'exercice de groupe :

« On en a eu pour 20 000 euro de travaux sur la SCI^a. A cause moi, hein, pour mon installation, donc on a fait déjà des concessions... je me voyais mal, en plus, dire que ça ne me convenait pas ! »

Travailler à plusieurs implique nécessairement des concessions.

Une communication adaptée permet de mener des projets plus ambitieux.

L'aspect financier ne doit pas être négligé, car il influence les relations de travail.

- **Les initiatives personnelles**

Au cours des entretiens, les médecins s'efforcent de montrer les expériences qu'ils ont menées dans leur salle d'attente, ou de décrire leurs initiatives.

Chez le Dr A, l'originalité repose sur la mise à disposition d'informations culturelles, destinées aux patients, et régulièrement renouvelées :

« Je prends les affiches du cinéma L., c'est toujours à jour ! (...)

- Il y a une orientation culturelle alors ?

- Culturelle, oui, et là les patients sont habitués, ... C'est une invitation à un film. Donc je mets les petites affiches pour tout ce qui est théâtre etc. »

Ces informations sont complétées par la présence de documents d'actualité, qui peuvent intéresser les patients mais n'ont pas forcément de lien direct avec leur santé :

^a Société Civile Immobilière

« Ça, j'en mettais deux dans ma salle d'attente, et ça partait. Et c'est Ni putes Ni soumises qui avait fait un petit livret à un euro, sur le respect [43]. Vous connaissez ? C'était un achat, en frais professionnels, pour la salle d'attente. (...) Alors j'allais les commander parce que ça se vendait plus ! (...) Je les prenais par trente. »

Le Dr C a instauré un système de bibliothèque, dont il explique le fonctionnement :

« On a un truc qui est original, par contre, c'est qu'on a une bibliothèque, que les gens peuvent, en fonction de ce qu'on nous donne, les gens peuvent venir chercher, prendre un bouquin. Ils peuvent commencer à lire un bouquin dans la salle d'attente, et le ramener chez eux. (...) Et donc c'est une sorte de banque, ils peuvent repartir chez eux avec un bouquin, le garder, ils peuvent en ramener d'autres, donc ça fait échange, et ça fonctionne vachement bien. (...) Alors ça va du polar au bouquin un peu roman de gare, ou des romans un peu plus importants. »

Dans le même cabinet, il existe également une proposition de coloriages pour les plus jeunes.

Dr C :

« Alors pour enfants on a des bandes dessinées, et on met à disposition des cahiers de coloriage. Ça a un succès terrible. »

Plusieurs médecins ont installé des haut-parleurs, qui diffusent des programmes radiophoniques. Tous précisent qu'ils cotisent auprès de la SACEM^a.

Dr C :

« On a la radio, on paye la SACEM. »

Dr G :

« On a un système de musique où on passe des radios etc. On paye notre abonnement à la SACEM, je vous rassure ! Y'a des haut-parleurs, effectivement, qui sont encastrés dans le plafond et qui diffusent la musique. »

^a Société des Auteurs, Compositeurs et Editeurs de Musique

Les motivations des médecins sont parfois personnelles, comme l'indique le Dr H :

« *Qu'est-ce qui passe à la radio ?*

- *Radio Classique.*

- *Et comment vous avez fait ce choix ?*

- *Parce que j'aime bien la musique classique, et puis c'est ce qu'il y a de plus fédérateur. »*

Le plus souvent, la musique sert à améliorer l'isolation phonique, ou à masquer les bruits parasites. Le Dr K confirme :

« *Alors on a un peu de musique aussi, quand ça marche ! Donc, heu ça c'est surtout pour couvrir un peu les bruits du secrétariat. »*

Un des inconvénients de la radio, c'est de ne pas pouvoir contrôler le contenu des programmes. Le Dr K plaisante :

« *C'est programmé comme ça depuis quinze ans, on n'a pas... on laisse sur une ligne radio, qu'on laisse et puis... on n'a pas le choix, ici, on est en campagne, on a UNE radio ! »*

Certains, comme le Dr G, envisagent de pouvoir mieux exploiter cet outil :

« *Alors on avait réfléchi à un moment donné, y'avait un organisme qui nous avait contactés pour installer un moniteur, et pour faire passer des messages ou des informations sans, ça serait peut-être quelque-chose d'intéressant d'installer un moniteur qui diffuserait des informations médicales, des conseils etc. »*

Le Dr C mesure les limites de l'installation de ce dispositif audio :

« *La radio, au fond je ne suis pas sûr que ce soit une bonne affaire, parce qu'on l'écoute pas, puis ça fait du bruit on peut pas se concentrer. »*

Le Dr I confirme qu'il faut bien réfléchir aux objectifs à atteindre dans une telle initiative :

« En tout cas c'est prévu pour être réalisé, il y a des fils et des gaines qui sont tirées pour aller poser des haut-parleurs, mais voilà je ne suis pas allé jusqu'au bout. Ce sera pour plus tard. »

Dans la même optique, quelques médecins envisagent de proposer des programmes audiovisuels dans leur salle d'attente. Tous en sont au stade de projet. C'est le Dr E qui a le plus avancé sa réflexion :

« Tu as remarqué qu'on avait une télévision dans la salle d'attente ? Pas pour les programmes navrants de TF1 mais plutôt des informations que nous produisons nous-mêmes ! On a un portable qu'on essaie de brancher tant bien que mal dans le placard derrière. Encore un peu du bidouillage, nous sommes des pionniers, tu le sais ! Donc on va faire un ou deux Powerpoint qu'on fera tourner en boucle dans la salle d'attente. »

Il envisage de ne diffuser que des documents autoproduits, d'ordre médical, ou plus artistiques :

« Ben tu vois je collectionne pas mal les dessins d'enfants. Ils m'en font plein, je sais plus où les mettre. Et j'ai du mal à les jeter, j'y arrive pas. (...) Ce que je voulais faire, c'est qu'on scanne les dessins de gamins, et on peut les passer en boucle dans la salle d'attente, sur la télé. Ou alors les cartes postales, on peut mettre un petit mot avec la photo de la carte postale scannée, l'image bien sûr parce que tous les secrets qu'il y a derrière et qu'ils nous disent, je le garde, mais voilà, ça peut être sympa aussi comme support... »

Le Dr M a été contacté par des firmes qui proposent des solutions clé en main. Il émet un avis réservé :

« Alors j'avais envisagé de mettre une télévision, avec vous savez... (...) Ben y'a des gens qui louent ça, une télévision avec des DVD, mais apparemment bloqués, qu'on ne peut pas changer comme on veut, des ... on met trois ou quatre DVD dessus. (...) J'ai même appris qu'on pouvait mettre de la pub pour les médicaments, on peut mettre tout ce qu'on veut, paraît-il ! Mais bon... »

L'idée originale du Dr D réside dans l'élaboration d'un classeur pour diffuser des informations en favorisant une démarche active des patients.

« J'avais mis un espèce de press-book, où y'avait plein d'informations sur différentes choses. (...) J'ai même dû faire des agrafages, pour éviter qu'on ne me les fauche. J'avais mis un papier au début, si vous voulez l'information, vous me le dites, je vous en fais une copie. Ne l'emmenez pas, y'en a d'autres derrière qui en ont besoin. Voilà. »

Le Dr I a pris l'initiative d'installer un aquarium. Il témoigne de son idée originale pour favoriser l'évasion des patients en attente, et des contraintes à prévoir :

« Faut que les gens puissent s'occuper un petit peu, ou poser et fixer leur regard, donc il y a une animation par un aquarium, qui a quand même comme désagrément de nécessiter un entretien particulier. C'est pas toujours un désagrément mais il faut quand même l'entretenir, parce que si l'aquarium n'est pas entretenu ça fait un peu désordre. »

Enfin, la dernière expérience recensée est celle du Dr E, qui consiste à utiliser la salle d'attente comme un outil de recrutement pour des sondages, ou des études statistiques. Il décrit son premier essai, qui a fait l'objet d'un mémoire universitaire [44] :

« Donc la démarche est la suivante, elle est en cours, (...) on a pondu un joli questionnaire que voilà, que je remets par l'intermédiaire de la secrétaire systématiquement à tous les patients, habitués ou pas, qui passent dans la salle d'attente. Et parmi les questions vicieuses qu'il y a dans ce questionnaire, il y en a une comme par exemple « Cela vous intéresse-t-il de savoir à quel niveau d'études se trouve l'étudiant de votre médecin ? » A l'issue de ce questionnaire, je fais un recueil pendant quinze jours, j'en ai déjà pas mal... On va refaire une petite enquête alors que le Powerpoint et les supports sont en place, pour voir si les patients modifient, ou pas, leur attitude ou leur intérêt pour la maîtrise de stage, ou la présence de la stagiaire etc. »

Toutes ces initiatives ont tout de même des limites, que le Dr I résume ainsi :

« Alors après qu'est-ce qu'on pourrait mettre de plus ? Ben on pourrait mettre un divan, la télévision, faire écouter de la musique. Après ça pose des problèmes légaux, de législation : qu'est-ce qu'on peut faire entendre, qu'est-ce qu'on peut faire voir ? »

Les médecins tentent dans leur salle d'attente de nombreuses expériences ou initiatives.

Elles concernent la médecine, ou l'agrément pour favoriser la détente.

Peu envisagent d'utiliser les outils audiovisuels.

Deux idées phares ressortent en matière d'éducation à la santé : l'utilisation de diaporamas, et la mise à disposition d'un classeur à consulter sur place.

D. L'état d'esprit du médecin

- **Investissement de la salle d'attente**

Parmi les médecins rencontrés, certains affirment ne jamais se rendre dans leur salle d'attente. C'est le cas du Dr K :

« Ben on va jamais en salle d'attente, on est toujours à l'extérieur de la salle d'attente, nous ! (...) Ben à chaque patient, si, mais on est en dehors de la salle d'attente. »

Pour le Dr H la salle d'attente est seulement un lieu fonctionnel :

« Un lieu de passage. Moi je suis toujours dans mon bureau ou à côté, et j'ouvre la porte pour dire « au suivant », ou pour faire partir celui qui est là et ramener celui d'après. Mais non, non, j'y passe pas. Jamais. Moi j'ai MON bureau. »

D'autres médecins entrent parfois dans cet espace, qui est cependant dédié aux patients.

Ainsi le Dr F répond :

« Vous y mettez les pieds parfois ?

- Ah oui, de temps en temps. »

A l'inverse, le Dr I assure veiller régulièrement sur cette pièce, dans un but d'hygiène et d'attention aux patients :

« Je vais souvent dans la salle d'attente. Au moins les premières minutes, le matin, je fais un tour de la propreté de la salle d'attente, voir si y'a rien qui traine, et puis... faut surveiller les poissons, regarder ce qui se passe. »

Au maximum de l'investissement, le Dr E équipe et utilise sa salle d'attente comme un outil au service des consultants :

« On voulait qu'elle soit conviviale, confortable. On a bien conscience que c'est également un lieu privilégié pour de l'information, de l'éducation de notre patientèle. Donc quand on peut glisser des informations autres que celles qui sont obligatoires, héhé, on le fait. »

Les médecins considèrent leur salle d'attente au minimum comme un lieu fonctionnel incontournable, au maximum comme un espace à exploiter pour promouvoir la santé et la qualité des soins.

- **Ressenti du médecin sur son métier**

Quand les médecins abordent le sujet de la durée d'attente pour leurs patients, ils mettent en parallèle leur charge de travail, et la pression qui pèse parfois sur leur journée. Le Dr H adapte son rythme au nombre de consultants à recevoir :

« Je n'aime pas que la salle d'attente soit pleine. Donc plus il y a de monde dans la salle d'attente, plus je ... je travaille pour que ça parte au plus vite. »

Le Dr B parle de stress :

« Quand vous ouvrez la porte et que vous voyez des yeux qui vous fusillent, ça vous stresse encore plus ! (...) Ça me stresse, et des fois, je vais plus vite parce que je ne veux pas ce retard. Mais ça c'est parce que l'été on est vraiment surbookés. »

Et il n'est pas le seul. Le stress au travail est d'autant plus mal vécu que les médecins ont la sensation d'avoir des horaires étendus sur la journée. Le Dr F constate :

« C'est important pour vous le gain de temps ?
- [sur le ton de la confiance] Oooh oui ! Beaucoup ! (rires) »

Le Dr H exprime une volonté de maîtriser son volume d'activité et ses horaires :

« On n'est plus de la génération des anciens, qui sont rentrés en médecine comme on rentrait en religion. (...) C'est un métier, on donne suffisamment, j'estime qu'on donne suffisamment. »

De l'avis général, pour ceux qui en ont fait l'expérience, le mode d'organisation sur rendez-vous contribue largement à abaisser la pression, et à améliorer la satisfaction des médecins dans leur travail.

Dr F :

« Quand je consultais sans rendez-vous c'était vraiment pénible, de sentir les gens attendre, s'impatienter, piétiner, et puis s'énerver un peu à attendre. »

Le Dr K fait un constat identique, sans équivoque :

« Parce que moi, quand j'ai remplacé, c'était pas sur rendez-vous, et les gens qui s'agglutinaient en salle d'attente, et là c'est beaucoup plus stressant. Le fait d'être sur rendez-vous, le stress est diminué de plus de moitié. Ah ouais c'est vraiment important ! »

Le Dr C préfère, dans sa semaine, les journées où il travaille sur rendez-vous :

« C'est moins anxiogène pour moi d'avoir des gens sur rendez-vous. C'est clair. Tous les quarts d'heure j'ai quelqu'un qui vient, et j'ai pas trop de pression. Mais en consultation libre avec une salle d'attente qui déborde, y'a douze ou treize personnes qui sont là, on a envie d'éviter ça... On voit sur l'ordinateur la secrétaire qui remplit, qui remplit. C'est assez anxiogène. »

Le Dr E rapporte une expérience similaire, et ne regrette pas d'avoir modifié les habitudes de ses patients :

« Donc les patients débarquaient aux heures d'ouverture du cabinet, t'en avais une file quand toi tu arrivais, et puis ils se bouscuaient à celui qui rentrera le premier, elle était toujours bondée, et ça me stressait, et je pense que ça stressait aussi les patients. (...) Finalement les gens qui venaient en consultation étaient bien contents, parce qu'il n'y avait pas la salle d'attente bondée, parce que moi j'étais beaucoup plus serein parce que je savais à qui j'allais avoir à faire, pour préparer un petit peu. Bref c'était mieux pour tout le monde. »

Le Dr M a trouvé un rythme sans rendez-vous qui lui semble un compromis acceptable, même s'il reconnaît faire attendre longtemps ses patients :

« Plus ils passent de temps, plus ça m'énerve, je me mets à leur place ! »

Mais les difficultés de ses collègues le dissuadent de changer son organisation :

« J'ai des copains qui travaillent sur rendez-vous, et le problème c'est que rendez-vous rendez-vous rendez-vous, j'ai un copain qui s'est mis comme ça sur rendez-vous parce qu'il en avait marre que les gens attendent dans la salle d'attente. Maintenant il commence à 6H30 le matin, et le soir, il rentre à j'sais pas quelle heure ! Il s'en sort pas, encore en plus s'il a une urgence entre temps, c'est fini, c'est la catastrophe, alors j'ai pas envie de ça, ça m'intéresse pas ! »

Le mode d'organisation sur rendez-vous ne résout pas le problème de la charge globale de travail dans les régions où les médecins sont moins nombreux. Le métier de généraliste implique d'autres sources de stress : difficultés à se faire remplacer et isolement relatif sont évoqués à demi-mot dans cette enquête. Certains problèmes peuvent être minimisés par de nouveaux modes d'exercice, comme le travail à temps partiel. Le Dr E a adopté cette solution :

« On a innové un nouveau fonctionnement. Nous sommes des médecins de campagne qui travaillons à mi-temps ! Mais on coupe la semaine le jeudi, ce qui nous permet de pas avoir le stress de nous dire attention, voilà la grosse semaine qui arrive, c'est moi qui bosse, qu'est-ce que je vais trouver et tout. On se fait des transmissions hebdomadaires, écrites et orales. »

Bien travailler, pour le Dr L, c'est aussi déléguer la gestion des appels téléphoniques à son secrétariat :

« Si t'es coupée toutes les 30 secondes par un appel téléphonique, déjà la prise de rendez-vous, c'est...
- C'est désagréable ?
- Ouais, c'est désagréable pour toi, parce que ça te coupe dans ta réflexion intellectuelle. »

Enfin, une tendance se dégage : le contact humain avec les patients est la clé pour que le médecin se sente satisfait de sa journée, et épanoui dans son travail. Le Dr D a appris à accepter les inconvénients s'il a un peu de retard :

« Au début ça m'a beaucoup beaucoup perturbé. Maintenant moins. On prend le temps qu'il faut et puis c'est tout. Après on se dit j'ai pas fait bien mon boulot, je suis pas à l'aise, j'aime pas ça. »

Le Dr L témoigne d'une expérience de remplacement où ce lien humain manquait :

« J'ai vu un médecin qui avait une salle d'attente au milieu de deux cabinets, qui faisait le ping-pong entre les deux cabinets, et c'était sa secrétaire qui installait les patients,

les faisait se déshabiller, et puis il arrivait, le patient était déshabillé, il faisait son examen, il faisait l'ordonnance, il passait même pas la carte vitale, c'était la secrétaire qui revenait, qui passait la carte vitale du patient. Donc ça j'ai dit je veux pas. »

Le Dr H exprime lui aussi la satisfaction qu'il ressent dans une relation de soins valorisante :

« Parce que le dernier de la journée, c'est celui qui vous donne l'impression que la journée a été bonne ou pas bonne. Donc si vous voyez, en général un jeune sympathique, ou même un vieux sympathique en dernier ça va. Si vous restez sur un vieux schnok qui vous a vraiment pris la tête, ouais... faut vraiment faire un autre truc avant de passer à autre chose... »

Le sujet de la salle d'attente amène à évoquer le problème de la charge de travail des médecins, qui semblent parfois proches de l'épuisement professionnel.

Il est possible d'alléger le stress par une organisation plus rationnelle du temps, par exemple en proposant des rendez-vous.

La gestion de l'agenda doit alors être déléguée, pour ne pas empiéter sur le temps médical.

Le bien-être au travail, pour les médecins, passe cependant d'abord par la qualité de leurs contacts avec les patients.

• Le médecin face à l'attente

A cinq reprises dans cette enquête, des médecins ont évoqué leur propre expérience de l'attente. Certains sur un mode plutôt général. Le Dr C parle de son empathie :

« Alors moi dans mon tempérament, je suis quelqu'un qui n'aime pas attendre, j'aurais envie de dire que plus tôt les gens peuvent passer, mieux ça sera. »

Le Dr G évoque la perte de temps :

« Oui parce que moi-même, j'aime pas non plus perdre mon temps à poireauter une demi-heure ou une heure quelque part, donc j' imagine que les gens ont mieux à faire que poireauter dans une salle d'attente. »

Le Dr J se rappelle son vécu chez son propre médecin traitant :

« *Le mien il avait des sièges complètement défoncés. Depuis toute petite jusqu'à l'âge de quinze ans je me suis assise sur les mêmes sièges complètement défoncés !* »

Le vécu médical du médecin pour lui-même joue un rôle, d'après le discours du Dr M :

« *Bon j'ai la chance ou la malchance, d'être suivi au niveau médical si on peut dire, c'est pas grand-chose, et quand je vais en salle d'attente, alors j'y vais jamais parce que c'est sur rendez-vous, et c'est vrai que ça me gonfle !* »

Pour le Dr A, il s'agissait d'attendre dans un lieu public non médical, mais porteur d'une certaine symbolique. Il lui a d'ailleurs été difficile de passer le pas :

« *Donc avec les conseils de mon collègue, j'ai été à la police et j'ai été reçue après un temps dans la salle d'attente de la police. Toutes les affiches de la police étaient les mêmes que celles de ma salle d'attente ! J'ai trouvé ça étonnant ! J'ai trouvé ça sympa...* »

Dans leur vie personnelle, les médecins n'aiment pas attendre.

- **Les missions que le généraliste s'approprie**

Le questionnement sur la salle d'attente engage une réflexion sur le temps, que les médecins orientent vers le temps consacré à leurs malades. Ils se donnent la mission d'être suffisamment disponibles pour eux. Le Dr F constate :

« *On s'engage des fois dans des discussions qui n'ont ni queue ni tête, sans rapport avec le motif de la consultation, mais qui font partie de l'écoute du généraliste.* »

Le Dr B estime que ce dialogue n'est pas indispensable pour les soins immédiats, mais participe à la qualité de la relation sur le long terme :

« Moi j'essaie de toujours être pour eux à 100%, c'est pas facile, plus les coups de fils, plus ceci, plus cela. Mais là je pense qu'on a une écoute différente, oui. (...) Surbookés, là on peut pas se permettre de passer une heure à discuter d'autre chose, quoi. On est hors consultation. L'hiver si, et ils le savent, donc on reste plus longtemps au cabinet. »

Pour le Dr M, les motifs de consultation chez le généraliste dépassent parfois le cadre strict de la médecine :

« Mais non, si ils sont venus, c'est pour quelque chose, c'est quand même normal qu'on les écoute ! Ou qu'on les fasse parler, s'ils ne veulent pas parler, c'est quand même pas pareil, quoi. »

Le Dr H pense que le médecin doit aussi se ménager pour assumer efficacement ses différentes missions :

« On n'est plus de la génération des anciens, qui sont rentrés en médecine comme on rentrait en religion. (...) C'est des trucs importants pour se préserver finalement. »

Enfin le Dr C insiste sur son rôle de soignant de premier recours, qui peut s'exprimer aussi dans l'organisation des locaux. Le cabinet joue comme un rôle de décor à la scène de la consultation. Il évoque ainsi la symbolique de son aménagement :

« Par exemple ce bureau-là il ne me plaît pas, parce qu'il fait frontière, et j'aurais peut-être construit un cabinet comme un petit salon, où j'aurais eu moi un clavier ou quelque-chose, mais y'aurait pas eu de frontière entre le patient et le médecin. Y'a la blouse blanche, ça c'est ... Mais moi dans mon concept, c'est plus souple. Mais médicaliser trop... »

Le Dr E synthétise cette idée fondamentale, pour lui, d'une médecine de proximité, qui colle au quotidien des personnes prises en charge :

« Ouais qu'ils retrouvent un petit peu d'eux, et en même temps que ce soit pas impersonnel, qu'il y ait des bouts d'humanité, c'est important. Tu vas pas chez le

docteur en blouse blanche aseptisée, tu vas chez le docteur proche des gens, finalement, tu les comprends, tu parles le même langage qu'eux, c'est rassurant. »

Le rôle du généraliste s'inscrit dans le temps : temps consacré à chaque patient, maintien d'une relation de soins sur le long terme.

Les locaux du généraliste ressemblent aux lieux de vie des patients.

Les médecins affirment leur volonté d'être proches des gens, faciles d'accès.

E. Conclusion : la notion de « sas de décompression »

En résumé des enjeux évoqués sur la salle d'attente par les médecins, apparaît une notion centrale : ce n'est pas la consultation médicale qui commence en salle d'attente, mais la relation de soins. Ils proposent donc d'opter pour un aménagement du lieu qui aide d'abord à changer de rythme, et qui contiendrait quelques repères familiers.

Dr C :

« J'avais envie d'un lieu détente, d'un lieu où on essaie de décompresser et de penser à autre chose qu'à sa santé. »

Les idées de repos et de tranquillité reviennent à plusieurs reprises.

Dr I :

« Faut éviter toutes les couleurs agressives, faut que ce soit quand même coloré, moi j'ai choisi du pastel, c'est reposant. »

Dr D :

« Alors c'est surtout pensé comme un endroit où les gens puissent s'asseoir et être tranquilles pour attendre leur consultation. »

Dr C :

« La radio, au fond je ne suis pas sûr que ce soit une bonne affaire, parce qu'on l'écoute pas, puis ça fait du bruit on peut pas se concentrer. »

Les patients savent qu'ils sont chez le médecin, la salle d'attente en est le repère, aussi le Dr J estime qu'il n'est pas nécessaire d'être agressif d'emblée avec les messages de promotion de la santé :

« On a décidé (...) de faire la salle d'attente qu'on a c'est-à-dire relativement neutre sur le plan médical. »

L'information doit tout de même être présente, elle fait partie des rôles de la médecine générale, et le Dr D a trouvé un compromis satisfaisant :

« Moi j'avais pris le parti (...) de mettre à disposition des gens de l'information, mais pas forcément visible... »

Plusieurs médecins plaident pour l'humanisation des lieux, la chaleur de l'accueil, afin de favoriser l'adhésion des patients aux soins. Le Dr E évoque l'idée d'utiliser les dessins des enfants et complète :

« Ouais qu'ils retrouvent un petit peu d'eux, et en même temps que ce soit pas impersonnel, qu'il y ait des bouts d'humanité, c'est important. Tu vas pas chez le docteur en blouse blanche aseptisée, tu vas chez le docteur proche des gens, finalement, tu les comprends, tu parles le même langage qu'eux, c'est rassurant. »

Bien sûr, ces idées doivent être confrontées au principe de réalité, et aux contraintes de l'exercice quotidien.

Dr B :

« Donc globalement on se fait en s'installant une idée sur la salle d'attente, et petit à petit avec la pratique on change. »

Dr L :

« T'as tellement envie de bien faire pour plein de choses, donc t'es motivée, le problème c'est qu'après ta pratique de tous les jours... »

Mais cela n'empêche pas de se fixer des objectifs !

Dr M :

« Moi mon rêve, c'est qu'il n'y ait plus de salle d'attente ! Qu'on tourne sur rendez-vous à heures fixes. »

La salle d'attente peut être un moyen d'aider le consultant à entrer en relation de soins, à « devenir un patient », en jouant le rôle de « sas de décompression ».

Il est possible de promouvoir la santé sans surcharger les murs, sans agresser, et même en privilégiant une attitude active des patients.

II. Les patients

La grille d'analyse utilisée pour étudier les entretiens des patients ne permet pas de dégager les mêmes axes de réflexion que ceux des médecins. Les items suivants sont donc classés et présentés selon la logique de leur apparition, au fil des propos des personnes interrogées.

1. Ressenti sur l'attente

- **La durée de l'attente**

La question de la durée d'attente a été systématiquement posée aux patients. Chacun a répondu assez précisément.

Patient 4 :

« Heu depuis que c'est sur rendez-vous, au maximum un quart d'heure, c'est très rapide. »

Patient 7 :

« De temps en temps je regarde ma montre quand il peut y avoir du retard. (...) Quinze à vingt minutes maximum ; bien souvent c'est entre cinq et dix, maximum vingt minutes. »

Patient 3 :

« Mais autrement jamais plus d'une demi-heure. »

Aucun des participants ne semble s'étonner de cette durée, et certains avancent même des explications, comme le patient 1 :

« Le moins de temps possible, et je viens juste à l'heure du rendez-vous. Enfin, ça déborde un p'tit peu, souvent même, quand sa salle d'attente est pleine, mais dans l'ensemble, oh, une demi-heure, maximum trois quarts d'heure. »

Ou le patient 10 :

« L'attente. Des fois c'est long. (...) Mais généralement le médecin chez qui je vais habituellement il est très très long, donc au bout de trois quarts d'heure je ne suis toujours pas prise. Parce qu'il a beaucoup de clients, ou de patients. »

Ils font dans l'ensemble preuve de tolérance en cas de retard, dont ils semblent minimiser la fréquence. Ainsi le patient 5 explique :

« Généralement c'est pas long, mais là je suppose qu'il est en retard parce que j'avais rendez-vous à cinq heure moins le quart, et il est cinq heure cinq. »

Les patients qui fréquentent des cabinets fonctionnant sans rendez-vous estiment attendre une trentaine de minutes, ce qui est plus que le retard estimé par les patients qui consultent sur rendez-vous. Cette durée ne leur paraît pas démesurée.

Patient 11 :

« Ici jamais trop longtemps, quand même. En pratique ça peut être une demi-heure, mais ça n'excède pas, je ne pense pas. »

Patient 8 :

« Chez mon médecin habituel, assez longtemps, parce que c'est pas sur rendez-vous, donc ça peut être une demi-heure. »

• Le vécu de la durée d'attente

Plusieurs personnes signalent qu'elles peuvent être gênées par une durée d'attente trop longue, comme le dit le patient 9 :

« Au-delà d'une demi-heure, ça commence à m'agacer. »

Ou le patient 10 :

« Ouais. Des fois c'est trop long, c'est vrai je perds un peu patience au bout d'un certain moment.

- Au bout de combien de temps, vous pensez ?

- Oh au bout d'une demi-heure ! »

Le patient 1 décrit un agacement qui survient en raison de l'attente, quelle que soit sa durée :

« Si j'attends de trop ça m'énerve, mais c'est tout ! (...) Ça se ressent sur la tension après. »

Le patient 4 exprime une difficulté qui survient elle aussi même si l'attente n'est pas ressentie comme longue :

« C'est vrai que des fois, quand les enfants sont pas bien, c'est pas facile des fois d'attendre, bon c'est assez rapide maintenant, mais c'était autrement avant. Faut les occuper. »

Deux personnes signalent qu'elles renoncent parfois à leur consultation si la durée prévisible de l'attente leur paraît excessive.

Patient 3 :

« Mais dans le temps, j'aurais été pressé d'attendre. Je toquais à la porte, je foutais le camp, hein ! »

Patient 8 :

« Oui s'il y a vraiment trop de monde, je repars, je l'ai déjà fait. »

- **Avis sur le retard du médecin**

La plupart des patients interrogés se montrent tolérants si le médecin a du retard. Ils ne semblent pas surpris d'attendre un moment, même lorsqu'ils ont téléphoné pour prendre rendez-vous.

Patient 5 :

« Sinon quand il n'a pas de retard, je n'attends pas très longtemps, généralement ça passe vite. Ça se passe bien ! »

Patient 7 :

« De temps en temps je regarde ma montre quand il peut y avoir du retard. »

Ils se montrent d'autant plus compréhensifs que le motif de leur venue n'est pas urgent, comme le patient 6 :

« Puis le docteur est souvent à l'heure, puis je vous dit pour une fois par an que je viens ! »

Ils le sont également si l'attente de leur consultation ne pèse pas sur leur emploi du temps, ainsi que le déclarent les retraités.

Patient 3 :

« Moi je prends toujours rendez-vous avec lui et je n'suis pas à une demi-heure.

- Ça vous pèse d'attendre ?

- Du tout, au contraire, j'ai le temps maintenant, moi j'suis r'traité, j'ai plus que ça à faire ! »

Patient 11 :

« Oui, parce que je suis retraité, donc je ne peux pas dire que j'ai grand-chose à faire, j'ai pas d'impératifs donc je prends mon mal en patience. »

Quelques-uns disent comprendre le retard, qu'ils attribuent à la gestion des cas urgents, ou aux missions du médecin.

Patient 3 :

« Quelquefois s'il a une consultation un peu urgente, ou bien quelquefois s'il a une cliente, sans vous offenser Madame, sans être misogyne, un p'tit peu « chiante », alors ça traîne un peu plus longtemps. »

Patient 9 :

« Mais c'est par rapport à moi aussi que je dis ça, peut-être qu'après il a des rendez-vous qui nécessitent plus de temps. »

Patient 10 :

« Oui, et puis je me dis que le patient qui est dans la salle avec le médecin, c'est peut-être important, il a peut-être vraiment besoin de parler alors... »

Pour le patient 6, attendre chez le médecin ne pose aucun problème, et il est même possible de venir en avance :

« Là j'étais en avance alors je suis venue, en général je reste... »

La durée estimée de l'attente varie de 10 à 20 minutes,
45 minutes en cas de consultation sans rendez-vous.

L'attente semble naturelle et bien acceptée.

Elle peut faire renoncer à une consultation peu urgente.

Les patients comprennent les impératifs du métier de leur médecin.

Ils se montrent tolérants s'il y a du retard.

2. Organisation avec ou sans rendez-vous

- **Adhésion à l'organisation du cabinet**

Les patients se disent dans l'ensemble satisfaits du fonctionnement du cabinet, ils semblent apprécier particulièrement l'organisation sur rendez-vous.

Patient 7 :

« Et puis comme c'est des rendez-vous, on n'est jamais au complet, c'est bien. »

Patient 3 :

« Moi je prends toujours rendez-vous avec lui et je n'suis pas à une demi-heure. »

Patient 10 :

« Je viens la veille pour prendre rendez-vous, et j'attends juste impatiemment que le docteur soit disponible. »

Le patient 4 a connu son médecin lorsqu'il travaillait sans rendez-vous, et note un progrès :

« Heu depuis que c'est sur rendez-vous, au maximum un quart d'heure, c'est très rapide. (...) Bon c'est assez rapide maintenant, mais c'était autrement avant. »

Le patient 9 adhère au fonctionnement en horaires libres, et connaît bien le fonctionnement proposé par son médecin :

« Heu, je sais qu'il est possible de prendre rendez-vous, puisque je l'ai déjà fait. Pour moi la formule est assez souple, puisqu'on peut venir spontanément sans rendez-vous, mais aussi en prévoyant à l'avance un rendez-vous avec le médecin. Je trouve que c'est une bonne façon de ... prendre en compte les besoins des gens. »

- **La ponctualité**

Seul le patient 3 évoque la ponctualité qui lui est implicitement imposée par la prise de rendez-vous :

« Pour ça on m'a donné rendez-vous à trois heures et demie, trois heures et demie j'suis là! »

Les patients connaissent bien le mode de fonctionnement du cabinet médical.

Ils adhèrent au choix d'organisation de leur médecin.

3. Décoration, agencement de la pièce

- **La luminosité**

L'éclairage, l'ambiance lumineuse, est le premier élément évoqué, et celui qui revient le plus souvent en réponse à la question « Qu'est-ce qui vous plaît dans la salle d'attente ? ».

Patient 4 :

« Ben, c'est clarteux donc ça c'est déjà bien. »

Patient 7 :

« Elle est très bien, elle me convient, elle est clarteuse, tout, puis on est bien installé. »

Patient 11 :

« Oh dans une salle d'attente, on ne peut pas dire qu'on se plait dans une salle d'attente, mais enfin bon, elle est propre, elle est claire, elle est ... voilà ! Elle n'est pas renfermée, elle est bien éclairée. »

Patient 1 :

« Elle est plutôt claire. »

- **La promiscuité**

Les patients sont sensibles à l'espace dont ils disposent, en fonction du nombre de personnes présentes.

Patient 1 :

« Ici on n'est pas les uns sur les autres, et c'est assez convivial. »

Patient 7 :

« On est bien, y'a de l'espace y'a de la place, on se gêne pas. Et puis comme c'est des rendez-vous, on n'est jamais au complet, c'est bien. C'est spacieux. »

- **La propreté, l'hygiène**

Certains signalent leur attention à la propreté des lieux.

Patient 2 :

« Sinon ici j'aime bien les couleurs des rideaux, (rires), y'a beaucoup de chaises, beaucoup d'informations, c'est clair, c'est propre. »

Patient 11 :

« Elle est propre, elle est claire, elle est... Voilà ! »

- **L'ambiance générale de la salle d'attente**

Les personnes interrogées sont plus sensibles à l'ambiance générale de la pièce qu'aux détails de décoration. Cela passe principalement par les couleurs utilisées pour les murs.

Patient 2 :

« Sinon ici j'aime bien les couleurs des rideaux. »

Patient 8 :

« Qu'est-ce qui me déplaît, ben, la froideur. »

Patient 10 :

« C'est vrai que la déco elle est ... c'est froid ! »

- **Le bien-être des enfants**

Les parents sont particulièrement attentifs aux efforts des médecins pour favoriser l'accueil des plus jeunes.

Patient 5 :

« Moi ce qui me plaît, c'est les jeux, déjà, pour les enfants, c'est accueillant pour eux. »

Patient 8 :

« Comme j'ai des enfants, s'il y a des choses pour les enfants. Voilà quand j'ai mes petits. »

Ils consultent volontiers la presse adaptée à l'âge de leurs enfants, comme en témoigne le patient 4 :

« Après, qu'est-ce qu'on y fait, ben avec les enfants on lit beaucoup de livres, ils me posent plein de questions par rapport aux affiches et tout ça, donc on essaie d'y répondre. »

Le patient 9, qui n'a pas d'enfants en bas âge, juge que prévoir de l'occupation pour les enfants permet d'assurer la tranquillité de tous :

« Ce qui, pas forcément aujourd'hui, mais ce qui m'est déjà arrivé, c'est par exemple lorsqu'il y avait une famille avec plusieurs jeunes enfants, de ne voir qu'une petite table ronde, avec une chaise totalement cassée la dernière fois que je suis venue. Je trouve ça un peu gênant, même pour les autres patients, en salle d'attente, parce que les enfants sont un peu turbulents parce qu'ils n'ont pas de quoi s'occuper. Je trouve que c'est un petit peu dommage. »

- **Le bruit**

Quelques personnes estiment pénibles les conversations des autres consultants.

Patient 9 :

« J'entendais plutôt les parents dire « arrête, assieds-toi », voilà. »

Patient 11 :

« Ou alors des couples qui parlent trop fort. (...) Oui, le niveau sonore ça peut être ça, mais toujours pareil, c'est pour un court moment, donc on prend son mal en patience. »

Le patient 10 recherche particulièrement une ambiance paisible avant sa consultation :

« Qu'est-ce qui vous plait, dans la salle d'attente ?

- Le calme. Enfin généralement le calme, et puis... là c'est vrai qu'il y a de la musique, dans tous les cabinets y'a pas de musique, donc là c'est vrai que c'est agréable. Et puis heu... puis voilà. Le calme surtout, parce qu'en général c'est calme. »

Aucun patient ne mentionne le problème de l'insonorisation du cabinet de consultation.

- **Le confort**

Seul le patient 7 commente les conditions de confort, et évoque la présence de toilettes :

« Elle est très bien, elle me convient, elle est clarteuse, tout, puis on est bien installé.
(...) Y'a même des toilettes, je trouve que c'est bien. »

Les patients sont sensibles à la première impression ressentie en salle d'attente,
généralement la luminosité.

Ils apprécient la présence d'un coin jeux pour les enfants.

Personne n'aborde le problème de l'insonorisation du cabinet de consultation.

4. Convivialité et lien social

- **La secrétaire**

La présence de la secrétaire est évoquée comme un atout pour l'accueil, ressenti comme plus chaleureux.

Patient 2 :

« C'est pas la première fois que je viens ici, et j'suis toujours, les gens sont toujours sympas ici, c'est bien. »

Patient 3 :

« Oh la secrétaire, moi j'la blague, toujours. »

- **Les autres patients**

En fonction de leur personnalité, et du motif qui les amène à consulter, les personnes recherchent, ou non, le contact des autres. Le patient 6 apprécie de pouvoir rencontrer du monde :

« Ce qui me plait, ben je vous dis, y'a des revues, on peut parler avec les personnes qui sont là. Voyez, rien que ça, c'est plaisant, ça, un petit bambin comme ça ! (...) Ou bien si je trouve à bavarder, je bavarde ! »

Le patient 3 aime discuter :

« Ça dépend des clients, hein, si y'a des gosses, faut s'tenir, d'abord faut savoir où et avec qui on peut causer, hein ? Je ne dirais pas, je ne causerais pas avec une grand-mère de quatre-vingts ans comme avec vous ou une gamine de dix ans. »

Le patient 10 pense que le lieu ne favorise pas les échanges informels entre consultants, et préfère les éviter :

« On entend un peu plus les enfants quand y'a des enfants. Quoique là y'a un enfant, mais on l'entend pas. Mais ils ne discutent pas trop en général.

- Et vous, vous n'êtes pas là pour ça...

- Non plus, ouais ! »

Sans forcément rechercher le contact, le patient 11 prête attention à la présence d'autres personnes :

« Ben quand on entre, je vous ai dit bonjour, par exemple certaines personnes ne répondent pas. Ils restent dans leur... ça, ça me déplaît, moi j'ai été habitué, j'ai été élevé en étant poli, je ne tolère pas que, bon ben... Ou alors des couples qui parlent trop fort. Des vieux couples, des vieillards comme moi quoi. Pfff... ça ne me déplaît pas, mais quand on est dans une salle d'attente, en principe on fait attention, quoi. »

Les patients sont sensibles à l'accueil de la secrétaire.

Leur comportement avec les autres consultants est variable selon leur personnalité.

5. Agrément

- **Recherche d'une distraction**

La plupart des patients interrogés apprécie de pouvoir se distraire en attendant leur consultation. Le patient 7 résume :

« Y'a de la lecture, tout ce qu'il faut pour attendre. »

Le patient 9 choisit intentionnellement les magazines dans ce but, et recherche des conditions propices à la détente :

« Ceux qui vont me distraire. Que je ne lis pas forcément ailleurs que dans la salle d'attente. (...) Et la musique ! Que je trouve reposante, qui n'est pas forcément celle que j'écoute non plus, mais qui me détend.

- Ça vous change de vos habitudes ?

- Exactement, parce que c'est Radio Classique, c'est pas la musique que je mets spontanément chez moi, je trouve que ça permet d'écouter autre chose que ce qu'on a l'habitude d'écouter. Surtout avec « la mienne » qui est une adolescente ! Qui met plutôt des radios plus... plus rythmées ! Mais chez nous on ne met vraiment pas de classique. (...) Effectivement ça permet de rentrer dans le cabinet du médecin avec un état d'esprit assez relax. »

- **La lecture**

Les consultants trouvent sur place des journaux et revues qu'ils reconnaissent feuilleter volontiers.

Patient 2 :

« Je prends des bouquins et je bouquine. »

Patient 5 :

« Y'a moyen de lire un petit peu, ça passe le temps. »

Patient 7 :

« Dès que j'arrive, je me plonge dans un bouquin. (...) Y'a même parfois le journal, donc j'en profite. »

Patient 11 :

« Et bien je lis des revues, quand y'en a. Quand y'en a je lis des revues, je passe mon temps comme ça. »

La diversité de la presse proposée permet à chacun de sélectionner une lecture selon ses goûts.

Patient 9 :

« Parfois je prends un magazine, je consulte un peu, les articles plus tournés vers la presse féminine. (...) Non, c'est souvent effectivement, des petits magazines qui sont plus actualité, tendances mode. »

Patient 8 :

« Je dirais les magazines sportifs, le cinéma... »

Patient 11 :

« Par exemple je vois ici Auto Plus, par exemple, ben tous les hommes aiment bien les voitures, donc je vais prendre Auto Plus ! »

Rares sont les personnes, comme le patient 1, qui apportent leurs propres livres :

« Je lis, heu, ou un bouquin que j'ai amené... comme aujourd'hui je pense qu'il y'avait pas trop de monde, j'ai rien amené, je vais prendre éventuellement un magazine. »

- **Mots croisés ou fléchés**

Dans les magazines disposés en salle d'attente, quelques personnes recherchent les grilles de jeu.

Patient 1 :

« S'il y a des mots croisés ou des mots fléchés, j'les fais, et c'est tout. »

Patient 6 :

« Vous voyez, quand je trouve des mots croisés, je les prends, j'aime bien. »

- **Ne rien faire**

Attendre avant la consultation, c'est parfois l'occasion de prendre un moment pour s'arrêter, et le patient 9 ne ressent pas le besoin de s'occuper ou de se distraire :

« *Ou comme maintenant j'attends, patiemment !* »

De même pour le patient 10 :

« *J'attends... et... parce que j'ai pas, généralement je sors de cours, et j'ai pas la tête à me remettre dans un livre. C'est vrai que j'attends...* »

Les patients recherchent une distraction, une détente, ou une coupure avec leur rythme habituel.

Certains profitent de la salle d'attente pour créer du lien social.

- **Comparaisons avec d'autres salles d'attente**

Les patients fréquentent d'autres salles d'attente médicales. Pour expliquer ce qui lui plaît, ce qu'il recherche dans une salle d'attente, le patient 1 prend une comparaison :

« *C'est quand même, y'a certaines salle d'attentes qui sont très réduites, par exemple chez le podologue, mais on n'y attend pas longtemps, moi j'y vais pas mais heu, mais j'vois bien la salle d'attente.* »

Le patient 3 compare non seulement les lieux, mais aussi les soins et l'attitude des soignants selon son expérience vécue :

« *J'vais vous dire une chose, j'ai été vingt-huit fois dans les hôpitaux, moi. (...) Ecoutez-voir le plus long que ça ait été une fois, c'était à l'hôpital de B., ben j'attendais dans le couloir qu'on me fasse une coronarographie (...) ben j'ai attendu, disons plus de deux heures. Mais là ils m'ont entendu gueuler quand même !* »

Les personnes ont l'habitude d'attendre, pas seulement chez leur médecin.

L'attente dans un lieu médical est chargée d'une symbolique particulière.

6. La relation de soins

- **La disponibilité du médecin**

Les patients signalent que le fonctionnement de leur médecin leur permet d'accéder à des soins dans la journée, ce qu'ils apprécient.

Patient 1 :

« J'ai pris rendez-vous ce matin, et je l'ai cet après-midi. C'est plutôt rare, ça se voit que c'est les vacances ! »

Patient 2 :

« On a téléphoné ici, et on m'a dit de passer tout de suite ici. »

- **L'adhésion aux soins**

Quelques personnes font le lien entre le fonctionnement général du cabinet et la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin. Ils témoignent de leur fidélité ou de la confiance qu'ils lui accordent.

Patient 7 :

« Y'a plus de trente ans que je connais le docteur, j'allais où il était avant, et puis depuis qu'il est ici, ça fait quinze ou vingt ans. »

Patient 3 :

« J'vais vous dire une chose : si on est un p'tit peu éduqué, hein, puis même en réfléchissant de soi-même, on ne doit pas dire on n'aime pas. On vient chez le docteur, on est reçu chez le docteur, on attend là et un point c'est tout. »

Le patient 1 manifeste cette confiance en montrant aux autres patients présents ses relevés d'auto-surveillance tensionnelle :

« C'est pour ça que je viens avec des feuilles de tension. (...) Il pense que la tension qu'il prend lui, c'est dû à l'effet blouse blanche... même si il la porte pas ! »

- **La salle d'attente est accessoire**

Au-delà de la salle d'attente, le patient 9 explique son libre-choix pour son médecin :

« Si, on échange, parce que c'est quelqu'un de très convivial, (...) Personnellement j'ai pas le sentiment qu'il cherche à tout prix à discuter, ou à aller au-delà de ce qu'on, de l'objet pour lequel on est venus. Ça j'apprécie beaucoup, parce que je ne supporte pas un médecin qui dure longtemps, et qui ne cesse de poser des questions. »

Il complète son propos :

« Pour moi l'environnement n'est pas fondamental ; c'est plus la qualité de l'échange, des soins que va apporter le médecin, ce qui va se passer après. La salle d'attente est accessoire, pour moi. »

Cette notion est rapidement reprise par le patient 11 :

« Oh dans une salle d'attente, on peut pas dire qu'on se plait dans une salle d'attente. (...) C'est pour un court moment, donc on prend son mal en patience. »

Ce n'est pas pour la salle d'attente que les personnes viennent, mais pour rencontrer leur médecin.

Ils lui témoignent leur confiance.

7. Etat d'esprit du patient en salle d'attente

- **Pas d'émotion particulière**

A la question « Pouvez-vous me dire ce que vous ressentez dans la salle d'attente ? », la plupart des personnes répondent qu'ils sont dans un état d'esprit neutre.

Patient 3 :

« Qu'est-ce que vous ressentez quand vous êtes dans la salle d'attente ?
- Rien. »

Patient 5 :

« Ce que je ressens, ben pas grand-chose, j'attends, j'attends mon tour. C'est tout. Rien de particulier. »

Patient 7 :

« Autrement vous dire ce que je ressens... rien de particulier si vous voulez ! »

- **L'inquiétude**

En fonction du motif de consultation, l'attente peut prendre une dimension plus émotionnelle. Elle véhicule parfois de l'angoisse. Le patient 4 consulte souvent pour ses enfants :

« C'est vrai que des fois, quand les enfants sont pas bien, c'est pas facile des fois d'attendre. (...) On n'aime pas venir ici quand ils ont de la fièvre, et tout, faut... »

Le patient 2 estime qu'il n'y a rien à craindre :

« Ben d'avoir peur ou quoi ? Non, non j'ai pas peur, d'aller dans une salle d'attente. »

D'autres sont conscients que les consultations chez le généraliste peuvent être en rapport avec des pathologies sérieuses.

Patient 6 :

« Autrement, peut-être que si j'avais une maladie grave, je serais tendue, vous pensez bien... »

Patient 10 :

« Ben ça dépend si je suis vraiment malade ou pas. Si je suis vraiment malade, c'est vrai que je le prends un peu mal. C'est vrai qu'on attend quand même à ce qu'on soit soigné, assez rapidement quand même. »

Patient 11 :

« Non, à moins que je consulte pour une maladie grave, peut-être, mais bon, par exemple aujourd'hui, c'est pas pour une maladie grave, donc je suis serein. »

- **L'anticipation**

Sans que le motif soit particulièrement grave, la consultation est une démarche importante, et les patients ne la vivent pas comme une expérience anodine.

Patient 4 :

« C'est vrai que des fois, quand les enfants sont pas bien, c'est pas facile des fois d'attendre. »

Certains expliquent qu'ils préparent ce qu'ils vont dire, ou qu'ils se préparent à ce qu'ils vont entendre, comme le patient 10 :

« J'anticipe beaucoup. Je me dis dans ma tête, faut pas que j'oublie de dire ça, mes symptômes, les médicaments que je prends, et je ... Oui c'est le lieu qui fait... en même temps je trouve que c'est un peu le but de la salle d'attente ! »

- **L'impatience**

Un seul patient, qui est venu pour une formalité administrative, manifeste des signes d'impatience.

Patient 8 :

« Pas trop attendre.
- Que ça aille vite ?
- Oui, que ça aille vite. »

En cas de pathologie chronique ou sévère, l'attente chez le médecin peut être chargée d'angoisse.

Dans les autres cas, les patients sont sereins, disponibles.

8. L'information médicale

Trois patients mentionnent, au détour d'une phrase, la présence d'affiches porteuses de messages d'éducation pour la santé.

Patient 2 :

« Y'a beaucoup de chaises, beaucoup d'informations, c'est clair, c'est propre. »

Les enfants du patient 4 sont demandeurs :

« Avec les enfants on lit beaucoup de livres, ils me posent plein de questions par rapport aux affiches et tout ça, donc on essaie d'y répondre. »

Le patient 7 lit les messages en salle d'attente mais ne commente pas leur contenu :

« Et je lis les notes d'information, ça j'en prends connaissance. »

Oui, les patients savent lire les informations médicales des affiches.

DISCUSSION

I. Sur la méthode

1. Impressions générales

- La méthode choisie pour cette enquête consistait à analyser, au travers d'une grille de lecture qualitative, des entretiens menés de façon à ce que la parole de l'interviewé soit la plus libre possible. Le but recherché était d'élargir au maximum le propos. Ainsi, il était possible de confirmer des axes de réflexion déjà existants, et d'en faire apparaître de nouveaux le cas échéant.

L'analyse des entretiens a confirmé la richesse du propos des médecins. Les thèmes abordés attendus, classés principalement dans les items « l'espace » et « le temps », ont été largement développés. Les propositions d'aménagement des lieux et d'organisation du temps, rendues concrètes par l'expérience de terrain des praticiens, étaient très détaillées. En cela, les résultats obtenus par la méthode qualitative étaient plus variés, et assez éloignés des idées préconçues de l'enquêteur.

Une dimension supplémentaire, non attendue, a été soulevée par cette étude. Il s'agit de l'importance que jouent les lieux dans la dimension humaine de la médecine générale.

L'utilisation d'un questionnaire fermé n'aurait pas permis de faire émerger autant d'idées originales.

La démarche auprès des patients permettait également de montrer que, sans négliger les aspects matériels de l'attente, la place de la relation de soins était primordiale.

- La durée des entretiens avec les médecins était d'une vingtaine de minutes en moyenne. Ce temps semblait suffisant pour faire le tour d'une question, et les enregistrements s'achevaient d'eux-mêmes lorsque l'argumentation était épuisée.

Nous avons observé un signe qui témoignait que toutes les idées importantes avaient été évoquées : l'interviewé reprenait souvent, en fin d'enregistrement, la première idée qu'il avait exprimée. Cette notion ressortait ainsi comme l'argument principal du propos. Une fois celui-ci mis en valeur, l'entretien pouvait être clôturé.

- Enfin pouvait se poser la question du nombre d'entretiens : tous les axes de travail avaient-ils été suffisamment exploités ou fallait-il inclure davantage de sujets ?

Que ce soit pour les médecins ou pour les patients, le découpage des derniers entretiens réalisés s'intégrait dans la grille de lecture élaborée à la lecture des précédents, sans apporter d'éléments supplémentaires. Il n'était donc pas utile d'élargir le recueil de données.

Les idées principales du propos revenaient dans des discussions informelles avec d'autres confrères, signe que les interviews concernaient un échantillon de médecins suffisamment large et diversifié.

2. Limites de la méthode

Quelques difficultés ont été soulevées au cours de l'étude. Elles portaient principalement sur la difficulté, pour l'enquêteur, à s'approprier les techniques de reformulation, de relance et d'écoute active, afin de favoriser la production du discours du sujet interrogé.

Il était utile de préparer chaque nouvel entretien en réécoutant les enregistrements précédents, pour pointer les défauts à améliorer : utilisation de questions fermées, formulation pouvant influencer le contenu de la réponse de l'interviewé.

Quelquefois, et malgré ces précautions, le déroulement de l'entretien amenait à ce constat : l'interviewé connaissait aussi les méthodes de reformulation, soit parce qu'il y avait été formé, soit parce qu'il les utilisait déjà dans son métier de médecin, en consultation ! Il fallait alors que l'enquêteur veille à bien rester en retrait afin de favoriser au maximum l'expression du sujet interrogé.

De même, l'interviewer était un médecin, et devait parfois se limiter pour ne pas influencer le discours de son interlocuteur en projetant son propre vécu sur les situations décrites. Certains silences dans l'enregistrement témoignaient parfois d'une sorte de « complicité », et auraient pu être mieux exploités par une phrase de relance du type « Que voulez-vous dire par là ? ». Cela aurait été scientifiquement plus intéressant, mais ici, rendu inutile par la communication non verbale inhérente au déroulement de l'entretien en « face à face ».

Divers problèmes techniques ont été rencontrés avec l'enregistrement numérique. L'entretien a dû tenir compte des limites du matériel d'enregistrement : il s'agissait de placer l'appareil suffisamment près de la source sonore, et cependant hors du champ visuel des deux interlocuteurs, afin qu'il soit assez vite « oublié ».

Le niveau sonore de l'entretien était ensuite imposé par l'interviewer : s'il parlait plus fort, ou plus bas, la personne interrogée s'adaptait à sa voix.

Ce détail technique était utile à prendre en compte pour faciliter la retranscription ultérieure des entretiens.

II. Sur le vécu des entretiens

Tous les médecins contactés ont accueilli favorablement notre sollicitation pour participer à l'enquête. Certains se sont montrés intéressés par le sujet, d'autres plutôt curieux. Onze des médecins participants avaient veillé à proposer, pour l'horaire de notre rencontre, un moment de la journée ou de la semaine où ils étaient plus disponibles. Certains nous ont réservé un créneau de consultation dans leur agenda sur rendez-vous. Cela a permis de recueillir leur témoignage dans des circonstances détendues, sans alourdir leur charge de travail.

Le premier contact téléphonique permettait de situer le sujet : la salle d'attente, sans laisser présager du contenu envisagé pour l'entretien. La plupart des médecins ont attendu notre rencontre pour prendre connaissance des modalités et des finalités de l'enquête. Pour deux médecins, la fluidité dans l'organisation du discours laissait présager d'une réflexion personnelle préalable. Cela n'a en rien altéré la spontanéité du propos.

Si trouver sa place en qualité d'enquêteur auprès des médecins s'est révélé assez aisé, il n'en a pas été de même pour les entretiens réalisés auprès des patients. Malgré l'introduction facilitée par le médecin lui-même, et une rapide présentation du projet, les personnes se sentaient parfois prises au dépourvu, surprises par ce mode d'enquête inhabituel. Quelques-unes ont décliné la proposition, d'autres, après avoir accepté, se sont montrées gênées. Leurs réponses étaient alors plus courtes, allaient à l'essentiel. Les choix méthodologiques laissaient cependant peu de solutions alternatives pour le recrutement des patients.

Au cours des entretiens avec les médecins, les notions abordées conduisaient régulièrement à des illustrations cliniques de leur pratique médicale. On sentait, à travers leur propos, quelque chose de l'ordre de la confiance, ou du partage confraternel d'expérience, qui rappelle les techniques utilisées en groupes d'échange de pratiques, ou en groupe Balint [29].

Il nous a semblé que la méthode d'entretien a été d'autant mieux acceptée qu'elle donnait la parole aux praticiens. Certains y ont trouvé une occasion d'expression, facilitée par l'identification de l'enquêteur comme un confrère.

Les sujets abordés dans ce cadre, prenant comme point de départ la salle d'attente, concernaient leurs soucis quotidiens : difficultés du rythme de travail, horaires empiétant sur leur vie personnelle, communication et travail d'équipe avec leurs associés. Parfois il était question de cas médicaux complexes, ou de difficultés relationnelles avec des patients. Il pouvait également s'agir de problèmes personnels, y compris portant sur la gestion de leur propre santé, ou de motivations individuelles, politiques, religieuses ou syndicales.

Les émotions sous-tendues par leurs propos allaient de la colère à la frustration, de la revendication à la persévérance, de la tristesse à la satisfaction d’avoir réussi une prise en charge valorisante.

Pour cette raison, les tournures de phrases ont été retranscrites telles qu’employées dans le langage oral, dans l’optique de laisser transparaître le ton donné à certaines remarques. Le niveau de vocabulaire n’a pas été « censuré ».

Au final, la méthode choisie nous permettait, en qualité d’enquêteur, d’avoir un contact direct avec des confrères. A cette occasion se manifestaient des transferts d’expérience, qui nous plaçaient dans un rôle que nous connaissions déjà en tant que médecin généraliste : la relation humaine et l’écoute.

III. Sur l’analyse des résultats

L’analyse des entretiens des médecins a permis de dégager trois dimensions à donner à la salle d’attente : l’espace, le temps, et les aspects psycho-sociaux. Il est possible de faire des rapprochements avec les préoccupations des patients, même si l’enquête qui les concernait ne délimite pas d’articulations aussi nettes dans leur discours.

1. L’espace

- **Les locaux**

L’abord de la salle d’attente est en premier lieu matériel. Les médecins ont, pour la majorité d’entre eux, réalisé des travaux ou même fait construire, pour adapter leur cabinet à l’utilisation qu’ils souhaitaient en faire. Leurs différents témoignages indiquent qu’ils ont réfléchi, seuls, en groupe, ou avec l’aide d’un architecte, pour créer des circuits, et optimiser la fonctionnalité des locaux. La salle d’attente trouve tout naturellement sa place dans les plans de leur cabinet.

Ils ont équipé leur salle d'attente en pensant, avec bon sens et selon leurs goûts personnels, au confort des consultants et en prévoyant la place nécessaire pour les accueillir : plus de sièges si le fonctionnement qu'ils proposent est « sans rendez-vous ».

L'accueil du public occasionne une usure normale du mobilier, et les médecins renouvellent leur équipement en choisissant des matériaux solides, et adaptés aux contraintes qu'ils ont repérées d'après leur expérience.

Le choix des couleurs n'est pas anodin. Il est flagrant de constater que médecins et patients emploient les mêmes termes pour évoquer la luminosité. Ils parlent de « *clarté* », d'un « *bon éclairage* », si possible grâce à la lumière du jour.

De leur côté les patients sont sensibles aux efforts réalisés pour les recevoir dans une pièce agréable. Ils déclarent se fier plutôt à la première impression ressentie en entrant en salle d'attente. La luminosité, la clarté des couleurs choisies revient très régulièrement dans leur propos.

- **L'accès pour personnes à mobilité réduite**

Selon que les bâtiments sont récents, rénovés, ou plus anciens, un accès aménagé pour personnes handicapées n'est pas toujours présent. Il correspond pourtant à une exigence implicite de l'activité médicale : recevoir au cabinet des personnes handicapées, blessées, n'ayant pas les capacités physiques de franchir des escaliers, ou tout simplement des jeunes familles et leurs poussettes. Cette exigence est renforcée par l'entrée en vigueur de la « Loi handicap » de 2005.

Prévoir un accès suffisamment facile permet de s'affranchir de visites à domicile non justifiées médicalement. Et les médecins disent s'organiser davantage pour éduquer les patients et éviter les déplacements à domicile. L'effort doit être poursuivi pour mieux équiper les cabinets, et être étendu pour faciliter les déplacements à l'intérieur même du cabinet.

Quelques médecins évoquent spontanément la présence de toilettes. Tous en sont équipés, et les patients le remarquent.

- **L'insonorisation**

Les médecins tiennent à préserver le secret médical. Ils reconnaissent que cela mérite une attention de tous les instants : être discret pour recevoir un appel pendant une consultation, former la secrétaire et équiper son poste, isoler géographiquement ou matériellement la salle d'attente.

Parmi les cabinets visités, certains sont mal insonorisés, et nous avons constaté que l'on pouvait entendre des bribes de la consultation en cours depuis la salle d'attente.

Du côté des patients, personne n'a abordé ce problème. Etions-nous les seuls à entendre ? Etait-ce une question d'habitude ? Ne craignaient-ils pas que les autres consultants entendent ce qui ne les concernait pas ?

Notre analyse ne fournit qu'une réponse partielle : certains médecins rapportent des commentaires de leurs patients dont ils ont tenu compte afin d'améliorer la confidentialité.

- **L'investissement financier**

La notion de charges financières est inapparente pour les patients, mais est incontournable pour les médecins. Chacun gère les charges de fonctionnement de son cabinet en fonction de son rapport personnel à l'argent et à sa volonté d'investissement. Nous avons remarqué une certaine pudeur à parler d'argent, certains médecins éludaient tout simplement la question en déclarant que ce n'était pas un problème.

La question des assurances n'a été évoquée que par un seul médecin, alors que tous ont probablement souscrit les contrats nécessaires à leur activité. Notons que ce médecin,

maître de stage, a sans doute l'habitude de transmettre des messages au sujet de la prévoyance aux futurs praticiens qu'il forme.

- **La décoration et l'agrément**

Les médecins proposent tous des occupations à leurs patients pour agrémenter leur attente, assez variées et adaptées au profil moyen des consultants. L'analyse de leurs préoccupations suggère que cela peut être une façon de montrer l'étendue de leur champ de compétences. Le message implicite serait alors : « Je m'intéresse à tous les âges de la vie, les revues disponibles vous représentent. Je sais soigner les enfants, ils sont les bienvenus dans mon cabinet. »

De leur côté, les patients apprécient cette démarche d'accueil et plébiscitent la présence d'un espace spécialement pensé pour les enfants.

Les médecins assurent aménager leur salle d'attente pour répondre aux besoins de leurs patients : les accueillir, les rassurer, leur permettre de se détendre, recréer une ambiance qui leur soit familière, leur apporter des repères structurants. A entendre les patients, satisfaits dans l'ensemble, ces objectifs sont atteints. Il est remarquable de constater l'évolution des mentalités, puisqu'en 1987 le Dr Fontana aboutissait à la conclusion que ces aspects étaient complètement négligés [10].

- **L'information donnée aux patients**

Au sujet des informations obligatoires imposées par la législation française, les médecins sont capables de parler clairement des contenus. Ils sont également, dans leur discours, en accord avec les recommandations du Conseil de l'Ordre des Médecins. Ces recommandations, reproduites en annexe, contiennent en effet des conseils pour guider les praticiens dans les décisions qui pourraient comporter une incertitude déontologique : opportunité de relayer des informations non strictement médicales, gestion des

sollicitations, prise de recul face aux diverses tentations. On retrouvait, dans les entretiens réalisés, la même notion de bon sens dans les orientations adoptées ou rejetées.

L'expérience de cette enquête a montré par ailleurs que les médecins s'impliquent dans l'éducation pour la santé et la prévention. Tous ont pris conscience du rôle qu'ils ont à jouer dans ce domaine, qu'ils intègrent dans leur mission médicale. Soumis à de nombreuses sollicitations, de la part d'organismes toujours plus nombreux, ils opèrent une première sélection des documents qui méritent leur attention, et ne conservent que ceux qui proviennent de structures gouvernementales ou apparentées.

Certains vérifient la validité scientifique des documents proposés et recherchent eux-mêmes les supports adaptés pour répondre aux demandes de leurs patients. Nos résultats rejoignent les conclusions du Dr Idris dans son étude de 2009 [13], et apportent une notion supplémentaire : les médecins se fixent, lorsque la structure de leur cabinet de groupe le permet, des projets de soins, des objectifs à atteindre dans des domaines particuliers de la santé.

Ils n'hésitent pas, dans ce cadre, à produire leurs propres fiches informatives, ou à utiliser les média qui leur sont accessibles. Ils renouvellent les messages.

Notre enquête a abordé rapidement la question du temps nécessaire pour remplir ce rôle sur le long terme. Les jeunes installés ne sont pas les seuls à s'atteler à la tâche de l'éducation pour la santé. Ils y consacrent probablement plus de temps que leurs aînés, sans que cela freine leur motivation.

La problématique de la rémunération pour cette activité d'éducation, qui s'effectue en dehors du temps de consultation proprement dit, n'a été abordée par aucun des médecins, signe, peut-être, qu'ils l'intègrent bien à leur emploi du temps.

D'ailleurs, l'élément clé qui ressort de leur propos sur l'information sanitaire est l'utilisation du colloque singulier pour préciser les messages, s'assurer de leur bonne compréhension par leurs patients.

La consultation est le cœur de l'activité de soins, rien ne semble pouvoir remplacer le contact humain, en particulier lorsqu'il s'agit d'induire des modifications de comportements chez les personnes.

Certains médecins déplorent l'inefficacité apparente de certaines campagnes d'information, malgré leur implication forte. Mais les patients affirment lire parfois les affiches et les documents mis à leur disposition. Ils semblent avoir intégré le rôle d'information et de conseil de leur médecin généraliste.

Peut-être faut-il attendre encore pour voir apparaître plus clairement les conséquences des actions de prévention menées à toutes les échelles depuis une dizaine d'années. La prévention est une réflexion sur le long terme.

En attendant, les médecins maintiennent leurs efforts, et pensent que pour éviter l'accumulation des messages au fil du temps, un compromis est à trouver. Dans cette étude, leur idée principale était de n'afficher qu'un petit nombre de supports en salle d'attente, quitte à les renouveler plus régulièrement, afin de ne pas agresser la vue du consultant. Ils présagent qu'une affiche bien choisie peut être plus marquante que dix messages simultanés.

Agir ainsi favorise, d'après eux, une attitude moins passive des patients, dont l'attention paraît mieux retenue par un détail qui change régulièrement, ou par des messages d'actualité qu'ils rencontrent aussi dans leur vie quotidienne.

A l'issue de cette enquête, reste à trouver la clé qui rende efficace la phrase « Parlez-en à votre médecin » inscrite sur les affiches, en permettant aux patients d'être plus acteurs de leur santé : comment favoriser ce dialogue ? Doit-il rester seulement à l'initiative du médecin ?

- **Interrogations posées par l'épidémie de grippe**

L'hiver 2009-2010 a été marqué par la pandémie de grippe A(H1N1), et les médecins généralistes français se sont posés pour la première fois la question de l'adaptation de leurs

locaux en cas de flux de patients plus soutenus. Tous n'ont pas trouvé la réponse adaptée, et aucun n'a eu l'occasion de mettre en pratique les précautions imaginées.

Les locaux et leur superficie, d'après un constat général, ne suffisent pas à résoudre le problème. Les médecins envisagent donc plutôt une réorganisation des rendez-vous afin de limiter le temps total passé par les malades en salle d'attente.

2. Le temps

La deuxième dimension abordée par les médecins concerne la gestion du temps : il s'agit de trouver un compromis entre la durée d'attente imposée aux patients, et leur volonté de préserver leur vie personnelle quelle que soit la charge de travail.

- **Les rendez-vous**

Tous les médecins qui proposent des consultations sur rendez-vous sont satisfaits de leur organisation. Elle résulte d'une décision personnelle au départ, bien acceptée par les patients.

L'enquête réalisée auprès des patients l'a prouvé : ils connaissent bien le mode de fonctionnement du cabinet médical et adhèrent au choix d'organisation de leur médecin.

Le message principal à retenir pour un médecin qui souhaiterait modifier ses habitudes, ou débiter une activité, est que la liberté d'exercice du praticien est compatible avec le profil de sa patientèle : ses patients lui font confiance quand il s'agit des soins, ils le suivent aussi dans ses décisions « non médicales » et s'adaptent facilement aux modifications dans l'organisation, si elles sont clairement expliquées.

- **Le retard**

Les médecins culpabilisent de faire attendre leurs patients. Ils disent accumuler parfois du retard en cas de soins non programmés, ou de situations particulières rencontrées en consultation qui nécessitent de dépasser le temps imparti.

Plusieurs solutions émergent : élaborer un agenda avec des durées de consultation variables selon les motifs – une fréquence accrue en période d'épidémie, un temps plus long pour les poly-pathologies – ou bien le fractionnement des consultations, compatible avec la médecine générale, où la prise en charge est transversale et sur le long terme.

A écouter les patients, il n'est pas nécessaire de maintenir les médecins sous pression : ils ont conscience des contraintes, comprennent les impératifs du métier de leur médecin. La plupart se montrent tolérants s'il a du retard. Ceux qui ont expliqué avoir déjà renoncé à une consultation estiment qu'il s'agissait alors d'un motif peu urgent. On peut penser qu'ils sont revenus ensuite. Aucun d'entre eux n'a parlé comme s'il était un « consommateur de soins ». Leur venue correspond plutôt à une recherche de contact humain, ce qui laisse toujours une place à l'imprévu. Les délais d'attente, s'ils sont modérés, sont donc bien acceptés.

- **Le secrétariat**

Véritable révolution observée sur les dernières décennies, la banalisation des secrétaires médicales dans les cabinets des généralistes est un motif de satisfaction pour les médecins. Les plus jeunes estiment qu'ils ne pourraient pas travailler sans secrétariat. Leur présence est un gage de qualité des soins, de tranquillité d'esprit du médecin. Elle les libère de la lourdeur de la gestion d'un agenda sur rendez-vous, et leur font gagner du temps dans les tâches administratives.

Pour les patients, ce rôle logistique semble peu visible.

3. La dimension sociale et humaine

Enfin le troisième axe de réflexion sous-tendu par le discours des médecins interrogés sur leur salle d'attente concerne l'apport des lieux à la qualité de la relation qui s'établit dans le suivi des patients.

Ces idées n'étaient pas au premier plan des travaux portant spécifiquement sur la salle d'attente dans la littérature scientifique. Elles figuraient parmi nos objectifs secondaires pour cette étude, car elles étaient esquissées par les enquêtes menées sur un mode qualitatif comme le focus group de S. Steine [32] et la thèse récente du Dr Fontana [10].

Nos résultats montrent que ce sont pourtant des enjeux primordiaux en médecine générale, et qu'il serait réducteur de n'envisager la relation médecin-malade que sous l'angle de la prévention ou de l'éducation sanitaire.

- **La salle d'attente est un lieu public**

Les patients ne témoignent pas de cette idée pourtant soulevée par les médecins : la salle d'attente est un lieu que la population s'approprie. Pour eux, la dimension « publique » de la salle d'attente se résume aux personnes côtoyées à l'occasion de leur venue : les secrétaires, qui sont pour eux des personnes-ressource, et les autres patients, avec lesquels ils entrent plus ou moins en contact.

On note tout de même que certains patients recherchent la présence d'autres consultants et profitent de la salle d'attente pour créer du lien social.

Pour les médecins, la salle d'attente est un lieu public en ce sens qu'elle condense tous les aspects de la société : le meilleur et aussi le pire.

Ils disent aimer que leur cabinet soit l'occasion de rencontres, ils favorisent d'ailleurs, pour certains, la diffusion d'informations en lien avec les activités sociales du quartier ou de la commune, plus rarement les petites annonces.

Ils déplorent les vols et les dégradations volontaires dont ils sont parfois la cible, mais pour autant, cela n'entame pas leur envie de soigner. Leurs réactions sont partagées entre la

colère, le fatalisme et l’amusement. Certains posent un regard désabusé sur les travers de notre société – consumérisme, goût immodéré pour la technologie, communication à outrance – et quelques-uns les exploitent, en leur proposant soit d’emporter chez eux une presse de qualité, soit en développant des programmes multimédia pour faire passer des messages médicaux en salle d’attente.

- **Le lien humain apporté par le secrétariat**

Les médecins soulignent l’atout fondamental que représente la présence d’une secrétaire ; elle joue un rôle central pour l’accueil des patients, elle humanise la relation, elle rassure et oriente.

La localisation géographique du secrétariat, proche de la salle d’attente, permet de fixer ces missions, de les rendre évidentes et de les mettre en valeur. C’est pour cette raison qu’il est parfois intégré au « pôle attente ».

Le seul inconvénient relevé au sujet de cette proximité est une attention supplémentaire à apporter pour assurer la confidentialité, en particulier pour les appels téléphoniques.

Pour les patients, la secrétaire semble être intégrée comme un maillon logique dans l’organisation des soins. Peu d’entre eux ont évoqué spontanément sa présence, justement parce qu’elle est évidente.

- **La recherche d’une transition, le jeu de rôles**

Entrer dans un cabinet médical est un acte courant, mais pas anodin. Il nécessite une démarche, répond à un problème ressenti, et place la personne dans une position de demande. Ce qui se joue dans la salle d’attente paraît correspondre à une adaptation nécessaire afin d’entrer dans la relation de soins.

L’ambiance choisie par le médecin pour sa salle d’attente peut favoriser cette adaptation. Elle est en cela comme un décor, et chacun respecte les règles d’une sorte de jeu de rôles,

qui se tient de la salle d'attente au cabinet de consultation. Le consultant devient patient, le médecin tient sa place de soignant.

Dans le discours des patients, on retrouve cette idée de décor : ils expriment une recherche de distraction, de détente, ou une coupure avec leur rythme habituel.

Mais le cadre ne fait pas tout, et semble même secondaire : ce n'est pas pour la salle d'attente que les personnes viennent, mais pour rencontrer leur généraliste.

Patients et médecins s'entendent sur la question du libre-choix mutuel, qui sous-tend l'adhésion aux soins. Chacun des deux protagonistes se réserve le droit de mettre fin à la relation, et ce fonctionnement semble intégré dans le cadre d'un accord moral tacite [32, 33].

Les médecins soulignent que la relation de soins est équilibrée, car les patients se montrent actifs. Ils soulèvent des problèmes, proposent des améliorations. Cela contribue à valoriser la fonction des soignants. Ces derniers sont d'ailleurs réceptifs aux suggestions de leurs patients. S'il s'agit de considérations matérielles, ils font leur possible pour y répondre en tenant compte de leurs propres contraintes.

- **La dimension psychologique de l'attente**

Les médecins sont conscients de la singularité de l'acte médical dans la vie quotidienne des patients. Leur attente a une dimension symbolique et psychologique, dont ils tiennent compte, et cela dès l'accueil proposé à l'entrée dans les locaux.

D'où une attention particulière au confort physique et mental pour les personnes : qualité des sièges, choix des couleurs, ambiance musicale parfois.

Les patients témoignent eux aussi de la symbolique de l'attente, qui est particulière dans le cadre de la médecine. Ils sont pourtant confrontés à l'attente dans leur vie de tous les jours. Mais ce qui se joue là est d'un autre ordre, puisque cela concerne leur santé.

Ils l'affirment : en cas de pathologie chronique ou sévère, l'attente chez le médecin peut être chargée d'angoisse. Dans les autres cas, ils se sentent sereins, disponibles, confiants.

L'état d'esprit des patients change quand la consultation débute, un peu comme s'ils entraient finalement dans le vif du sujet.

- **La personnalisation de la salle d'attente**

Chacun des médecins rencontrés a exposé une vision différente, et personnelle, de l'aménagement qu'il souhaitait pour sa salle d'attente. Certains y placent des objets personnels, ou qui représentent leurs opinions, leurs engagements professionnels. Le résultat reflète leur personnalité.

Le Dr Idris parlait dans sa thèse « *d'empreinte* » donnée par les professionnels aux lieux dans lesquels ils exercent [13]. Nos résultats rejoignent cette idée.

Au-delà de l'aspect purement matériel ou pratique, l'aménagement personnalisé des lieux reflète la satisfaction du médecin à exercer son métier.

La salle d'attente est adaptée à l'âge et aux besoins de la population prise en charge au cabinet médical. Les médecins considèrent que cet espace est un lieu fonctionnel incontournable, et selon leurs motivations, leur formation, ou leurs centres d'intérêts, ils l'envisagent aussi comme un espace à exploiter pour promouvoir la santé et la qualité des soins.

Cela passe, entre autres, par des initiatives proposées en salle d'attente, qui se poursuivent parfois en consultation s'il s'agit de promouvoir la santé d'un public-cible.

Parmi les expériences qui nous ont été rapportées, deux idées-phares ressortent en matière d'éducation à la santé :

- **l'utilisation de diaporamas** : cela nous paraît une solution à développer, sous réserve d'une évaluation. Il faut également tenir compte de l'engouement, pour le moment peu marqué, des médecins pour les outils audiovisuels.

- **la mise à disposition d'un classeur à consulter sur place** : ce support est déjà en place dans quelques salles d'attente, il est facile à mettre en œuvre. Mis à jour régulièrement, il permet d'informer les patients sur le fonctionnement du cabinet,

d'actualiser les numéros d'urgence, de mettre à disposition les coordonnées des principaux interlocuteurs du domaine social et sanitaire, ou des réseaux de soins. Chaque professionnel peut l'organiser à son idée, y placer des éléments des campagnes d'information, relayer les messages de l'actualité en les plaçant sous un angle médical.

L'intérêt de ce type de document est sa discrétion, et surtout le fait qu'il favorise une démarche spontanée et active de la part des consultants.

Il peut être un moyen de gérer la masse des sollicitations dont les médecins sont l'objet, en montrant des documents variés, triés bien sûr, mais surtout permettant d'éviter l'effet de surcharge inévitable dans le système habituel d'affichage.

En résumé, la salle d'attente se confirme comme un lieu qui ressemble au médecin, répond à ses objectifs, et lui sert aussi à « se faire plaisir » dans les domaines qui lui tiennent à cœur : cela peut être simplement son goût pour la décoration, ou la mise en œuvre de projets selon ses centres d'intérêt.

Travailler dans des conditions confortables et valorisantes participe au bien-être du médecin sur le long terme.

- **Le stress professionnel**

C'est une des raisons qui a motivé le choix de la méthode qualitative : le fait de laisser la parole libre à son interlocuteur permet d'aborder des sujets en lien avec le thème proposé, et de les explorer au mieux. Le sujet de la salle d'attente amène les médecins à évoquer le problème de leur charge de travail. Chacun d'entre eux appréhende les contraintes qui s'imposent à lui en fonction de sa personnalité, de son âge, de ses choix de carrière et d'exercice, et de sa vie personnelle.

Certains des praticiens rencontrés semblent proches de l'épuisement professionnel, et ils en ont plus ou moins conscience. Le sujet du stress au travail est passé dans la réflexion actuelle sur les modes d'exercice, et des possibilités d'aménagement émergent.

Les médecins ont conscience que des solutions simples sont à leur portée ; en particulier, leurs propos font ressortir qu'une organisation plus rationnelle du temps allège la pression qu'ils éprouvent. Cela consiste par exemple à travailler sur rendez-vous.

Se pose alors la question de ne pas laisser la gestion de l'agenda empiéter sur le temps médical. La solution qui s'impose le plus souvent est la délégation de cette tâche à un secrétariat.

Le bien-être au travail, pour les médecins, passe peut-être avant tout par la qualité de leurs contacts avec les patients. L'exercice de la médecine générale est une nouvelle fois décrit comme un métier ancré dans la relation, l'humanisme.

- **La médecine générale : une médecine « proche des gens »**

L'enquête réalisée auprès des patients apporte peu d'éléments pour illustrer la notion de proximité, de facilité d'accès à la consultation de leur généraliste. On peut l'expliquer par le fait que peu d'entre eux ont eu recours à d'autres niveaux du système de soins. Le schéma du « Carré de White » reproduit en annexe, et dont l'historique est rappelé dans un article de 2006 de l'Université de Liège [45], permet de mieux comprendre les interactions des différents niveaux de recours en santé. Pour la grande majorité des patients, le médecin généraliste est le référent en matière de soins, et leur situation ne nécessite pas de prise en charge plus spécialisée.

Un seul patient a évoqué son expérience de prise en charge hospitalière, en comparant les durées d'attente subies à ces occasions et celles imposées au cabinet de médecine générale.

De leur côté les médecins affirment leur volonté d'être proches de la population, faciles d'accès, à la fois en terme de délai avant l'obtention d'une consultation, et également dans leurs échanges pendant l'acte médical. Ils décrivent leur rôle de généraliste, inscrit dans le temps. Ils mesurent l'importance du temps consacré à chaque patient, et du maintien de la relation de soins sur le long terme.

Leur volonté d'être accessibles au plus grand nombre, et acceptés comme tels, se traduit entre autres par la ressemblance entre leurs locaux et les points de repère des patients. Leur discours fait apparaître leur ressenti sur le rôle joué par la salle d'attente, lieu familial, qui s'apparente à un « sas de décompression ».

En conclusion, la salle d'attente joue un rôle de « respiration » proposée entre le rythme habituel des personnes et l'entrée en consultation, dans une ambiance favorable. Cette étape n'est ni obligatoire – si le médecin fonctionne sur rendez-vous, l'attente est parfois très réduite – ni indispensable à la qualité de la consultation qui suit. Elle est simplement l'occasion d'un repos, d'une pause.

4. Des sujets annexes à développer ?

Plusieurs notions abordées au cours des entretiens ressortent au cours de leur analyse, mais mériteraient de faire l'objet d'explorations plus poussées.

Ces pistes de travail sont les suivantes :

- **Les relations avec les firmes pharmaceutiques**

Pour les médecins, le lien avec l'industrie pharmaceutique est matérialisé par la visite médicale. Ils reçoivent à leur cabinet les représentants chargés de les informer sur les spécialités et les dispositifs médicaux.

Les médecins sont désormais assez nombreux à refuser la présence des visiteurs médicaux dans leur cabinet. Dans notre travail, les motifs invoqués pour argumenter leur attitude est le manque de temps, l'influence exercée sur le libre-choix de prescription, et surtout la recherche d'une relation plus équilibrée. Il semblerait que les médecins soient demandeurs d'une coopération choisie, dans l'intérêt de tous, y compris celui des patients, et non subie.

Toute extrapolation est délicate sans l'apport de recherches complémentaires.

- **L'exercice en groupe**

Nous avons tenu compte des modalités d'exercice dans la constitution de l'échantillon afin de faire ressortir, dans l'organisation des locaux, la fonction et la taille de la salle d'attente selon que le médecin est installé seul ou en groupe.

Or les médecins ont abordé spontanément leur ressenti sur l'expérience de l'exercice de groupe, et cela déborde du cadre strict de la salle d'attente. Aucun ne semble déçu, mais ce mode de travail en équipe implique pour eux une communication accrue, une réflexion commune lorsqu'une décision s'impose.

Les praticiens évoquent les concessions négociées entre associés, le poids du regard des autres sur leurs propres initiatives ou opinions. Le groupe s'adapte plus ou moins facilement aux particularités d'exercice individuelles.

La question de la gestion financière du cabinet est résolue au moment de l'installation par un contrat, mais l'opportunité d'investissements supplémentaires peut se présenter au fil du temps, et nécessite une bonne entente. L'aspect financier ne doit pas être négligé au quotidien, car il influence les relations de travail.

Les médecins rencontrés sont, d'une façon générale, satisfaits de leur installation en groupe, quelles que soient leurs modalités. Elle leur permet de rompre l'isolement et leur donne les moyens de mener des projets plus ambitieux.

Il pourrait être intéressant de se pencher davantage sur les motivations des médecins qui se lancent dans une démarche d'exercice en groupe, voire en « maison de santé pluridisciplinaire ». Il serait possible de les confronter aux nouvelles attentes du public, et de rechercher des modifications éventuelles de la relation médecin-patient.

- **Le rapport du médecin à sa propre santé**

En réfléchissant à l'attente qui s'impose à leurs patients, les médecins ont évoqué leur propre ressenti face à l'attente. La constatation est la suivante : dans leur vie

personnelle, les médecins n'aiment pas attendre. Un des médecins interrogé a rapporté à demi-mots son expérience médicale en tant que patient, sur laquelle il est resté discret, mais il a confirmé qu'être soumis à ce régime provoquait chez lui une certaine gêne, de l'énervement.

Les données de notre enquête ne sont pas suffisantes, mais il serait intéressant de recenser les travaux déjà existants sur le sujet du médecin devenu patient, et de les compléter par une approche qualitative.

5. Les « idées phares »

Au total, cette enquête fait ressortir quelques enjeux centraux dans la manière d'envisager la salle d'attente des médecins généralistes.

En premier lieu le cabinet médical est à considérer comme un lieu à adapter à son **rôle d'accueil du public**. Il doit permettre de faciliter l'accès aux soins à la population, et être compatible avec la diversité des patients, en fonction de leur âge, de leur système de valeurs, et de leurs pathologies.

L'accueil est un pré requis essentiel pour favoriser une relation de soins constructive et durable dans le temps.

Deuxièmement, la **présence d'un secrétariat** joue un rôle fondamental pour humaniser les lieux et accueillir les consultants, mais elle permet également au médecin de travailler de façon plus fluide et efficace en le libérant de diverses tâches non médicales. Elle est la clé de la gestion d'un agenda de rendez-vous.

Troisièmement, les missions du médecin généraliste incluent un rôle **de prévention et d'éducation pour la santé**, largement reconnu et accepté par la profession. La salle d'attente apparaît comme une opportunité parmi d'autres pour diffuser des messages, à condition qu'ils soient sélectionnés, renouvelés, et investis par le médecin, qui peut les renforcer par des explications fournies au cours du colloque singulier. La consultation

médicale reste le moment le plus approprié pour induire et maintenir des changements de comportements en matière de santé.

Enfin, l'attente dans un cabinet médical a une symbolique singulière, qui peut être chargée d'angoisse ou de questionnements. Ainsi, même si l'information médicale fait partie des éléments attendus en salle d'attente, il est possible de « **démédicaliser l'attente** », et de proposer un espace de respiration, de transition, avant l'entrée dans la relation de soins proprement dite. Pour cela, le médecin doit veiller à ne pas surcharger les murs, ni imposer d'information médicale trop agressive ; l'une des pistes de réflexion est d'adapter les supports d'information pour qu'ils soient plus discrets et qu'ils favorisent une recherche active de la part des patients.

CONCLUSION

Les résultats de ce travail montrent que les médecins généralistes investissent leur salle d'attente de manière réfléchie et originale, prouvant leur volonté d'offrir aux patients qui leur confient leur santé un accueil chaleureux.

Au travers des témoignages recueillis, la salle d'attente se définit comme un espace à organiser, un temps à passer sans que l'attente soit ressentie comme pénible, et surtout comme le seuil symbolique de la relation médecin-patient.

Longtemps négligée, noyée dans la configuration globale du cabinet médical, la salle d'attente se voit depuis quelques années mise en lumière, en réponse aux sollicitations nombreuses pour y faire passer un maximum d'informations. Parmi les messages proposés, certains concernent la prévention, l'éducation pour la santé, domaines qui appartiennent au champ de compétences du généraliste.

Il s'agit désormais de s'adapter à ces changements en donnant aux murs des salles d'attente toute la valeur médicale et scientifique possible, sans les rendre froids ni impersonnels. La salle d'attente doit garder sa dimension « à taille humaine » qui est aussi celle de la médecine générale.

Les résultats de cette enquête proposent des pistes de réflexion pour adapter la qualité de l'information médicale, et repenser la salle d'attente en termes de qualité d'accueil, où le lien humain apporté par la présence d'une secrétaire est un atout.

Ainsi les patients pourront s'approprier davantage le lieu, et poursuivre la révolution amorcée dans leur relation avec le corps médical en devenant acteurs de leur santé.

La suite commence avec la consultation...

ANNEXES

I. Décret du 10 février 2009 (Journal Officiel)

Décrets, arrêtés, circulaires
TEXTES GÉNÉRAUX
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DE L'INDUSTRIE ET DE L'EMPLOI
**Décret no 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires
pratiqués par les professionnels de santé**

NOR : ECEC0823755D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi et de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1111-3 et L. 4163-1 ;

Vu le décret no 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er. – Au chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires), après la section 2, il est créé une section 3 comprenant les articles R. 1111-21 à R. 1111-25 ainsi rédigée :

« *Section 3*

« ***Obligation d'affichage du professionnel de santé***

« **Art. R. 1111-21.** – Les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et III de la quatrième partie du présent code et qui reçoivent des patients affichent, de manière visible et lisible, dans leur salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs des honoraires ou fourchettes des tarifs des honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie en vigueur correspondant aux prestations suivantes dès lors qu'elles sont effectivement proposées :

« 1°) Pour les médecins : consultation, visite à domicile et majoration de nuit, majoration de dimanche, majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées ;

« 2°) Pour les chirurgiens-dentistes : consultation et au moins cinq des prestations de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention les plus pratiqués et au moins cinq des traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale les plus pratiqués ;

« 3°) Pour les autres professionnels de santé : consultation, visite à domicile et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées.

« **Art. R. 1111-22.** – Les médecins mentionnés à l'article précédent doivent également afficher, dans les mêmes conditions matérielles et selon leur situation conventionnelle, les phrases citées au *a*, *b* ou *c* ci-après :

« *a)* Pour les médecins conventionnés qui pratiquent les tarifs fixés par la convention :

« “Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :

« – exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation;

« – non-respect par vous-même du parcours de soins.

« Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure.”

« *b)* Pour les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires supérieurs à ceux fixés par la convention :

« “Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie.

« Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

« Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie.”

« *c)* Pour les médecins non conventionnés avec l'assurance maladie, les phrases :

« “Votre médecin n'est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d'autorité », dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les médecins conventionnés.

« Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.”

« **Art. R. 1111-23.** – Les chirurgiens-dentistes mentionnés à l'article R. 1111-21 doivent également afficher, dans les mêmes conditions matérielles et selon leur situation conventionnelle, l'une des phrases citées aux *a*, *b* ou *c* ci-après :

« *a)* Pour les chirurgiens-dentistes conventionnés qui pratiquent les tarifs fixés par la convention :

« “Votre chirurgien-dentiste applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation.

« Pour les traitements prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, votre chirurgien-dentiste pratique des honoraires libres qui peuvent être supérieurs aux tarifs de remboursement par l'assurance maladie.

« Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, ces dépassements sont plafonnés.

« Si votre chirurgien-dentiste vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans les cas cités ci-dessus où votre chirurgien-dentiste fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure.”

« *b)* Pour les chirurgiens-dentistes conventionnés bénéficiant du droit permanent à dépassement :

« “Votre chirurgien-dentiste détermine librement ses honoraires, qui peuvent être supérieurs au tarif de remboursement par l'assurance maladie.

« Si votre chirurgien-dentiste vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans tous les cas, votre chirurgien-dentiste doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.”

« c) Pour les chirurgiens-dentistes non conventionnés avec l'assurance maladie, les phrases :

« “Votre chirurgien-dentiste n'est pas conventionné avec l'assurance maladie ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d'autorité », dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les chirurgiens-dentistes conventionnés.

« Si votre chirurgien-dentiste vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans tous les cas, votre chirurgien-dentiste doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.”

« **Art. R. 1111-24.** – Les professionnels de santé mentionnés à l'article R. 1111-21 autres que les médecins et les chirurgiens-dentistes doivent également afficher, dans les mêmes conditions matérielles et, selon leur situation conventionnelle, l'une des phrases citées au *a*, *b* ou *c* ci-après :

« *a*) Pour les professionnels de santé conventionnés qui pratiquent les tarifs fixés par la convention dont ils relèvent :

« “Votre professionnel de santé pratique des honoraires conformes aux tarifs de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent être dépassés, sauf en cas d'exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu des actes pratiqués.

« Si votre professionnel de santé vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

« Dans le cas prévu ci-dessus où votre professionnel de santé peut déterminer librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, il en détermine le montant avec tact et mesure.”

« *b*) Pour les professionnels de santé qui n'ont pas adhéré à la convention dont leur profession relève :

« “Votre professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'assurance maladie ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des « tarifs d'autorité », dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés.

« Si votre professionnel de santé vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.”

« *c*) Pour les autres professionnels de santé d'exercice libéral dont les rapports avec l'assurance maladie ne sont pas régis par une convention, les phrases :

« “Votre professionnel de santé fixe librement le montant de ses honoraires dans le respect du tact et de la mesure. Ils ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.”

« Dans toutes les phrases mentionnées aux *a*, *b* et *c* ci-dessus, le professionnel peut remplacer les mots “professionnels de santé” par la dénomination de sa profession.

« **Art. R. 1111-25.** – Le fait de ne pas afficher les informations relatives aux honoraires dans les conditions prévues aux articles R. 1111-21 à R. 1111-24 est sanctionné comme suit :

« En cas de première constatation d'un manquement, les agents habilités notifient au professionnel un rappel de réglementation mentionnant la date du contrôle, les faits constatés ainsi que le montant maximum de l'amende administrative encourue.

« Le professionnel en cause dispose d'un délai de quinze jours pour se mettre en conformité avec la réglementation ainsi rappelée. Passé ce délai, en cas de nouvelle constatation d'un manquement chez le même professionnel, le représentant de l'Etat dans le département notifie les manquements reprochés et le montant de l'amende administrative envisagée au professionnel, afin qu'il puisse présenter ses observations écrites ou orales, le cas échéant assisté d'une personne de son choix, dans le délai de quinze jours francs à compter de la notification.

« A l'issue de ce délai, le représentant de l'Etat peut prononcer une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 €. Il la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter et les voies de recours qui lui sont ouvertes. L'amende est recouvrée conformément aux dispositions des articles 76 à 79 du décret no 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique. »

Art. 2. – La ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, la ministre de la santé et des sports et le secrétaire d'Etat chargé de l'industrie et de la consommation, porte-parole du Gouvernement, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 10 février 2009.

Par le Premier ministre :
FRANÇOIS FILLON

La ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi,
CHRISTINE LAGARDE

La ministre de la santé et des sports,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Le secrétaire d'Etat chargé de l'industrie et de la consommation,
porte-parole du Gouvernement,
LUC CHATEL

II. Recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins

Conseil national de l'Ordre des médecins

Rapport adopté lors de la session des 5 et 6 octobre 2000

Dr François STEFANI

INFORMATIONS DANS LA SALLE D'ATTENTE DU MEDECIN
--

Résumé

On trouve dans les salles d'attente des médecins des informations de toute nature, délivrées sur des supports variés. Certaines sont obligatoires, imposées par des textes légaux ou réglementaires, d'autres sont le résultat de sollicitations ou de tentations auxquelles sont soumis les praticiens, qui devront agir avec prudence, le code de déontologie permettant le plus souvent de déterminer les limites à ne pas franchir.

Lieu de passage et de séjour du public, la salle d'attente des médecins fut de tout temps un endroit d'échanges 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.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est régulièrement saisi de demandes d'avis ou d'autorisation par des organismes désirant solliciter les médecins dans ce sens. D'autres moins scrupuleux le font sans se poser de questions.

DES OBLIGATIONS AUX SOLLICITATIONS ET AUX TENTATIONS

Lieu privé recevant du public, la salle d'attente du médecin n'a pas de statut juridique particulier. Cependant certaines règles élaborées au fur et à mesure de textes successifs s'imposent aux praticiens.

Il en est ainsi, par exemple, de l'aménagement des espaces pour l'accueil des handicapés, devenu obligatoire à l'occasion de travaux de transformation ou de l'interdiction de fumer...

Il en est ainsi encore des redevances payées à la SACEM lors de diffusions de programmes musicaux.

Responsable de ses locaux, le médecin doit par ailleurs veiller, en matière d'affichage ou d'information, au strict respect des règles déontologiques, légales et réglementaires.

OBLIGATIONS

Les médecins sont tenus d'afficher certaines informations dans leur salle d'attente, il s'agit :

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

SOLLICITATIONS

A côté de ces obligations, les médecins sont l'objet de nombreuses sollicitations de la part d'organismes les plus divers désireux d'informer le public par ce moyen.

Les caisses d'assurance maladie, les services de protection sanitaire ou sociale, les comités pour l'éducation sanitaire distribuent, de temps à autre, des affiches à placer dans les salles d'attente :

- campagnes de vaccination ou de dépistage ;
- lutte antitabac ;
- déclaration des maladies professionnelles ;
- explications sur le bon usage des antibiotiques, etc.

Les organisations caritatives, organisations non gouvernementales à caractère médico-social souvent, les associations de malades désireuses de se faire connaître, les ligues contre le cancer proposent leurs affiches et dépliants.

L'article 2 du code de déontologie, qui place le médecin au service de l'individu, mais aussi de la santé publique, ainsi que l'article 12, justifient sa participation à des campagnes d'intérêt général élaborées par les services d'action sanitaire et sociale, les caisses d'assurance maladie ou tout autre organisme reconnu d'utilité publique.

D'autres fois, le souci de santé publique n'apparaît pas au premier plan.

Les associations culturelles ou sportives locales voudraient disposer leurs publicités pour les manifestations qu'elles organisent.

Des laboratoires pharmaceutiques éditent des placards de promotion pour des campagnes de vaccination ou des informations sur telle ou telle maladie. D'autres distribuent aux médecins des présentoirs de livrets ou de dépliants contenant des conseils ou des règles hygiéno-diététiques, assortis souvent du nom du laboratoire lorsqu'il ne s'agit pas de la promotion de produits (laits maternisés, hypo-lipémiant par exemple).

Des entreprises purement commerciales, enfin, sous couvert d'activités culturelles sont désireuses d'utiliser la salle d'attente médicale à des fins uniquement lucratives : exposition de jouets chez les pédiatres, expositions tournantes d'œuvres d'art, etc.

Rappelons que le code de déontologie dans son article 19 interdit la pratique commerciale de la médecine et " tout aménagement donnant aux locaux une apparence commerciale " ce qui exclut les affiches et autres documents ou matériels à caractère publicitaire ou commercial.

TENTATIONS

Les médecins eux-mêmes sont tentés d'utiliser leur salle d'attente pour promouvoir leurs idées personnelles, expliquer des positions syndicales grâce à des affiches ou à des revues à disposition des patients.

Lors de conflits avec les caisses d'assurance maladie ou les pouvoirs publics, les syndicats médicaux proposent des affiches expliquant les causes d'une grève ou d'une manifestation. D'autres invitent leurs patients à signer telle ou telle pétition !

Certains confrères n'hésitent pas à utiliser cet espace à des fins de propagande politique, religieuse, voire sectaire : journaux très orientés, affiches ou dépliants d'information sur des méthodes de contraception dites " naturelles " plus ou moins éprouvées, propagande sectaire non dissimulée quelquefois.

D'autres feront la promotion de techniques ou procédés médicaux divers allant à l'encontre des données généralement admises de la science : campagnes contre les vaccinations (par exemple : affiche de publicité en faveur du livre " Pour en finir avec Pasteur").

Là encore, le code de déontologie fixe certaines règles claires :

- les articles 13, 14, 20 et 39 rappellent la responsabilité du médecin qui cautionnerait des informations fausses ou non vérifiées ;

- l'article 31 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 " ce qui l'oblige à veiller à la qualité des informations des affiches et des revues qu'il dispose dans sa salle d'attente.

Et si l'esprit général de notre code interdit toute pratique qui tendrait à prendre les patients en otage ou à exercer sur lui des pressions de tout ordre, les *Principes d'éthique médicale européenne* sont plus précis interdisant au médecin d'user de sa position pour " imposer au patient ses opinions personnelles, philosophiques, morales ou politiques " (Conférence internationale des ordres. Principes d'éthique médicale européenne. Janvier 1987).

Indépendamment du code de déontologie, le code de la santé publique dans son article R.5046-1 interdit toute publicité pour un médicament qui se référerait :

" à une recommandation émanant de scientifiques, de professionnels de santé ou de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques, ni des professionnels de santé, peuvent par leur notoriété inciter à la consommation du médicament concerné. "

PRATIQUES

Dans la pratique, les Conseils départementaux et le Conseil national sont souvent consultés sur l'opportunité de telle ou telle campagne d'information ou de promotion. Mais d'autres fois, il n'en est rien et les médecins sont directement démarchés par : les responsables d'associations culturelles ou sportives, les organisations caritatives, les délégués des laboratoires pharmaceutiques quand il ne s'agit pas d'établissements purement commerciaux.

Lorsqu'il s'agit d'organismes à but non lucratif et non commerciaux le médecin, partie prenante de la vie sociale, peut accepter de participer à la publicité d'événements locaux sportifs ou culturels, par exemple. Il agira ici avec prudence se gardant de trop s'engager vis-à-vis des uns ou des autres pour éviter des situations parfois difficiles. Il devra aussi veiller à la qualité des supports. Il n'est pas rare en effet que leur impression soit assurée par une marque de boissons dont les produits figurent en bonne place sur le document publicitaire.

Lorsqu'il s'agit de pures entreprises commerciales visant à faire connaître ou à vendre un produit ou une marque, la pratique est bien entendu interdite et répréhensible.

En revanche, la collaboration à des campagnes de santé publique, en particulier initiées par les services responsables, fait partie de la mission des médecins.

CONCLUSION

En matière d'information et d'affichage dans la salle d'attente, les obligations du médecin sont clairement définies par les textes.

En revanche, dans la plupart des cas, c'est au praticien que revient la responsabilité d'évaluer avec bon sens les limites de ce qui est admissible.

Il doit se garder de tout affichage à caractère outrancier ou de tout ce qui pourrait donner à ses locaux un aspect commercial et s'attacher à respecter la liberté de conscience de ses patients.

Il doit apprécier avec prudence et discernement, à la lumière du code de déontologie, la justification et la qualité des documents qui lui sont proposés.

III. Recommandations de l'Assurance

Maladie



Dossier mis à jour le 20 mars 2009

Depuis le 13 février 2009, de nouvelles dispositions du code de la santé publique imposent à tous les professionnels de santé qui reçoivent des patients d'afficher les tarifs de leurs honoraires.

Décret relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé

(décret n° 2009-152 publié au JO du 12 février 2009)

Le point sur toutes les informations tarifaires que vous devez afficher.

Au sommaire du dossier

- L'affichage des tarifs
- Les autres informations à afficher
- Les sanctions en cas de non-respect

L'affichage des tarifs

Vous êtes désormais tenu d'afficher, de manière visible et lisible dans votre salle d'attente ou, à défaut, dans votre lieu d'exercice, les tarifs (ou fourchettes de tarifs) des honoraires que vous pratiquez ainsi que leur tarif de remboursement par l'assurance maladie.

Cette obligation d'affichage concerne, dès lors que vous les proposez effectivement, les prestations suivantes :

- la consultation,
- la visite à domicile,
- la majoration de nuit,
- la majoration de dimanche,
- les majorations pratiquées dans le cadre de la permanence des soins,
- et au moins cinq des prestations que vous pratiquez le plus couramment.

Les autres informations à afficher

En plus des tarifs de vos honoraires, vous devez aussi afficher de manière visible et lisible dans votre salle d'attente ou, à défaut, dans votre lieu d'exercice, un des textes suivants, correspondant à votre situation conventionnelle :

1. **Vous êtes conventionné et vous pratiquez les tarifs fixés par la convention (secteur I)**

Vous devez afficher le texte suivant :

« Votre médecin applique les tarifs de remboursement de l'assurance maladie. Ces tarifs ne peuvent pas être dépassés, sauf dans deux cas :

- exigence exceptionnelle de votre part, s'agissant de l'horaire ou du lieu de la consultation ;
- non-respect par vous-même du parcours de soins.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas cités ci-dessus où votre médecin fixe librement ses honoraires ou ses dépassements d'honoraires, leur montant doit être déterminé avec tact et mesure. »

2. **Vous êtes conventionné et vous êtes autorisé à pratiquer des honoraires différents de ceux fixés par la convention (secteur II)**

Vous devez afficher le texte suivant :

« Votre médecin détermine librement ses honoraires. Ils peuvent donc être supérieurs au tarif du remboursement par l'assurance maladie.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure.

Si vous bénéficiez de la couverture maladie universelle complémentaire, votre médecin doit appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie. »

3. **Vous n'êtes pas conventionné**

Vous devez afficher le texte suivant :

« Votre médecin n'est pas conventionné ; il détermine librement le montant de ses honoraires. Le remboursement de l'assurance maladie se fait sur la base des tarifs d'autorité, dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les médecins conventionnés.

Si votre médecin vous propose de réaliser certains actes qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, il doit obligatoirement vous en informer.

Dans tous les cas, il doit fixer ses honoraires avec tact et mesure. »

Les sanctions en cas de non-respect
--

Prévues par le code de la santé publique, ces nouvelles dispositions sur l'obligation d'affichage des tarifs d'honoraires pratiqués vous concernent si vous recevez des patients, et sont applicables depuis le 13 février 2009.

Le fait de ne pas afficher ces informations relatives aux tarifs d'honoraires dans les conditions prévues vous expose aux sanctions suivantes :

En cas de première constatation d'un manquement

Les agents habilités vous notifieront un rappel de la réglementation mentionnant la date du contrôle, les faits constatés ainsi que le montant maximum de l'amende administrative encourue.

Vous disposerez alors d'un délai de quinze jours pour vous mettre en conformité avec la réglementation.

Passé ce délai, en cas de nouvelle constatation d'un manquement

Le représentant de l'Etat dans votre département vous notifiera les manquements reprochés et le montant de l'amende administrative envisagée.

Vous pourrez alors présenter vos observations écrites ou orales, assisté le cas échéant d'une personne de votre choix, dans le délai de quinze jours francs à compter de la notification.

A l'issue de ce délai, le représentant de l'Etat pourra prononcer une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 €. Il vous la notifiera en vous indiquant le délai dans lequel vous devez vous en acquitter et les voies de recours qui vous sont ouvertes.

A noter que l'amende est recouvrée conformément aux dispositions des articles 76 à 79 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique.

IV. Ressources de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Présentation du site internet : www.inpes.sante.fr



www.inpes.sante.fr
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

L'Inpes

Nous contacter

Offres d'emplois

Marchés publics

Délibérations du CA

Actualités

International

Appels à projets

Journées de la prévention

Le catalogue

La Santé de l'homme

Nouveautés éditoriales

Bases documentaires

Espaces thématiques ...

Espace réseau

Professions de santé

Professionnels de l'éducation

Espace presse

Recherche

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Grippe A (H1N1)



Epidémie de grippe A (H1N1)
Le point sur les conseils pour la population afin de limiter la propagation de l'épidémie et les informations pour les professionnels de santé.
Vaccination :
Après la fermeture des centres, la vaccination se poursuit chez les médecins libéraux...

Baromètre santé nutrition 2008



12 ans d'habitudes alimentaires passées au crible
L'Inpes publie le Baromètre santé nutrition 2008, troisième vague d'une enquête téléphonique initiée en 1996 et menée également en 2002. Le contenu de l'assiette et du verre des Français, la composition de leurs repas, leurs connaissances et perceptions en matière d'alimentation et d'activité physique ont ainsi été analysés sur une période de douze ans.

Outils d'intervention en éducation pour la santé



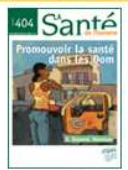
« Entre nous »
« Entre nous » : conçu par et pour des professionnels de santé travaillant avec des adolescents, cet outil permet d'initier et de mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé par des médecins, pharmaciens, et tout autre professionnel de santé exerçant en situation d'entretien individuel de santé avec un adolescent.

Et aussi...

- Soins palliatifs et accompagnement : une brochure pratique pour les malades et leur entourage
- Etude SNIPP : l'INPES lance une campagne d'aide au recrutement de femmes enceintes fumeuses, désireuses d'arrêter de fumer
- Grand froid : quelques précautions à prendre !
- Formation en éducation pour la santé : Repères méthodologiques et pratiques
- Agences régionales de santé : trois ouvrages pour accompagner leur création
- Le portail « Santé Jeunes » : toute la santé des 16-25 ans sur un site Internet
- Résultats de l'étude Entred 2007
- Guide d'autoévaluation : « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? »
- Trois enquêtes nationales sont en cours...

Accessibilité | Rechercher

La Santé de l'homme



Promouvoir la santé dans les DOM :
2. Guyane, Réunion

Lettres d'information



Equilibres 57
Tabac Actualités 101
Alcool Actualités 46
Collection "Evolutions"

Etudes / Enquêtes

Baromètre santé nutrition 2008
Evaluations
Enquête Anadep 2005
Enquête Nicolle 2006
Atlas Alcool 2005



www.inpes.sante.fr
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

L'Inpes

Nous contacter

Offres d'emplois

Marchés publics

Délibérations du CA

Actualités

International

Appels à projets

Journées de la prévention

Le catalogue

La Santé de l'homme

Nouveautés éditoriales

Bases documentaires

Espaces thématiques ...

Espace réseau

Professions de santé

Professionnels de l'éducation

Espace presse

Recherche

éditions

Catalogue des documents d'éducation pour la santé

Affiches, dépliants, brochures, mais aussi coffrets d'éducation pour la santé, outils médecins, livres, matériel audio et vidéo, l'INPES propose au grand public et aux professionnels de l'éducation et de la santé quelque 250 documents différents.

Pour commander...

Rechercher par thèmes, populations, supports et publics :

Thème :

Population :

Support :

Public :

☒ Disponibles à la commande

☒ Disponibles en version électronique

Informations légales | Plan du site | Nous écrire | Liens | Sante.fr

Exemples de documents disponibles sur simple demande :



GRIPPE

**DES GESTES SIMPLES
POUR LIMITER LES RISQUES
DE TRANSMISSION**

**LAVEZ-VOUS LES MAINS
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR**
AVEC DU SAVON OU UTILISEZ UNE SOLUTION HYDROALCOOLIQUE

**LORSQUE VOUS ÉTERNUEZ OU TOUSSEZ,
COUVREZ-VOUS LA BOUCHE ET LE NEZ
AVEC VOTRE MANCHE**
OU UN MOUCHOIR À USAGE UNIQUE

**EN CAS DE SYMPTÔMES GRIPPAUX,
APPELEZ VOTRE MÉDECIN TRAITANT**
CONTACTEZ LE 15 UNIQUEMENT EN CAS D'URGENCE

POUR TOUTE INFORMATION
0 825 302 302
(0,15 euro/min depuis un poste fixe)
www.pandemie-grippale.gouv.fr

Les gestes de chacun font la santé de tous

V. Le « Carré de White »

L'organisation des soins et du niveau de recours en fonction de la plainte ressentie par les malades fait l'objet du diagramme de White-Williams-Greenberg, dit «Carré de White». Il s'agit d'une publication de 1961 parue dans le New England Journal of Medicine, retravaillée par Kerr White en 1973. Elle est reprise par la suite dans différents débats sur le fonctionnement du système de soins et la place qu'occupe la médecine générale.

Le schéma reproduit ci-dessous est issu d'un article de D. Giet, de l'Université de Liège, paru en 2006 dans la Revue Médicale de Liège [45]. L'auteur y retrace l'historique de ce diagramme, et les enjeux qu'il a suscité et continue d'alimenter.

- A. Population totale à risque : 1000**
- B. Personnes qui rencontrent un médecin dans un contexte ambulatoire : 720**
- C. Personnes admises dans un hôpital : 100**
- D. Personnes admises dans un hôpital universitaire : 10**

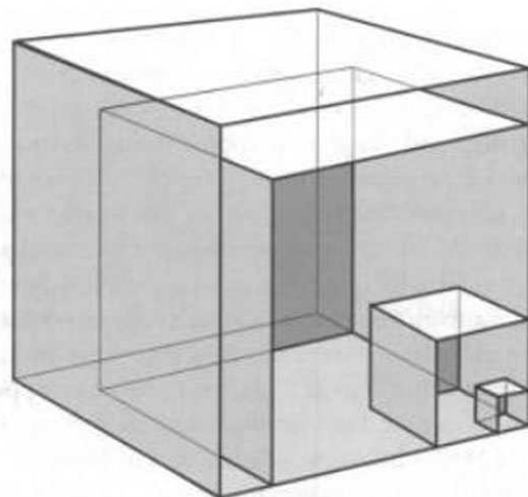


Figure représentant la distribution de la demande en soins médicaux au sein d'une population standard, durant une année (selon White 1973 (7)).

BIBLIOGRAPHIE

1. Soulé, M., *Architecture et attente*, in *La salle d'attente : "clinique" et espace méconnus*. 1985, Les éditions ESF. p. 22-48.
2. Soulé, M., *Réhabilitation de la salle d'attente dans les centres de protection infantile*, in *La salle d'attente, "clinique" et espace méconnus*. 1985, Les éditions ESF. p. 121-134.
3. Baude, N. et A. Flacher, *Exercice médical des futurs médecins généralistes : désirs et attente des internes*. 2007, Faculté de Médecine de Grenoble: Grenoble.
4. Marchand, O., *Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse de la situation et méthodologie*, Faculté de Médecine de Grenoble. 2006: Grenoble.
5. Vauthier, J.-C., *L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures ; proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural*, Faculté de Médecine de Nancy. 2006, Université Henri Poincaré, Nancy 1: Nancy.
6. Stefani, F., *Informations dans la salle d'attente du médecin*. 2000, Conseil National de l'Ordre des Médecins.
7. *Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé*. 2009, Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi.
8. Faivre-Jussiaux, M., *La salle d'attente de mon psychanalyste*. 2008: érès éditions.
9. Ponsar, B., *Psychologie de la salle d'attente*, Faculté de Médecine de Nancy. 1976, Université Nancy 1: Nancy.
10. Bertoliatti-Fontana, S., *Attente et salle d'attente en médecine générale*. 1987, Faculté de Médecine Xavier-Bichat, Université Paris VII: Paris.
11. Playon, P. et M. Douin-Playon, *Contribution de la salle d'attente des médecins généralistes à l'éducation pour la santé*, Faculté de Médecine de Tours. 1990, Université François Rabelais: Tours.

12. Hector, S., *A quoi sert la salle d'attente en médecine générale ? Comment les médecins la conçoivent et la perçoivent ? Comment les patients la perçoivent ?*, Faculté de Médecine de Créteil. 1999, Université Paris XII - Val de Marne: Paris.
13. 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.*, Faculté de Médecine d'Amiens. 2009, Université de Picardie Jules Verne: Amiens.
14. Charnock, C., *Swabbing of waiting room magazines reveals only low levels of bacterial contamination.* Br J Gen Pract, 2005. 55(510): p. 37-9.
15. Merriman, E., P. Corwin, and R. Ikram, *Toys are a potential source of cross-infection in general practitioners' waiting rooms.* Br J Gen Pract, 2002. 52(475): p. 138-40.
16. Racine, A.D. and A.G. Davidson, *Use of a time-flow study to improve patient waiting times at an inner-city academic pediatric practice.* Arch Pediatr Adolesc Med, 2002. 156(12): p. 1203-9.
17. Druais, P.-L., *Education pour la santé : quel enseignement en médecine générale ?* La Santé de l'Homme - INPES, 2005(376): p. 29-30.
18. HAS, *Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation.* 2007, juin, Haute Autorité de Santé.
19. HAS, *Education thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser?* 2007, juin, Haute Autorité de Santé.
20. HAS, *Education thérapeutique du patient : Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique?* 2007, juin, Haute Autorité de Santé.
21. d'Ivernois, J. et R. Gagnayre, *Apprendre à éduquer le patient - Approche pédagogique - 3e édition.* Education du patient. 2008: Ed Maloine.
22. Traynard, P.-Y., *Conseiller une éducation à son patient.* Le Concours Médical, 2008. 130-18: p. 4.
23. Buttet, P. et H. Bourdessol, *S'informer et informer : médecins et pharmaciens parlent de prévention.* La Santé de l'Homme - INPES, 2005(376): p. 21-22.
24. Ward, K. and K. Hawthorne, *Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice.* Br J Gen Pract, 1994. 44(389): p. 583-5.
25. Wicke, D.M., et al., *The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education.* Fam Pract, 1994. 11(3): p. 292-5.

26. Assathiany, R., et al., *La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ?* Archives de Pédiatrie, 2005(12-1): p. 10 à 15.
27. Shiroyama, C., et al., *Getting the message across: the development and evaluation of a health education video in general practice*. Health Bull (Edinb), 1997. 55(1): p. 58-61.
28. Varnavides, C.K., A.G. Zermansky, and C. Pace, *Health library for patients in general practice*. Br Med J (Clin Res Ed), 1984. 288(6416): p. 535-7.
29. Balint, M., *Le médecin, son malade et la maladie*. 1957: Payot. 418p.
30. Soulé, M., *Le médecin dans la salle d'attente, une expérience Balint*, in *La salle d'attente : "clinique" et espace méconnus*. 1985, Les éditions ESF. p. 53-58.
31. Muller, P., *Parler pour soigner : fragments*. Pratiques, 2006. 32.
32. Steine, S., A. Finset, and E. Laerum, *[What is the most important for the patient in the meeting with a general practitioner?]*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2000. 120(3): p. 349-53.
33. UPML, *Qualité de l'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes*. 2002, Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes: Lyon.
34. Tate, P., *Soigner (aussi) sa communication*. 2005: De Boeck et Larcier.
35. Winckler, M., *La maladie de Sachs*. 2004. Ed: J'ai Lu.
36. Berger, J. et J. Mohr, *Un métier idéal - Histoire d'un médecin de campagne*. 1967. 170p.
37. <http://www.le-toubib-est-generaliste.net/>, *Présentation du cabinet*. 2006.
38. <http://www.le-toubib-est-generaliste.net/>, *Absolument sans rapport*. 2008.
39. Blanchet, A. et A. Gotman, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Collection Sociologie 128. 1998: Ed Nathan Université.
40. Paillé, P. et A. Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, ed. C. U. 1997: Ed Armand Colin.
41. DeKetele, J.-M. et X. Roegiers, *Méthodologie du recueil d'informations - Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Méthodes en sciences humaines. 1998: Ed De Boeck Université.
42. Thierry, V., *Patients et Alcool en médecine générale : Vécu et représentations des médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative*, Faculté de Médecine de Nancy. 2009, Université Henri Poincaré Nancy 1: Nancy.

43. Habchi, S. et S. Lebdi, *Collectif Ni Putes Ni Soumises "Le Guide du Respect ; Filles et Garçons : mieux vivre ensemble"*. 2005: Ed le cherche midi.
44. Favier, P., *Un outil de présentation des stages chez le praticien destiné aux patients ?* 2009, Faculté de Médecine de Nancy: Nancy.
45. Giet, D., *Ecologie des soins médicaux, carré de white, soins primaires et médecine générale*. Rev Med Liege, 2006. 61(5-6): p. 277-84.

VU

NANCY, le 8 mars 2010
Le Président de Thèse

NANCY, le 8 mars 2010
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE 3226

NANCY, le 11 mars 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RESUME DE LA THESE :

La salle d'attente, longtemps négligée, noyée dans la configuration globale du cabinet médical, se voit depuis quelques années mise en lumière comme un outil pour faire passer un maximum d'informations, dans le domaine de la prévention et l'éducation pour la santé. Les publications à ce sujet rapportent essentiellement des études par questionnaires qui explorent les conditions matérielles nécessaires.

Nous avons choisi de mener une enquête auprès des médecins généralistes, acteurs de soins de premier recours, en employant la méthode qualitative, technique de référence dans le domaine des sciences humaines. L'objectif principal de l'enquête était d'établir un état des lieux des représentations de ces médecins sur leur salle d'attente, de l'importance qu'ils lui accordaient dans le fonctionnement de leurs cabinets, et de comparer leur point de vue à celui des patients. Des entretiens ont été réalisés auprès de treize médecins généralistes et onze patients fréquentant leurs cabinets. Enregistrés, ils ont été retranscrits, et analysés au travers d'une grille de lecture par thématique.

Les résultats montrent que les médecins généralistes investissent leur salle d'attente de manière réfléchie et originale, dans une volonté d'offrir aux consultants un accueil chaleureux. La salle d'attente se définit comme un espace à organiser, un temps à passer sans que l'attente soit ressentie comme pénible, et surtout comme le seuil symbolique de la relation médecin-patient. Des pistes de réflexion sont proposées afin d'adapter la qualité de l'information médicale, de lui conserver la meilleure valeur scientifique possible, sans surcharger les murs, et repenser la salle d'attente en termes de qualité d'accueil favorisant le lien humain.

Ainsi la salle d'attente est montrée dans une dimension « à taille humaine », qui est aussi celle de la médecine générale.

TITRE EN ANGLAIS :

The waiting-room, its representations and stake: general practitioners and patients comparative standpoint through a qualitative study

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2010

MOTS CLEFS :

Salle d'attente
Médecine générale
Education pour la santé
Enquête qualitative

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
