

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**L'information professionnelle pour préparer la relation professionnelle dans  
une salle d'attente de médecine familiale**

par  
Annie Mutoba Kazadi

Département de communication  
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc)  
en sciences de la communication

Mai, 2008

© Annie Mutoba Kazadi, 2008



**Université de Montréal  
Faculté des études supérieures**

**Ce mémoire intitulé :**

**L'information professionnelle pour préparer la relation professionnelle dans une  
salle d'attente de médecine familiale**

**présenté par :**

**Annie Mutoba Kazadi**

**a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :**

**Lorna Heaton  
président-rapporteur**

**André-A. Lafrance  
directeur de recherche**

**Claude Sicotte  
membre du jury**

## *Sommaire*

---

Dans ce mémoire, nous nous intéressons aux informations que les patients reçoivent et pourraient recevoir dans la salle d'attente d'une clinique de médecine familiale. Certaines informations sont déjà diffusées à l'aide d'affiches et de dépliants par exemple. Mais, grâce aux nouvelles technologies de télécommunication, il serait possible de télécharger, à partir d'un centre de diffusion (association professionnelle, agence d'un ministère ou entreprise privée, avec ou sans but lucratif) du matériel d'informations plus développé sur des écrans situés dans les salles d'attente.

Notre recherche ne porte pas sur la faisabilité organisationnelle ou technique de cette possibilité de diffusion. Nous nous concentrons sur les genres d'informations qui pourraient être diffusées dans une telle éventualité technologique. Notre objectif est donc d'identifier une plateforme commune entre les besoins en informations exprimés par les patients et les besoins informationnels des médecins.

Nous avons émis une hypothèse de convergence entre les besoins en informations des patients et des médecins qui s'est vérifiée sur le terrain. Cependant nous avons noté que les données démontraient les caractéristiques d'une convergence fragile, ce qui a entravé la rencontre de notre objectif d'une plateforme commune.

Nous croyons pourtant qu'une telle plateforme d'informations pourrait minimiser les inconvénients de l'attente et enrichir la relation professionnelle médecin/patient. Notre recherche souligne la pertinence de comprendre les besoins informationnels entre les parties d'une relation professionnelle, et contribue à la littérature sur les besoins en informations dans une salle d'attente d'un cabinet médical.

**Mots clés :** information professionnelle, relation professionnelle, communication, convergence, salle d'attente, médecins, patients, besoins informationnels.

## *Abstract*

---

This master's thesis deals with the information transmitted to patients and the informations that could be shared with them in the waiting room of a physician. Although information is already conveyed through posters and leaflets for example, the development of new telecommunication technologies would allow a set of information to be downloaded from a master information controller (professional associations, government organisations, private or non-profit businesses).

Our research does not discuss the organizational or technical feasibility of such a transmission. We are strictly interested in the type of information that could be broadcast through that potential technology. Hence, in order to define that type, our objective is to identify the common set of informational needs of both patients and physicians.

We hypothesized a confluence between the informational needs of both parties. However, though the hypothesis was verified on the field, the confluence that rose from the data was characterized as weak, and that prevented us from establishing a common information set.

Nevertheless, we believe that such a common information set drawn from the confluence between informational needs of both patients and physicians would minimize the inconvenience of the time spent in the waiting room. More, it could enrich the professional contact between the two groups.

Our research highlights the relevance of understanding the informational needs of the parties of a professional partnership and contributes to the literature on the informational needs in the waiting room of a physician.

**Keywords :** professional information, professional contact, communication, confluence, waiting room, pediatricians, patients, information needs.

## *Table des matières*

---

<b>Sommaire.....</b>	<b>i</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>ii</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>iii</b>
<b>Liste des sigles et des abréviations .....</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>vi</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre 1 – La problématique .....</b>	<b>1</b>
1.1 La définition du problème de recherche : l'information professionnelle au cœur de la relation professionnelle, dans une salle d'attente de médecine familiale .....	4
1.2 Tableau historique : les quatre principes de la médecine familiale selon le Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC) .....	6
1.3 La salle d'attente : un milieu prolifique.....	9
1.3.1 <i>L'importance de la communication entre médecins et patients et la         satisfaction des patients.....</i>	<i>9</i>
1.3.2 <i>La salle d'attente commerciale ou éducative.....</i>	<i>12</i>
1.3.3 <i>Le danger de l'exploitation commerciale de la salle d'attente par les         sociétés pharmaceutiques.....</i>	<i>13</i>
1.3.4 <i>L'approche pédagogique dans la salle d'attente.....</i>	<i>16</i>
1.3.5 <i>Médecins et patients, en relation dans la salle d'attente.....</i>	<i>25</i>
..... <i>Erreur ! Signet non défini.</i>	
<b>Chapitre 2 - Cadre conceptuel.....</b>	<b>30</b>
2.1 Définition des concepts.....	30
2.2 Présentation des concepts.....	32
<b>Chapitre 3 – Méthodologie.....</b>	<b>43</b>
3.1 L'approche générale de cette recherche.....	<i>43</i> <b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3.2 Opérationnalisation des concepts : concepts et dimensions.....	48


3.3 Description du terrain : la salle d'attente d'une clinique de médecine familiale .....	52
3.4 Description de la population : médecins et patients d'une clinique de médecine familiale.....	53
3.5 Description des outils méthodologiques : les grilles d'entrevue.....	53
.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Chapitre 4 – Présentation des résultats .....</b>	<b>57</b>
4.1 Points de vue des patients .....	57
4.2 Points de vue des médecins .....	59
<b>Chapitre 5 - Analyse des résultats .....</b>	<b>66</b>
5.1 Catégorisation des données .....	66
5.2 Divergence des points de vue .....	71
5.3 Convergence des points de vue .....	72
<b>Chapitre 6 - Discussion des résultats .....</b>	<b>75</b>
6.1 Retour au questionnaire.....	75
6.2 Retour à la problématique.....	79
6.3 Retour au cadre conceptuel.....	83
6.4 Limites de l'étude .....	88
<b>Conclusion .....</b>	<b>90</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>92</b>
<b>Annexe A - Grille d'entrevue initiale pour les patients... I</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Annexe B - Grille d'entrevue initiale pour les médecins.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe C - Rétroaction des patients.....</b>	<b>VIII</b>



## ***Liste des sigles et des abréviations***

---

<b>CBC</b>	<b>Canadian Broadcasting Corporation</b>
<b>CMFC</b>	<b>Collège des Médecins de Famille du Canada</b>
<b>CMQ</b>	<b>Collège des Médecins du Québec</b>
<b>OMS</b>	<b>Organisation Mondiale de la Santé</b>
<b>SRAS</b>	<b>Syndrome respiratoire aigu sévère</b>
<b>UPML</b>	<b>Union Professionnelle des Médecins Libéraux</b>





## *Remerciements*

---

Je tiens à remercier le Professeur André-A. Lafrance pour les multiples corrections et ses précieuses suggestions. Merci d'avoir nourri ma rigueur, ma vigilance, ma patience, ma persévérance.

Merci au Professeur Kazadi d'avoir rationalisé certains doutes et de m'avoir transmis le goût de la pédagogie.

Merci à ma Chère Mère de m'avoir transmis la foi et le goût de la réussite.

Merci à ma colocataire, ma partenaire, ma sœur Laura. Merci pour ta flamme, ta générosité humaine, et ton sens de l'humour. Merci d'être aussi réfléchie, d'avoir compris sans demander, d'avoir «assisté au spectacle», et d'avoir applaudi même quand il n'y avait rien à applaudir.

Merci à Christian d'être une source d'inspiration par son courage, merci à Jerry pour sa ténacité. Merci à Chantal pour sa résilience.

Merci à Kathleen pour sa foi, son soutien, ses encouragements et sa présence. Merci à Adama pour sa perspicacité, sa clairvoyance, notre ressemblance et toutes ces conversations. Merci à Céderne de m'avoir gardé les pieds sur terre et de m'avoir fait rire.

Merci à toute ma famille, à tous mes amis qui m'ont encouragé tout au long de ce processus. Merci pour votre appui et merci d'avoir toléré mes absences.

Merci à mes collègues de travail qui m'ont aidé à endurer cette double-vie pendant de nombreux mois. Merci pour votre support. Merci à mon mentor qui me pousse à me poser les bonnes questions pour faire les bons choix.

La communication, les relations professionnelles et l'information professionnelle sont devenues des passions. Et ma formation en développement international me pousse à vouloir me servir de ces passions pour trouver des solutions propres autant aux réalités occidentales qu'aux réalités des pays du continent africain. Donc ce mémoire de maîtrise n'est que le début.

## *Introduction*

---

La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité, à condition qu'on ne la réduise pas au statut de marchandise, objet d'enjeux économiques 'La com.' (Mantz et al., 2006, p.3)

L'attente. Il est rare de rencontrer quelqu'un qui n'ait jamais eu à attendre : attendre son tour, attendre une réponse, attendre quelqu'un, attendre dans la salle d'attente d'un médecin. L'attente dans l'antichambre d'un bureau de médecin est d'une nature particulière, ce qui explique, d'ailleurs, qu'elle se classe parmi les principales récriminations des utilisateurs du système de santé. Les patients doivent attendre leur tour en salle et occuper ce temps involontairement « libre » de différentes façons, en feuilletant un magazine, en scrutant les affiches bourrées de conseils, en angoissant sur ce qui les amène en ce lieu, ou encore, de plus en plus, en parlant au téléphone cellulaire.

La salle d'attente est pourtant un espace qui offre de multiples possibilités de transmettre des informations qui pourraient améliorer l'interaction et la diffusion du savoir entre médecins et patients. Les patients pourraient passer ce temps « libre » de manière plus constructive, et y acquérir, par exemple, de nouvelles connaissances dans le domaine de la santé ou une meilleure compréhension de la réalité professionnelle du médecin qu'ils vont rencontrer. L'espace et l'attente pourraient donc être utilisés comme outils de communication et de transformation des relations entre patients et professionnels de la santé.

C'est ce potentiel de communication qui nous pousse à nous intéresser à une plateforme de contenu entre patients et médecins dans une salle d'attente de médecine familiale. Cette recherche pourra éventuellement servir à bonifier ce

moment d'attente entre l'arrivée dans une clinique et la consultation médicale, et maximiser l'utilisation de cet espace habité par les patients et plus ou moins contrôlé par les médecins qui ne sont pas toujours propriétaires de ces cliniques<sup>1</sup>.

Cette recherche vise à mettre à profit temps et espace, en déterminant s'il y a une convergence<sup>2</sup> entre les informations que les patients veulent recevoir et que les médecins souhaiteraient partager avant la consultation, et ainsi utiliser le temps et l'espace d'attente à des fins d'information et d'éducation qui satisferaient les deux parties.

Le premier chapitre de ce mémoire de recherche expose notre questionnement et la revue de littérature d'où il provient. Pour ce faire, nous brossons le tableau historique du Collège des Médecins de Famille du Canada, et présentons leurs quatre principes directeurs. Ensuite, nous dégagons les différentes études réalisées sur la communication entre médecins et patients, et sur les salles d'attente dans le domaine de la médecine. Nous en profitons également pour approfondir l'explication de notre objectif de convergence entre les besoins informationnels des patients et ceux des médecins. C'est-à-dire le genre d'informations pour lequel les patients opteraient dans la salle d'attente, et les informations que les médecins voudraient voir transmettre aux patients ou qu'il faudrait solliciter du patient pour qu'il se prépare.

Le deuxième chapitre révèle notre cadre conceptuel qui est délimité par l'information professionnelle, la relation professionnelle et l'espace. Ces concepts qui ont guidé nos travaux sont définis et présentés. Cette présentation permet en fait de circonscrire l'objet de notre recherche et formule pourquoi et comment l'information professionnelle prépare la relation professionnelle.

---

<sup>1</sup> Nous reviendrons plus tard sur ce dernier point.

<sup>2</sup> Par convergence des informations, nous entendons similarité des informations désirées par les deux groupes à l'étude.

Le troisième chapitre expose la méthodologie qualitative employée lors de l'enquête. Nous développons pourquoi nous avons choisi une approche interprétative, et présentons l'opérationnalisation des concepts. Nous décrivons également le terrain et la population analysés. Puis, nous expliquons les limites de l'utilisation des outils méthodologiques préparés avant l'enquête.

Nous consacrons le quatrième chapitre à la présentation des résultats où nous rapportons les points de vue respectifs des patients et médecins.

Le cinquième chapitre donne suite à la présentation des résultats afin d'y déterminer convergence ou divergence après la catégorisation des données. Les concepts de convergence solide et fragile qui ont émergé de notre recherche sont aussi révélés.

Dans le sixième et dernier chapitre, nous retournons au problème de recherche initial et au cadre conceptuel. En fait, certains constats méritent de reprendre la discussion des éléments de notre problématique. De plus, un retour au cadre conceptuel démontre comment les différentes dimensions conceptuelles se sont vérifiées sur le terrain. Pour finir, nous abordons les limites de notre étude.

## ***Chapitre 1 – La problématique***

---

### **1.1 La définition du problème de recherche : l'information professionnelle au cœur de la relation professionnelle, dans une salle d'attente de médecine familiale**

L'importance de cette problématique repose, certes, sur celle que les services de santé occupent sur la place publique. Les patients sont contraints d'attendre avant de consulter, et le temps de qualité passé dans le cabinet du médecin est une grande source de satisfaction. Donc, plus les patients passent du temps avec le médecin, plus ils sont satisfaits. Or, plus un patient passe du temps dans le cabinet médical, plus les autres patients attendent. L'attente est par conséquent liée à la satisfaction des patients, et ne peut être évitée dans le contexte structurel et organisationnel actuel<sup>3</sup>. Faute de pouvoir l'éliminer, il est souhaitable de rendre l'attente profitable pour tous.

L'identification des informations que voudraient partager les médecins et les patients, protagonistes<sup>4</sup> dans cet espace, serait par conséquent un moyen optimal d'utiliser le temps d'attente. Profiter de ce moment d'attention pour informer les patients et favoriser la communication entre médecins et patients rendrait plus efficace la relation professionnelle médecin/patient.

La question centrale de notre recherche se lit donc comme suit: *dans une salle d'attente de médecine familiale, y a-t-il une convergence entre les besoins*

---

<sup>3</sup> Comme les médecins interrogés évoquent : pénurie des médecins de famille, manque d'effectif, surpopulation des cliniques.

<sup>4</sup> Par protagonistes, nous entendons ici médecins et patients. Nous ne tenons en rien à soustraire l'importance de tout le personnel médical qui maintient sur pied les salles d'attente. L'intérêt de notre recherche précise notre angle de recherche sur la relation professionnelle entre les médecins et les patients et les interactions de ces deux groupes exclusivement, d'où la réduction dans le cadre de notre recherche, des acteurs dans la salle d'attente, aux médecins et aux patients.

*informationnels exprimés par les patients et ceux que les médecins perçoivent comme existants – ou devant exister – chez les patients qu’ils vont rencontrer ?*

Nous allons confronter les attentes de chacun des deux groupes. Nous émettons l’hypothèse qu’il y aura, finalement, une certaine convergence. Les points et sujets convergents constitueront l’information professionnelle pour préparer la relation professionnelle.

Nous chercherons à valider notre hypothèse de communauté de contenu recherchée par les partenaires de cette rencontre professionnelle : les médecins et leurs patients. Nous offrirons ainsi aux gestionnaires de salles d’attente une plateforme de contenu sur laquelle ils pourront construire leurs différents scénarios d’aménagement du temps et de l’espace d’attente.

- ~ À ce propos, une question se pose : pourquoi rechercher maintenant une telle plateforme ? En fait, dans un monde médical qui favorise logiquement la préservation de la santé et la satisfaction des patients<sup>5</sup>, il est normal de s’assurer que toute information qui circule dans la salle d’attente soit adaptée aux besoins des médecins et des patients. Dans les faits, la pertinence d’une plateforme de contenu est par exemple accentuée par le développement de nouvelles technologies qui permettent des téléchargements de vidéos à partir d’un diffuseur central.

Notre problématique prend donc beaucoup d’intérêt dans l’avenir des activités d’informations des salles d’attente, puisque la portée des messages qui y seront diffusés sera maximisée si les messages répondent aux besoins informationnels des médecins et des patients. En effet, dans ce cas, les patients qui séjournent dans la salle d’attente jouiraient d’une information qui les touche, et les médecins pourraient requérir la diffusion dans la salle d’attente d’informations qu’ils désireraient transmettre aux patients.

---

<sup>5</sup> Comme en témoignent les différentes recherches que nous allons présenter.

## **1.2 Tableau historique : les quatre principes de la médecine familiale selon le Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC)**

Notre recherche pénètre le monde des médecins de famille et leurs patients. Et, pour mieux interpréter les besoins informationnels et la relation professionnelle entre les deux groupes mais aussi capter le contexte de notre effort, dresser le tableau historique qui révèle les origines et les principes du rôle des médecins de famille auprès de leurs patients est nécessaire.

Initialement,

au milieu du 20<sup>e</sup> siècle, le rôle de l'omnipraticien connaissait un déclin en raison du savoir médical en expansion rapide et de la propension à la spécialisation. La situation a amené l'Association médicale canadienne et certains omnipraticiens visionnaires à fonder le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). L'instauration de la certification du CMFC en 1969 a précisé le rôle du médecin de famille. Durant les années 1980 et 1990, le vieillissement de la population et l'évolution de 55 spécialités et du rôle des infirmières praticiennes en tant que dispensatrices de soins de première ligne ont à nouveau embrouillé le rôle du médecin de famille dans le système de santé. Au milieu des années 1980, le CMFC a promulgué les 4 principes de la médecine familiale. Ils servent d'orientation et de guide pour les praticiens, les programmes de résidence ainsi que le CMFC, lorsqu'il prend des décisions en matière de politique éducative. (Rosser, 2006, [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2_fr.asp), consulté le 3 mai 2007)

Les quatre principes sont les suivants :

- 1) La relation médecin/patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille : la confiance et le respect sont essentiels pour entretenir un partenariat entre le médecin et le patient. (Rosser, 2006, [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2_fr.asp), consulté le 3 mai 2007)

D'après le CMFC, la confiance dans la relation qui unit le médecin et le patient est centrale, il est donc d'actualité de réfléchir sur la communication entre médecin et patient. Mieux encore, il est capital de s'assurer que cette communication et les

informations qui l'alimentent satisfassent chaque partie, pour maintenir un partenariat et nourrir ce respect.

- 2) Le médecin de famille est un clinicien compétent : les médecins de famille sont de par leur nature des experts dans le traitement des problèmes de santé les plus courants dans la collectivité, mais aussi d'autres problèmes plus rares menaçant la vie ou nécessitant des traitements. (Rosser, 2006, [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2_fr.asp), consulté le 3 mai 2007)

La salle d'attente est le lieu qui sépare généralement le « mal » du patient du diagnostic de ce mal qu'il découvrira éventuellement dans le cabinet médical. En effet, quand un problème de santé survient, le médecin de famille est en général le premier consulté. Il est alors naturel que la salle d'attente du médecin de famille soit aussi un lieu d'informations utiles sur les problèmes de santé courants.

- 3) Le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients : le rôle des médecins de famille évolue pour s'adapter aux principes de la santé publique ou de la population. (Rosser, 2006, [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2_fr.asp), consulté le 3 mai 2007)

Cela nous amène également à déduire que la salle d'attente pourrait de ce fait, non seulement traduire les besoins sociaux d'informations en santé publique mais aussi tenir compte de l'opinion de la population sur l'information qu'elle voudrait y recevoir. D'où l'importance de l'entrevue des patients et la focalisation sur la convergence des besoins.

- 4) Le médecin de famille est un professionnel qui sait s'adapter : les médecins de famille sont fortement influencés par les caractéristiques de la communauté, et le contenu de leur travail est défini par les besoins et les attentes en constante évolution. (Rosser, 2006, [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2_fr.asp), consulté le 3 mai 2007)

Donc le CMFC assume, comme nous, que le médecin de famille doit travailler en fonction de la communauté qu'il soigne. Dans le même ordre d'idée, la salle d'attente doit être utilisée en fonction de la communauté qui la fréquente.



Déterminer ce que les patients voudraient connaître et ce qui susciterait leur intérêt est donc indispensable à l'aménagement optimal du temps et de l'espace d'attente.

Ces quatre principes directeurs de la définition du rôle de médecin de famille sont à l'origine du choix des cliniques de médecine familiale pour notre recherche. En effet, le médecin de famille est en général le médecin le plus proche des patients et de la famille, étant donné qu'il est le premier médecin consulté pour les problèmes de santé généraux. Les patients sont en fait généralement amenés à fréquenter leur médecin de famille plus souvent que les autres professionnels de santé. La relation professionnelle entre médecins de famille et patients mérite donc une attention particulière, et la salle d'attente des cliniques de médecine familiale représente de ce fait le terrain de recherche idéal. De plus, notre recherche place l'information au cœur de la relation, et de multiples renseignements circulent dans les salles d'attente de cliniques de médecine familiale ; ceci rend ce terrain d'autant plus pertinent.

Il est indiqué, avant d'aller plus loin, de signaler que le domaine des cliniques médicales est actuellement touché par un certain flottement quant aux conditions de propriété et de location de cabinets à des médecins individuels. Comme notre étude porte sur les attentes respectives des patients et des médecins, nous n'entrerons pas dans cette discussion et nous parlerons des médecins comme s'ils avaient le contrôle de la salle d'attente. Dans notre chapitre de résultats, nous nous intéresserons aux attentes et aux perceptions, et non aux possibilités techniques et financières de satisfaction de ces attentes par l'implantation éventuelle de nouvelles technologies d'information et de communication. Par conséquent, le contrôle réel des médecins sur les espaces d'attente attendant à leur cabinet n'entrera pas en ligne de compte, puisque notre recherche ne vise pas à proposer l'implantation de nouvelles technologies, mais plutôt à vérifier une convergence informationnelle dans la salle d'attente, cette convergence étant préalable à toute discussion concernant une telle implantation.

### **1.3 La salle d'attente : un milieu prolifique**

Il nous semble maintenant utile de montrer que, dans l'ensemble du dossier de l'utilisation de la salle d'attente, l'importance accordée à ce sujet entraîne de nombreuses préoccupations sur l'étendue de la communication et la relation entre médecins et patients, la satisfaction des patients, ou encore les caractères commerciale et pédagogique de la salle d'attente. Bien que notre mémoire ne porte pas directement sur toutes ces matières, nous avons constaté, au cours des entrevues que nous avons réalisées, que certaines réflexions de nos répondants donnaient suite à ces débats. Nous y reviendrons donc lors de la discussion des résultats.

#### **1.3.1 L'importance de la communication entre médecins et patients et la satisfaction des patients**

La salle d'attente a déjà fait l'objet d'études diversifiées : de la posture assise dans cet environnement (Smidt, 1994), aux microbes qui peuvent y être contractés étant donné l'état malade voire contagieux qui amène les individus dans la salle d'attente (Charnok, 2005) en passant par la création de flots d'informations (informelles) dans les situations sociales (Fischer et al., 2005) que les patients développent en partageant diverses informations lors de l'attente dans la salle. Quant à nous, nous nous intéressons à cet objet sous l'angle de la communication, indirecte, entre médecins et patients dans la salle d'attente.

Les lieux de provenance des recherches que nous avons retenues sont multiples, mais les éléments sur lesquels ces études portent, se retrouvent aussi bien dans le contexte québécois que dans le contexte d'origine de chacune. En fait, ce que nous tenons à mettre en valeur est la diversité d'intérêt que représente la communication entre médecins et patients dans la salle d'attente puisque leur relation et l'information qui circule entre eux est au centre de notre sujet.

D'ailleurs, très présente dans la littérature, l'importance de la communication entre les patients et leur médecin est abordée de plusieurs angles qui ciblent différents aspects des conditions de la relation médecin/patient. Par exemple, l'apparence extérieure des médecins et la confiance accrue que ces médecins inspirent quand ils sont vêtus de la professionnelle blouse blanche ont été examinées par Rehman, Cope et Kilpatrick (2005). Après avoir soumis des photos de médecins dans quatre tenues vestimentaires différentes à des patients, les chercheurs leur ont fait remplir un questionnaire pour savoir à quel médecin les patients étaient plus susceptibles de parler de problèmes délicats. Il s'est avéré que les patients font plus confiance aux médecins qui portent l'uniforme officiel. En d'autres termes, la tenue professionnelle influe sur la relation professionnelle et l'information professionnelle (car les patients partagent alors plus d'informations au cours de la relation).

Par ailleurs, Kerse et ses collègues (2004) démontrent avec leur investigation que les patients qui rapportent une relation plus agréable avec leur médecin ont un tiers de chance de plus de suivre la prescription administrée (lors de la consultation) à la lettre (p.459). La relation professionnelle agit, dans ces circonstances, sur la validité que les patients attribuent à l'information professionnelle délivrée par le médecin, dans ce cas la prescription.

De plus, les patients sont du reste devenus une clientèle à satisfaire dans le domaine de la santé. Comme Williams (1994) expliquait il y a déjà plus de dix années, la satisfaction du patient est devenue un extrant à mesurer dans l'évaluation des services de santé. On ne peut plus juste prendre en considération le temps, la qualité des soins ou la salubrité des lieux : les patients doivent être satisfaits. Une satisfaction de patients sur laquelle nous maintenons le cap dans notre recherche, puisque le dépistage de leurs besoins informationnels fait partie de notre objectif de convergence.

D'ailleurs le site Internet RateMds<sup>6</sup>, mis sur pied par des patients, donne le pouvoir aux patients de partager leur appréciation et leur critique sur les médecins qu'ils ont déjà rencontrés. Le site qui abrite les évaluations de médecins des États-Unis, du Canada, de la Grande-Bretagne et de l'Australie, permet aux patients de se porter juges de la ponctualité, des connaissances, des diagnostics, et des qualités humaines des médecins. Ce genre de sites Internet très populaire en Amérique du Nord témoigne de l'ampleur qu'a prise l'influence des patients au fil des années : les médecins sont évalués comme n'importe quel service de consommation, et les informations qu'ils fournissent ne sont pas forcément adoptées par les patients sans remise en question. Par conséquent, cette situation prouve que les patients montrent le désir de faire entendre leurs voix, et leurs besoins informationnels doivent être considérés.

Cependant la prudence est de mise comme avertit sagement Williams (1994). En effet, même si Williams (1994) préconise les mesures de satisfaction, il ajoute qu'il faut porter attention à ce que l'on veut mesurer. Anderson et son équipe (2007) prennent d'ailleurs en ce sens leurs précautions quand ils décident de s'interroger sur l'attente dans les soins de santé. Logiquement, comme ils l'expliquent, plus le docteur passe du temps avec les patients dans le cabinet médical, plus les autres patients auront à attendre dans la salle d'attente (p.2). Ces chercheurs ont ainsi constaté que plus les patients attendaient avant de passer en consultation, moins ils étaient satisfaits (p.3). Toutefois, le temps passé avec le médecin dans son cabinet était l'indice le plus fort de la satisfaction des patients (p.3).

Donc, le temps d'attente dans les soins de santé est certes devenu une préoccupation, mais les résultats de cette recherche prouvent que réduire le temps d'attente des patients au détriment du temps passé avec le docteur s'avère contre-productif. C'est pourquoi, dans ces conditions, mesurer le temps d'attente est une

---

<sup>6</sup> <http://www.ratemds.com/filecache/SelectDoctor.jsp?sid=60&orderby=DLName&letter=B>, consulté le 28 novembre 2007.

nécessité. Toutefois mesurer les répercussions de cette attente ou la possible réduction de cette attente l'est tout autant. Conséquemment, si le temps d'attente ne peut être réduit de manière productive, alors il doit être utilisé de manière efficace. D'où la pertinence de notre recherche.

En outre, si de nombreuses études se penchent sur les conditions de la relation entre les médecins et ses patients, la majeure partie des recherches focalisent sur le potentiel informationnel de la salle d'attente et se concentrent, en deux tendances principales, sur l'identification de l'information qui y circule.

### **1.3.2 La salle d'attente commerciale ou éducative**

Dans la littérature, l'attention portée sur l'information qui circule, ou qui pourrait circuler dans la salle d'attente de médecine familiale se divise en deux tendances principales : une tendance axée sur le marketing et une tendance axée sur l'éducation.

Tout d'abord, le temps que les patients ont à consacrer dans la salle d'attente peut être perçu comme une occasion d'exploiter un potentiel de communication à vocation commerciale. En effet, d'après Derval (2006), l'auteure de *Wait Marketing : communiquer au bon moment, au bon endroit*,

la publicité contextuelle et le *wait marketing* [le marketing pendant l'attente] exploitent pleinement les possibilités offertes par les médias pour mieux communiquer avec les consommateurs. Cette stratégie se révèle efficace si l'on compare l'impact des médias utilisés de manière traditionnelle à celui des médias utilisés au moment propice notamment lorsque le consommateur est en situation d'attente, comme par exemple dans la salle d'attente du médecin [...]. (Derval, 2006, p.43)

De plus,

[...] les opérations de communication dans un contexte d'attente offrent des taux de mémorisation supérieurs pour une durée d'exposition équivalente. Le fait de profiter de la réceptivité des consommateurs pour

décupler l'impact des messages permet en outre de bénéficier de tarifs compétitifs. (Derval, 2006, p.50)

En fait, les entreprises (en particulier pharmaceutiques) capitalisent sur cette possibilité et sollicitent beaucoup les propriétaires de cliniques pour qu'ils permettent l'installation d'instruments de promotion publicitaire sur les nouvelles techniques ou sur les nouveaux médicaments, mais également pour des produits plus ou moins directement reliés à la santé.

Le nombre d'entreprises qui adoptent cette stratégie d'ailleurs se multiplie. Par exemple, basée en France, la société *e-motion*, association pour chirurgien-dentiste, commercialise

en exclusivité dans bon nombre de pays Européens le système breveté NTI-tss<sup>7</sup> directement aux praticiens concernés. (généralement mais pas limité aux chirurgiens dentistes) (<http://e-motion.eu.com/index.php?name=documents>, consulté le 2 avril 2007)

et propose une affichette pour la promotion de leur technique auprès des patients également. Toutefois, la promotion directe aux patients n'est pas sans danger.

### **1.3.3 Le danger de l'exploitation commerciale de la salle d'attente par les sociétés pharmaceutiques**

Lorsque les entreprises de marketing, de télécommunications ou pharmaceutiques exploitent les salles d'attente pour propager leur technologie ou encore aider certains médecins à diffuser leurs nouvelles techniques ou informations, cela peut être bénéfique et ne porte pas atteinte à la confidentialité des relations médecin/patient. Le problème survient quand les sociétés pharmaceutiques se servent du marketing et de la technologie pour accroître leurs parts de marché et cela parfois au détriment du respect de la vie privée des patients.

---

<sup>7</sup> « Les douleurs de l'ATM, bruxisme, céphalées chroniques et migraines... Ces symptômes trouvent leur origine dans une hyperactivité chronique des muscles masticateurs (généralement durant le sommeil car incontrôlable). Le système NTI-tss permet de réduire sensiblement cette hyperactivité musculaire en exploitant le réflexe inhibiteur du nerf trijumeau (angl. : NTI) », <http://e-motion.eu.com/index.php?name=documents>, consulté le 2 avril 2007

À ce sujet, l'article de Fugh-Berman (2006) explique que les entreprises pharmaceutiques utilisent les patients pour accumuler des profits financiers. Bien qu'amasser des profits soit généralement l'objectif premier d'une entreprise, ce qui inquiète les auteurs comme Fugh-Berman, c'est le fait que la santé des patients et leur consommation de produits médicaux soient parfois relayées au second plan (après l'argent). Fugh-Berman (2006) expose par exemple le cas d'une société qui distribue des ordinateurs portables dans les salles d'attente sur lesquels les patients peuvent remplir des questionnaires sur leur santé en attendant la consultation. Ce questionnaire est utile aux patients et à leur médecin certes, mais la copie du questionnaire est également envoyée – sans consentement aucun – à la société pharmaceutique. Nul besoin de préciser que la divulgation de renseignements sur la clientèle de ces salles d'attente ciblées, s'avère très utile à la direction des recherches médicales et du marketing de ces mêmes sociétés pharmaceutiques. En fait, pour Fugh-Berman (2006) la consommation de médicaments ne devrait pas faire l'objet d'une course aux profits.

Cependant, l'engagement des sociétés pharmaceutiques n'est pas toujours jugé négativement. En effet, en 2001, Brown et Barrette ont défendu l'implication positive de ces sociétés qui peuvent faciliter la communication entre les médecins et les patients à travers l'Internet par exemple. À vrai dire selon les auteurs,

the Internet has become an important platform where physicians and their patients can connect and further their relationship. Pharmaceutical companies have played in making this happen. It is now well established that a myriad of organizations (and individuals) provide a dizzying array of online content, tools, and other applications that can mediate, support, and engage patients and physicians at each of the key touch points.

Pharmaceutical companies continue to play an important role in defining that online relationship. Over the past 6 years, just about every pharmaceutical company has used Web-based or Web-enabled applications to support it, while delivering important marketing messages. (Brown et al., 2001, p.3-4)

Néanmoins ce sont en fait ces mêmes opérations de marketing qui tracassent les auteurs comme Fugh-Berman (2006) qui met le doigt sur les intentions commerciales des entreprises pharmaceutiques. D'ailleurs, Brown et son collègue (2001) suggèrent en ce sens que les sociétés pharmaceutiques cherchent même à dominer la communication entre médecins et patients (p.1). Les auteurs décrivent en plus ces entreprises comme des joueurs agressifs qui ont très bien cerné l'intérêt d'exploiter la relation entre le médecin et ses patients (p.1). Et pour en profiter, les sociétés cherchent à devenir le pont entre patients et certains médecins visés.

En outre, Brown et Barrette (2001) mentionnent également les questions soulevées par la présence de ces nouveaux joueurs, à savoir la validité de l'approche des entreprises pharmaceutiques dans leur évaluation des besoins des patients ou leur évaluation de la réalité des médecins (p.3). Les chercheurs se demandent, en fait, si la relation que les sociétés pharmaceutiques essaient d'établir est saine ou pas, puisque leurs objectifs sont d'augmenter les ventes et leurs parts de marché (p.7).

Ce genre d'interrogations n'est pas réservé aux chercheurs, comme l'illustre le rapport du Dr François Stefani (2000) - *Information dans la salle d'attente du médecin* - adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique à la session d'octobre 2000 et publié sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce rapport rappelle, entre autres, que la loi interdit la publicité trompeuse :

si le médecin veut satisfaire à cette disposition, il doit analyser le contenu de la cassette à projeter [par exemple]. Pour en cautionner le contenu, sa pertinence, sa valeur scientifique et pour s'assurer que le message ne comporte aucune information mensongère, il doit le faire avec d'autant plus de soins que le message émis se veut attractif, persuasif, didactique et non contradictoire. ([http://www.conseil-departemental-38.medecin.fr/CDOM/Dept38.nsf/95ae08ce44bfd643c12569180031eba7/01fdd28d56820e1dc12569ca005a77cb/\\$FILE/ecranLCD2006-062.doc](http://www.conseil-departemental-38.medecin.fr/CDOM/Dept38.nsf/95ae08ce44bfd643c12569180031eba7/01fdd28d56820e1dc12569ca005a77cb/$FILE/ecranLCD2006-062.doc), consulté le 3 mai 2007)



Le médecin doit donc tenter de discriminer la publicité avec des yeux de pédagogue, et cette tentative fait partie de la deuxième approche de l'attention portée aux informations diffusées dans les salles d'attente de médecine familiale : l'approche pédagogique.

### **1.3.4 L'approche pédagogique dans la salle d'attente**

Les chercheurs et adeptes de l'approche pédagogique perçoivent la salle d'attente non seulement comme un lieu d'information, mais aussi comme une salle de classe. Dans la pratique, l'aspect pédagogique de la salle d'attente contient plusieurs angles : ce que les patients voudraient savoir, ce que les médecins veulent faire savoir, ce que les associations de médecins ou associations médicales veulent faire savoir ou conseillent, et ce que les patients retiennent.

#### **A) Approche pédagogique : ce que les patients voudraient savoir**

En premier lieu, la littérature est assez pauvre au sujet de ce que les patients veulent savoir, et c'est ce vide que nous tenterons de combler. Cependant, malgré le faible volume de renseignements sur les besoins informationnels des patients, on retrouve plusieurs articles qui commentent leurs points de vue et leurs expériences (ce qui rappelle la focalisation croissante dans le milieu de la santé sur l'importance des patients et leur satisfaction). Par exemple, Cape (2002, p.2), au moyen de questionnaires, vidéos et corrélations, a trouvé que pour les patients, le temps de qualité primait sur le temps compté. En effet, les patients qui avaient l'impression d'avoir passé moins de temps avec leur docteur étaient en fait les moins satisfaits (p.2).

Autre exemple : Baker (1996, p.4) note, après sa propre recherche, que le service personnalisé influence beaucoup le niveau de satisfaction des patients à la hausse. Il conclut que de nombreux facteurs influencent la satisfaction des patients (entre autres la taille du cabinet, la longueur de la consultation, l'âge et le sexe du patient) et que le sujet mérite d'être étudié.

Comme Cape (2002) et Baker(1996) déclarent, le temps de qualité et la personnalisation du service sont essentiels pour les patients. Et si le temps de qualité est très apprécié dans le cabinet médical, il est raisonnable de penser que le temps de qualité passé dans la salle d'attente pourrait améliorer l'expérience de l'attente. Autant, si l'information reçue dans la salle d'attente reflète les patients, alors cette particularisation est un agrément de plus pour les patients. On peut alors déduire que dans la salle d'attente l'information qui circule doit aider le patient afin que celui-ci soit satisfait du temps qu'il doit y passer, donc une approche personnalisée des besoins en information y semble nécessaire.

**B) Approche pédagogique : ce que les médecins voudraient faire savoir**

La littérature illustrant le point de vue des médecins est aussi très maigre. Dans le journal *Postgraduate Medicine*, Bergeron (2000) interpelle ses confrères sur l'utilité d'un kiosque d'informations dans la salle d'attente. Bergeron informe ses collègues que la présence d'un tel kiosque dans la salle d'attente éduquerait les patients, les ferait suivre leur prescription plus soigneusement et moderniserait l'expérience du temps d'attente.

Mais les médecins semblent s'exprimer à travers leurs associations qui occupent une grande place dans la promotion de l'information à diffuser dans la salle d'attente.

**C) Approche pédagogique : ce que les associations de médecins ou associations médicales veulent faire savoir ou conseillent**

Les associations de médecins ou associations médicales jouent un grand rôle au niveau de l'information dans la salle d'attente. Par exemple, certaines associations proposent des brochures ou des affiches à télécharger de l'Internet, ou recommandent une série de sites médicaux d'où on peut télécharger de l'information. L'une d'entre elles, Syndicardio, Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux de France déclare d'ailleurs qu'

à un moment où trop d'informations tuent l'information, il est de [leur] devoir de montrer à [leurs] patients les sites Internet où l'information scientifique est la plus robuste. (Gallois, mai 2006, [http://www.syndicardio.com/article.php3?id\\_article=493](http://www.syndicardio.com/article.php3?id_article=493), consulté le 3 mai 2007)

Par ailleurs, dans un registre plus directif, les publications de certaines associations fournissent des conseils et des mises en garde quant à l'attitude à adopter dans la gestion d'une salle d'attente. Ainsi, le Conseil de l'Ordre des Médecins de Belgique s'exprime sur la légalité de l'information dans la salle d'attente en faisant référence au code de déontologie à respecter quant à la promotion de médicaments par exemple (Stéfani, 2000). En outre, le Forum annuel des Médecins de Famille du Canada, donne aussi, à l'occasion des conseils sur l'éducation des patients (Gutkin, 2005). Aussi, le journal mensuel du Collège des Médecins de Famille du Canada fournit des instructions d'approche et de communication efficace avec les patients (Lussier, 2007). L'utilisation d'Internet (Anthes et al., 2007) et du courriel électronique (Greiver, 2006) sont suggérés, des méthodes pour accroître l'adhésion des patients aux conseils médicaux (Falvo, 2004) sont partagées. En fait, les associations tâchent de transmettre les renseignements qu'elles considèrent importants et d'approvisionner les médecins d'outils qu'elles jugent utiles à la communication avec les patients.

À travers ces suggestions, ces indications et ces directives informationnelles, les associations ont donc le pouvoir de déterminer la nature des renseignements qui aboutissent dans la salle d'attente, et ainsi le style de gestion des informations dans ces salles d'attente.

Par contre, tout en reconnaissant les efforts fournis jusqu'à ce jour par ces associations pour encourager différents genres d'informations médicales, notre recherche propose qu'il faudrait peut-être, d'abord, déterminer les besoins informationnels des médecins et des patients. L'objectif étant de permettre la circulation d'informations qui répondent avant tout aux besoins des deux groupes d'une clinique spécifique. Nous pensons en fait que les recommandations des

associations de médecins ou associations médicales ne doivent pas éclipser la particularité des besoins informationnels des médecins et des patients qui fréquentent la clinique.

D) Informations et instruments informationnels : ce que les patients retiennent

Nous le réitérons, le contenu informationnel doit être investigué avant tout, mais la pertinence et la convenance de l'information n'entrent en jeu que si l'information est retenue : ce que les patients retiennent motive en conséquence beaucoup de recherches. Nous comprenons la rétention d'une information dans notre recherche comme Théoret (2004) définit le but de l'évaluation d'un projet en sciences humaines, c'est-à-dire pouvoir dégager des leçons et des enseignements (p.124), et plus précisément dans notre cas, comment les patients réagissent face aux renseignements fournis dans la salle d'attente. Et pour cela, bien que la rétention de l'information soit l'étape qui suit celle qui nous préoccupe, à savoir la plateforme de contenu, les recherches sur l'impact ou le manque d'impact de l'information sont directement liées avec le contenu informationnel, et donc notre sujet.

Tout d'abord, après des recherches dans une salle d'attente d'un pédiatre, Assathiany et ses collaborateurs (2005) ont pu conclure que la mémorisation des messages par les parents n'est pas influencée par la durée d'attente. Mais elle augmente si les parents sont déjà venus dans la même salle d'attente auparavant. En effet, après l'analyse des questionnaires remplis à domicile par les parents portant sur la mémorisation des messages visionnés pendant le temps d'attente, Assathiany et ses collègues (2005) ont observé que les messages reçus dans la salle d'attente a conduit un peu moins du quart des parents à en parler à leur pédiatre. Être exposés à l'information dans la salle d'attente permet donc aux parents de retenir divers conseils applicables à la santé de leur progéniture et d'approfondir leurs connaissances avec l'aide du médecin. Toutefois les recherches d'Assathiany et son équipe (2005) indiquent aussi que la mémorisation des messages par les parents est variable et parfois peu explicable. Ainsi, il est

difficile de prédire quels messages seront retenus ou oubliés, même si la diffusion d'informations médicales est bénéfique.

Ensuite, de son côté, Ward (1994) a soumis à des patients un questionnaire rapide remis par le médecin après la consultation ; questionnaire interrogeant les patients sur ce qu'ils retenaient des quatre différents messages diffusés dans la salle d'attente où ils « patientaient » juste avant la consultation, et sondant combien de temps ils avaient attendu pour les voir (p.583). Par la suite, Ward (1994) suggère que les affiches disposées dans la salle d'attente peuvent améliorer la conscientisation des patients sur les sujets abordés (p.584) et découvre, tout comme Assathiany et ses collaborateurs (2005), que plus les patients passent du temps dans la salle d'attente exposés aux affiches, plus ils en retiennent le contenu (p.584).

Par ailleurs les recherches de Ward (1994) indiquent que bien que les patients de moins de 50 ans soient plus portés à s'intéresser aux sujets qu'ils ont lus sur ces affiches une fois qu'ils ont quitté les lieux (p.584), les patients de plus de 50 ans prétendent être plus portés à lire les affiches quand ils sont dans la salle d'attente (p.584).

Effectivement, ce dernier point est corroboré par les résultats de Wicke (1994) qui constate que les patients de moins de 60 ans sont en fait moins susceptibles de se rappeler de l'information (puisque'ils sont moins susceptibles de les lire tel que nous pouvons le déduire des résultats de Ward (1994)).

Cependant, Wicke (1994) remet en cause l'efficacité des affiches dans la salle d'attente. Il a en fait administré un questionnaire à des patients portant sur leur souvenir de 2 affiches informant sur 1 à 4 sujets pour arriver à de telles conclusions. En effet, Wicke (1994) constate que, plus les thèmes abordés sont nombreux, moins les patients retiennent l'information des affiches dans les salles d'attente. En fait, selon ses résultats, augmenter le nombre de sujets couverts par les affiches, ne renforce pas le souvenir des informations que l'affiche véhicule.

Pour Wicke (1994) ce manque d'impact des affiches demande que le rôle des affiches soit réévalué au profit de vidéos ou d'affichage électronique dans la salle d'attente. L'auteur suggère même dans ses travaux que la salle d'attente devrait en fait favoriser la détente des patients.

De plus, après des recherches dans un cabinet de dentiste, et interpellés par l'anxiété des patients comme décrit par Wicke (1994) qui conseille la détente dans la salle d'attente, Fox et Newton (2006) ont évalué une trentaine d'enfants et de jeunes adultes partagés en deux groupes avant leur consultation chez le dentiste. Ils ont pour cela exposé le premier groupe à des images positives de dentisterie et l'autre à des images neutres. Les chercheurs ont rapporté que l'exposition à des images positives de dentisterie et de dentistes fait, chez les enfants, baisser l'anxiété avant la consultation.

Toutefois, les conclusions ne sont pas toutes positives quant aux conséquences de l'information sur l'anxiété des patients. En effet, après leurs recherches dans le centre iranien du cancer du sein, Montazeri et Sajadian (2002) ont conclu que l'information sur les affiches peut en fait augmenter l'anxiété des patients. Dans les faits, après avoir exposé plus de 800 femmes à cinq posters portant sur les risques, la détection, les signes, les symptômes, et la prévention du cancer du sein, les deux spécialistes ont recueilli plus de 700 questionnaires dans lesquels 25% des femmes ont confié que les affiches provoquaient plus de questions qu'elle n'y répondaient, et jusqu'à 42% de femmes ont confié que lire ces affiches ont même provoqué chez elle de l'anxiété (p.356-357). De quoi s'interroger sur l'impact de l'information médicale écrite.

En plus, après l'analyse d'un questionnaire envoyé par la poste huit semaines après la distribution de dépliants d'informations dans une salle d'attente, Boundouki et ses collaborateurs (2004) ont tenté de déterminer l'impact d'un dépliant d'informations sur le cancer de la bouche destiné aux patients dans la salle d'attente. Ils ont trouvé que la probabilité qu'un patient relise le dépliant

d'informations était plus élevée s'il était âgé, s'il fumait et si son savoir sur ce type de cancer était faible.

À partir de leurs travaux, Wheeler et ses collègues (2001) se sont aperçus que la vaste majorité des parents identifient le médecin comme leur première source de référence pour se bâtir une opinion sur l'usage d'antibiotiques pour leurs enfants (p.594). Mais, ils ont conclu que les dépliants d'informations étaient un moyen de communication passif, puisqu'ils sont peu lus, donc génèrent peu d'impact (p.595). Par contre après avoir exposé les patients à un message vidéo éducatif sur l'usage des antibiotiques et leur avoir postérieurement administré un questionnaire, ils ont découvert que les messages vidéo dans la salle d'attente ont un effet significatif sur le comportement des parents dans leur usage efficace des antibiotiques pour leurs enfants (p.595).

En outre, Cockington (1995) conclut également, dans le même esprit que Wheeler et son équipe (2001) que la diffusion télévisuelle de programmes de santé augmente les connaissances des patients en matière de santé, même si ces connaissances ont tendance à décliner avec le temps.

Pour leur part, Cegala et ses collègues (2000) affirment qu'«un nombre considérable de recherches indique que les médecins ne répondent parfois pas aux besoins informationnels des patients» (<http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/1/57>, consulté le 25 avril 2007) et c'est pour cela que la communication avec les patients fait partie du curriculum universitaire des futurs médecins. Cependant, les auteurs reconnaissent que dans la relation médecin/patient, les patients ont aussi un rôle à jouer; ils ont donc voulu examiner la relation entre la formation des aptitudes de communication des patients avec le médecin et leur adhésion au traitement recommandé. Ils ont constaté que ce type de formation est coûteux, mais que les patients formés à mieux participer à la relation médicale adhèrent plus au traitement recommandé. Une meilleure communication entre médecins et patients est donc bénéfique. En

effet, dans les observations des chercheurs, les médecins qui interagissaient avec des patients qui participaient beaucoup à la relation ont eu tendance à donner plus d'informations aux patients généralement, et à fournir plus de renseignements lorsque les patients posaient des questions. De plus, les médecins étaient alors disposés à donner volontairement plus d'indications. Par contre, ce partage informationnel était moins visible si les médecins étaient confrontés à des patients qui participaient moins à la relation.

#### E) Les zones d'ombre de l'aspect pédagogique

L'aspect pédagogique de la salle d'attente entretient une relation implicite avec le sujet de notre recherche, étant donné qu'une information est fonctionnelle quand elle approfondit ou ajoute aux connaissances de l'individu qui reçoit cette nouvelle. L'efficacité pédagogique de la salle d'attente fait donc partie de la toile de fond de notre problématique.

Mais, les résultats de recherches sur la rétention de l'information, qui divergent dans certains cas, poussent à questionner et vérifier l'aspect pédagogique de la salle d'attente. En effet, Fox et Newton (2006) nous amènent à déduire que les images positives peuvent contribuer à baisser l'anxiété, tandis que Montazeri et Sajadian (2002) mettent en garde contre l'information qui peut aussi augmenter l'angoisse des patients. Ensuite, l'équipe de Boundouki (2004) concentre sa recherche sur les impacts d'un dépliant d'informations, alors que Wheeler et ses collègues (2001) écartent son utilisation car les dépliants sont peu opérants selon leurs dires.

Dans les faits, Mcgrath et Tempier (2003) mettent le doigt sur certaines obscurités persistantes dans l'univers de l'aspect pédagogique de la salle d'attente. Dans leur article *Is the waiting room a classroom ?* ils remettent en question (entre autres) l'efficacité des dépliants d'informations et des affiches – comme les recherches exposées précédemment en témoignent certains chercheurs concluent sur



l'efficacité des dépliants d'informations (Boundouki, 2004) et d'autres excluent ce médium pour son manque de rendement (Wheeler et al., 2001).

De plus, McGrath et Tempier (2003) qui travaillent dans le domaine de la psychiatrie critiquent aussi la méthodologie employée par les recherches précédentes. En effet, l'utilisation des questionnaires comme méthode unique dans la grande majorité des cas étudiés est peut-être trop simpliste et entraîne alors des conclusions floues et contradictoires. Il s'agirait alors d'éviter des méthodes d'enquêtes de type fonctionnaliste comme les tests contrôlés utilisés par Fox et Newton (2006) ou les questionnaires qui ne laissent pas toujours les individus libres d'exprimer la situation telle qu'ils la perçoivent.

McGrath et Tempier (2003) nous laissent donc penser qu'une approche plus interprétative pourrait sûrement répondre aux questionnements de manière plus holistique et ainsi fournir des résultats plus riches et complets, et surtout moins antinomiques. En ce qui nous concerne, l'entrevue des médecins mais aussi des patients pourrait répondre en partie à cette lacune.

Par ailleurs, McGrath et Tempier (2003) précisent à ce sujet qu'il faudrait se pencher sur les facteurs qui augmenteraient la susceptibilité des patients à lire les affiches et les dépliants d'informations. Dans ce cas, même si notre recherche ne se base pas sur les affiches et les dépliants d'informations, l'entrevue des patients est essentielle pour expliquer le niveau d'attention qu'ils portent à l'information s'il y a lieu. L'importance de cette susceptibilité incarne tout à fait ce qui nous engage à repérer une convergence dans les besoins informationnels des deux parties.

L'article de McGrath et Tempier (2003) soulève également des questions perspicaces<sup>8</sup> sur l'univers des salles d'attentes auxquelles nous reviendrons au chapitre 2 qui traite du cadre conceptuel et lors de la discussion des résultats:

est ce que la forme «passive» d'éducation dans les salles d'informations va remplacer ou faire diminuer une éducation plus active, plus clinique ? (p.1043)

mais surtout

est ce que les cliniciens assument – et peut-être de manière erronée – que les patients sont exposés à l'information dont ils ont besoin dans la salle d'attente et donc ne leur en fournissent pas plus – alors qu'ils l'auraient fait autrement ? (p.1043)

En somme, l'article de McGrath et Tempier (2003) remue beaucoup de poussière et porte l'attention vers des zones encore bien peu explorées. Mais en général, nous ne pouvons nier l'importance de la salle d'attente où l'information se propage et se partage.

### **1.3.5 Médecins et patients, en relation dans la salle d'attente**

#### **A) Médecins et patients : convergence ?**

Attribuer un certain crédit à l'aspect pédagogique des salles d'attente signifie porter une attention singulière à la partie apprenante et à la partie enseignante. Dans la salle d'attente, la partie apprenante, celle qu'on informe, est raisonnablement associée aux patients et la partie enseignante, aux médecins.

Dans le souci actuel de satisfaction du patient, les connaissances sur ce que les patients voudraient savoir doivent être étoffées. Vraisemblablement, il est de premier plan de connaître les besoins informationnels des patients pour pouvoir répondre à ces besoins et éventuellement maximiser la satisfaction des patients.

---

<sup>8</sup> Ces interrogations sont directement connectées aux «tiers non-soignants» (Compagnon et al., 2005, p.262) dont nous discutons dans le chapitre 2 et dans le chapitre 6.

Ainsi, la convergence des informations, autrement dit la focalisation sur les similitudes entre les besoins informationnels des patients et les besoins informationnels des médecins (c'est-à-dire ce que les médecins veulent savoir et ce qu'ils veulent faire savoir aux patients), vise à satisfaire les deux parties.

Donc, les volets de convergence qui nous intéressent particulièrement sont la convergence entre l'information que les médecins veulent obtenir des patients et l'information que les patients veulent recevoir des médecins, mais aussi la convergence entre ce que les médecins veulent transmettre aux patients<sup>9</sup> et ce que les patients veulent recueillir des médecins.

Dans un autre esprit de convergence, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes (France) s'est lancée dans une enquête en décembre 2002 qui illustre le point de vue des médecins et des patients. Les résultats démontrent entre autres que l'opinion des patients rejoint celle des médecins dans beaucoup de cas (p.26), comme l'accueil téléphonique, la propreté des lieux et les conditions d'arrivée au cabinet.

Par contre,

les quelques différences de jugement portent sur les équipements dans les salles d'attentes, l'aménagement du bureau de consultation, et les retards des consultations. (p.26)

Les patients sont, par ailleurs, moins critiques envers la salle d'attente en tant qu'espace que les médecins (p.25), car la confiance que ressentent les patients envers les soins qui seront prodigués les préoccupe avant tout. L'enquête conclut aussi que la formation de patients pendant l'attente rendrait utile le temps d'attente et les retards (p.26), et spécialement parce que

---

<sup>9</sup> Ce qui raisonnablement profiterait aux patients étant donné la vocation de cette profession.

l'affichage médical [...] intéresse beaucoup [les patients]. Le patient est [d'ailleurs] très attaché aux messages de prévention et aux informations sur les pathologies et considère qu'elles lui sont utiles. (p.25)

Ce genre d'enquête a commencé à jeter un nouvel éclairage sur la situation globale du cas étudié en comparant le point de vue des deux parties – médecins et patients. Nous voulons aller plus loin et mettre en relation plus précisément les besoins informationnels des deux parties, pour élaborer une plateforme commune de contenu.

#### B) Au-delà de la technologie employée dans la salle d'attente

Nous avons vu que la communication entre un patient et son médecin est décisive et que la salle d'attente est un lieu privilégié à cette transmission d'informations. Que ce soit dans un objectif de marketing ou d'éducation, la technologie déployée peut grandement varier. La littérature permet d'ailleurs d'identifier différents supports allant des plus simples aux plus complexes: les dépliants d'informations, les affiches, les sites Internet, les messages vidéo, les frises technologiques, les films d'informations, les vidéos d'informations médicales, les kiosques d'informations, les écrans digitaux...Tous ces moyens sont utilisés soit pour attirer l'attention du patient, soit pour attiser son envie d'en savoir plus, mais surtout pour captiver cette attention afin de pouvoir transmettre un message planifié.

Mais au-delà des recherches effectuées sur l'aspect pédagogique, sur l'aspect marketing, et les instruments ou la technologie employés, la question qui demeure et qui nous préoccupe est la suivante: quel genre d'informations devrait se retrouver dans la salle d'attente ?

### C) Notre intérêt pour la salle d'attente

Cette étude naît d'une préoccupation pratique : après avoir analysé les perceptions des acteurs d'une salle d'attente de médecine familiale, quel genre d'informations devrait être utilisé dans cette salle d'attente pour améliorer la communication entre les acteurs ? Jusqu'à présent les recherches mettent l'emphase sur l'importance de l'information, comment elle est véhiculée, qui la véhicule et qui la reçoit ; néanmoins le contenu précis de l'information devrait être investigué davantage.

Notre recherche se penche précisément sur ce contenu informationnel qui circule dans la salle d'attente, ce qui en fait son originalité puisque la recherche repose principalement sur une possible convergence du contenu informationnel en ce lieu.

Nous tenons en effet à nous placer en amont des questions de recensement de l'information, de son impact, ou encore de la technologie et des instruments utilisés. Nous nous efforcerons de déterminer quelles sont les informations qui devraient circuler dans la salle d'attente selon les patients et les médecins.

Puis, le souci de satisfaire les besoins informationnels des deux parties dans la communication qui se déroule dans la salle d'attente mènera vers l'élaboration de la plateforme commune de contenu.

Les questions auxquelles nous tenterons de répondre sont les suivantes : Qu'est-ce que les patients voudraient apprendre dans une salle d'attente de médecine familiale ? De quoi ont-ils besoin ? Qu'est ce que les médecins pensent, font, veulent communiquer ? Ce qu'ils estiment être les besoins des patients à ce niveau ? Quel type d'informations devrait se trouver dans la salle d'attente pour améliorer la communication entre les deux parties ? Les réponses à ces questions permettront d'arrimer les informations nécessaires dans l'espace d'attente d'une clinique de médecine familiale.

Cette recherche aboutira, nous le souhaitons, à une série de propositions visant à rentabiliser la salle d'attente de médecine familiale du point de vue des médecins et des patients. Certaines informations sont déjà diffusées dans la salle d'attente et les instruments utilisés ne sont pas, comme nous l'avons déjà spécifié, notre préoccupation majeure. Cependant, la détermination du contenu informationnel de la salle d'attente permettra sûrement aux professionnels de développer de nouvelles technologies de télécommunication basées sur les résultats de notre recherche. À titre d'exemple, le groupe Angrignon Productions, basé à Montréal, est une maison de productions qui se spécialise dans les vidéos corporatives et la production télévisuelle. Cette maison de productions étudie de près la possibilité d'une diffusion d'informations par satellite vers des écrans de télévision qui seraient installés dans les salles d'attente. En fait, il serait possible de télécharger, à partir d'un centre de diffusion (associations professionnelles, agence d'un ministère ou entreprise privée, avec ou sans but lucratif) du matériel d'information, sur des écrans situés dans les salles d'attente. Ces possibilités rendent notre problématique encore plus actuelle, car dans le développement d'une telle stratégie de diffusion, l'information émise devient le point névralgique de l'opération. Donc, notre éventuelle plateforme de contenu permettra aux concepteurs et utilisateurs de telles techniques de sélectionner l'information appropriée à retransmettre.

## *Chapitre 2 - Cadre conceptuel*

---

### **2.1 Définition des concepts**

Les trois concepts majeurs de notre analyse sont l'information professionnelle, la relation professionnelle, et l'espace. Ces trois concepts sont abordés dans cette recherche d'un angle communicationnel dans le domaine de la santé. Premièrement, l'information professionnelle est retenue car elle est au centre de la convergence des besoins informationnels. Ensuite, la finalité d'une meilleure information professionnelle est une meilleure relation professionnelle, d'où la sélection de ce concept en tant qu'un des phares de ce mémoire. Finalement, nous nous arrêtons sur la notion d'espace parce que la salle d'attente est un lieu défini où se gère l'attente.

Tout d'abord, dans leur rapport intitulé *Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné*, Mantz et Wattel (2006) définissent la communication dans le domaine de la santé comme

un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs – ce sont les soignants et les soignés – ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace défini. (p.3)

Cette définition correspond au cadre de notre étude puisque l'atteinte de notre objectif facilitera éventuellement la sélection des messages pour l'espace d'attente.

L'information professionnelle est par la suite définie par Mantz et Wattel (2006) comme « le produit de la communication et le ciment de la relation » (p.3). C'est pourquoi notre recherche postule que l'utilisation de l'information professionnelle améliore la relation professionnelle.

Par ailleurs, dans notre mémoire, la relation professionnelle se comprend comme « la relation entre le médecin et son malade (...) une situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques, affectives » (Mantz et Wattel, 2006, p.3). À vrai dire, cette relation implique des composantes techniques étant donné que le patient consulte l'expertise du médecin ; et implique pareillement des composantes psychologiques et affectives étant donné la dimension humaine de la médecine.

Pour terminer, nous comprenons l'espace tel que défini par Brunet (1986), c'est-à-dire

une étendue utilisée (continue ou non), des lieux différenciés et repérés, des liaisons entre ces lieux, une ou des organisations de l'ensemble, avec des acteurs individuels et collectifs, leurs représentations et leurs stratégies. (p.300)

En fait, comme Brunet (1986) le sous-entend, les acteurs dans l'espace n'ont pas nécessairement les mêmes représentations et stratégies. Cette distinction nous confirme que questionner chaque partie aboutit à ce qu'il y a de plus rigoureux méthodologiquement si nous voulons rendre justice à l'ensemble de la situation informationnelle dans la salle d'attente.

Selon notre postulat de départ, l'information professionnelle prépare la relation professionnelle, donc dans l'espace d'attente de médecine familiale, l'information qui circule prépare la relation entre les médecins et les patients. Par conséquent, l'information professionnelle et la relation professionnelle sont tellement ancrées l'une dans l'autre que nous ne pouvons ignorer la dimension de cette relation spécialisée en entreprenant d'extirper les points convergents des besoins en informations des patients et des médecins.



## 2.2 Présentation des concepts

### A) Information professionnelle

L'importance de l'information dans le domaine médical a évolué au même rythme que les rôles professionnels. La progression de son influence s'explique non seulement par l'évolution des connaissances et des technologies mais aussi par celle de la population qui est plus instruite, informée et exigeante comme le mentionne le rapport de 2001 du CMQ.

Par ailleurs,

la médicalisation des « maux et malaises » de la vie courante, l'information médicale disponible sur Internet et le mythe de la médecine qui a réponse à tout contribuent, notamment, à accroître les attentes, de la population envers le système de santé, qui ne peut pourtant pas répondre à tous les besoins exprimés. (CMQ, 2001, p.12)

Il est donc évident que l'information professionnelle au sein de la relation patient/soignant se doit, par ailleurs, d'être examinée et protégée étant donné son caractère fondamental dans la relation.

L'information professionnelle fournie dans la relation patient/soignant connaît néanmoins une concurrence accrue ces dernières années.

L'Internet est sans aucun doute un facteur supplémentaire de bouleversement des configurations traditionnelles de l'information médicale. La situation où l'on voit le patient consulter ou reconsulter, armé d'un épais dossier de documents trouvés sur Internet dont, éventuellement des articles scientifiques puisés aux meilleures sources, s'est banalisée. (Compagnon et al., 2005, p.262)

En fait, ces nouveaux accès à l'information ont totalement transformé l'attitude des patients face à l'information. Effectivement, de nos jours

la notion d'information médicale « réservée aux professionnels » perd toute consistance technique : en pratique, tout est accessible. La notion même d'information « médicale » se recompose : l'information « médicale par le contenu » (c'est-à-dire portant sur la maladie et les traitements) n'est plus exclusivement associée à l'information « médicale par l'auteur » (c'est-à-dire délivrée par un médecin). (Compagnon et al., 2005, p.262)

En même temps, l'usage d'Internet n'est pas nuisible à tous les coups. En effet, «the Internet has become an important platform where physicians and their patients can connect and further their relationship» (Brown et al., 2001, p.3) quand les sites sont contrôlés par les médecins qui peuvent alors utiliser Internet fréquemment pour répondre aux questions des patients sans que ceux-ci aient à se déplacer.

Mais hormis ce genre particulier d'utilisation, on peut dire que le bouleversement «informationnel» engendré par Internet entraîne à son tour une modification des rôles puisque les médecins, jadis religieusement écoutés sont contestés par des informations médicales apportées par le patient qui consulte des sites informels au préalable.

Dans les faits, comme Wantz et Mattel (2006) le signalent, le pouvoir des média n'est pas à ignorer dans ce revirement :

[ une fois encore], Internet par exemple, prodigieux moyen d'information, comporte de graves inconvénients dont on commence seulement à mesurer l'ampleur : l'usager découvre d'innombrables informations qui ne sont ni triées, ni hiérarchisées, ni évaluées et qu'il a tendance à mettre en concurrence avec celles données par le médecin. (p.4)

Les informations médicales sont donc très accessibles, et les patients vont jusqu'à s'en servir pour valider les propos des médecins. Et cela peut aller plus loin, car

plus grave encore, Internet favorise l'automédication débridée offrant au patient la possibilité de puiser sans contrôle dans un éventail illimité de thérapeutiques plus ou moins valables. (Mantz et Wattel, 2006, p.4)

Pour éviter le dérapage auquel Mantz et Wattel (2006) réfèrent, il devient nécessaire de prendre connaissance des besoins informationnels des patients, afin que l'information qu'ils reçoivent soit non seulement plus sécuritaire mais aussi homologuée par des médecins.

De plus, d'un côté, le niveau d'instruction des patients qui a évolué au fil du temps et l'accès universalisé aux informations reliées à la santé poussent les patients à tester, voire contester, l'avis médical du soignant. Pour esquisser ces tensions, il est plus que souhaitable de déterminer la convergence entre les besoins informationnels des patients et des médecins, et de l'utiliser pour aménager la salle d'attente en conséquence et ainsi contenter les deux parties. En outre, notre postulat, rappelons-le, prône à l'information professionnelle des vertus préparatoires à la relation professionnelle. Dans ce cadre, la satisfaction des deux parties ne peut qu'ultimement réduire les points de friction, favoriser la communication et améliorer la relation.

D'un autre côté, même si le pouvoir des patients dans la relation professionnelle a beaucoup évolué,

quand le savoir passe des lèvres du médecin à l'oreille du patient, il prend une connotation nouvelle. Ce qui est connaissance pour le médecin devient vérité sur son destin pour le malade. (Mantz et Wattel, 2006, p.4)

Par conséquent, « la façon dont l'information est présentée par le médecin influence, fût-ce à son insu la réaction du patient » (Mantz et Wattel, 2006, p.4).

Nous pouvons donc réitérer qu'il est primordial que l'information professionnelle soit encadrée ne fût-ce que dans la salle d'attente étant donné sa responsabilité accrue dans la réaction des médecins et des patients, et son implication dans la relation médecin/patient.

En fait, la population désire être soignée par les médecins mais aussi se sentir renseignée. Comme Lussan (2000) le rappelle, la « société souhaite non seulement bénéficier des progrès de la science mais aussi comprendre et être informée » (p.55). L'information professionnelle est donc intimement liée à la relation professionnelle.

## B) Relation professionnelle

L'évolution de la médecine dans une société plus éduquée a engendré l'évolution de la relation professionnelle.

D'une part, le patient, préalablement informé ou pas, se rend chez un médecin, en quête d'information : l'information sous forme de diagnostic ou de conseils. Cependant,

dans la relation qui s'établit entre le médecin et le malade dans un objectif commun de santé, le médecin se trouve dans une situation de supériorité tenant à ses connaissances professionnelles et à son savoir-faire. (Lussan, 2000, p.54)

D'autre part,

l'évolution de notre société avec la valorisation du patient vers un statut de client et du prestataire de service que devient le corps soignant, est bien réelle aujourd'hui. Le corps médical ne détient plus cette autorité respectable et respectée de tous, comme c'était le cas auparavant. (Lebret, 2007, p.3)

Effectivement, « de malade confiant dans la décision médicale le patient est devenu partenaire autonome, puis codécideur, enfin usager consommateur de soins » (Mantz et Wattel, 2006, p.3). Ceci explique pourquoi l'information fournie dans le cabinet médical a plus tendance à être réfutée de nos jours. Cela influe sur la relation professionnelle car, en utilisant l'information, les patients jouent un rôle beaucoup plus actif dans la relation patient/soignant. Ils se posent des questions,

critiquent, s'informent sur leur santé et la santé en général. Les recherches de Cegala et ses collègues (2000) prouvent d'ailleurs les bénéfices de l'ouverture et de la curiosité des patients dans un meilleur partage de renseignements lors de la relation professionnelle avec leur médecin.

En résumé, les patients consomment les services du médecin, et cette évolution du comportement du patient dans la relation ajoute à la nécessité de comprendre les besoins informationnels des patients autant que ceux des médecins.

Parallèlement à la relation professionnelle, la définition de la santé a elle aussi fortement changé comme en témoigne la définition de la santé de l'OMS qui la définit comme

un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne considère pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition démontre une évolution dans la pensée, dans la culture de la société contemporaine. Car si la composante physique est présente, cette définition inclut aussi l'âme de la personne par cet état complet mental. (Lebret, 2007, p.2)

La pertinence des composantes psychologiques et affectives de la relation professionnelle entre médecins et patients est justifiée par cette nouvelle définition qui va au-delà du physique. En effet, les médecins sont formés à soigner la population, toutefois

le concept de prendre soin désigne [...] cette attention particulière en vue de venir en aide [au patient], de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. (Lebret, 2007, p.4)

Dans le même ordre de pensée, Lebret (2007) cite Walter Hesbeen (1997) qui

différencie deux éléments dans le soin. Il sépare tout ce qui va appartenir au soin accessoire et l'essence du soin. L'essence des soins est la démarche interpersonnelle entre le soignant et le patient en vue de produire un résultat thérapeutique chez celui-ci. L'accessoire des soins est l'ensemble des techniques, des protocoles, des terminologies, des modes

d'organisation, des lieux de soins, utilisés par les soignants. Cette approche met bien l'accent sur ce qui est essentiel, c'est-à-dire, la démarche entre deux personnes, l'une soignante, l'autre soignée. (Lebret, 2007, p.5)

Ce regard dichotomique sur le soin démontre de nouveau par ailleurs à quel point l'information professionnelle (techniques, protocoles... faisant autrement dit partie du soin accessoire), est connectée à la relation professionnelle (autrement dit l'essence du soin).

### C) Information professionnelle, relation professionnelle et communication

Le domaine de la médecine porte une attention grandissante à la communication. À vrai dire, comme Millette, Lussier et Goudreau (2004) l'affirment « une communication médecin-patient adéquate est essentielle dans tous les champs disciplinaires de la médecine » (p.115).

Par ailleurs, « on sait maintenant que les habiletés requises pour une communication professionnelle efficace ne sont pas innées et doivent être apprises » (Millette, Lussier, Goudreau, 2004, p.111).

Les constatations de Millette, Lussier et Goudreau (2004) justifient l'effort de réflexion de cette recherche sur l'information dans le but d'améliorer la communication dans la salle d'attente dans le domaine de la médecine, car la communication y est perçue comme « vectrice et messagère de l'information, [et comme] la clé de la relation médecin-malade » (Mantz et Wattel, 2006, p.6). Effectivement, si l'information est le produit de la communication et améliore la relation professionnelle, alors faciliter une plateforme de contenu de l'information professionnelle, c'est aussi rendre la relation professionnelle plus efficiente. Qui plus est, nous pensons que la relation médecin/patient est une forme de communication privilégiée qui mérite d'être préservée. Mantz et Wattel (2006) mettent de ce fait en garde contre les conséquences du manque de communication, car

les conséquences de cet état de fait convergent toutes vers une perte plus ou moins complète et plus ou moins durable de la confiance du patient en son médecin, pouvant aller jusqu'au refus de soins. (p.6)

Une confiance d'ailleurs que Rosser (2006) qualifie d'essentielle, avec le respect, pour entretenir un partenariat entre le médecin et le patient.

De plus, l'information médicale est d'un fondamentalisme tel pour les patients, que s'ils ne la retrouvent pas dans leur relation avec leur médecin, ils se tournent vers d'autres sources. En effet,

des dispositifs innovants d'information des personnes touchées par la maladie - à un titre ou à un autre, comme malades ou comme proches se sont développés sur cette base mobilisant de non-soignants. (Compagnon et al, 2005, p.262)

En fait,

la dispensation de l'information portant sur les maladies et les traitements obéit à ce même mouvement qui voit l'émergence de tiers non-soignants participant à l'organisation sanitaire et à la relation médicale : le phénomène prend racine nettement dans le milieu des années quatre-vingt, au début de l'épidémie de Sida, lorsque les associations s'imposent comme les acteurs essentiels de la lutte contre la maladie et prennent en charge l'accompagnement informationnel des personnes touchées ou particulièrement exposées. (Compagnon et al., 2005, p.262)

Ces nouveaux fournisseurs d'informations sont inestimables pour une population qui veut être sécurisée et/ou de plus en plus prémunie. Pensons aux jeunes adolescentes et la contraception, aux femmes d'âge mûr et l'ostéoporose, aux fumeurs et le cancer du poumon ou de la gorge... Les « tiers non-soignants » se spécialisent donc dans l'information liée à la santé et abordent des problèmes qui ne peuvent pas toujours être couverts avec le médecin.

En conséquence, ces nouveaux « informateurs » sont complémentaires à la consultation médicale. Il y a donc de plus en plus d'acteurs impliqués dans la relation médecin/patient mais selon notre perspective il va sans dire qu'il est nécessaire de combler les besoins informationnels des patients quand ils se rendent chez leur médecin de famille. La salle d'attente qui offre, nous le répétons une fois de plus, temps et espace est donc un outil non négligeable.

#### D) Espace : la salle d'attente

La salle d'attente est un milieu favorable à notre recherche puisque c'est là où l'information professionnelle commence à préparer la relation professionnelle. En effet, c'est dans ce lieu où les patients attendent le médecin qu'ils vont rencontrer, et avec qui ils vont vivre une relation professionnelle.

De plus, dans la salle d'attente, les patients sont susceptibles de penser déjà à la consultation médicale imminente, et aux problèmes de santé qui ont provoqué leur visite chez le médecin. Dans les faits, toute information recueillie pendant cette période cruciale peut décider de la manière dont le patient va réagir dans le cabinet médical, ou par après, puisque l'information reçue dans la salle d'attente a un impact sur le patient comme les recherches d'Assathiany et al. (2005), Ward (1994), Fox et Newton (2006), Montazeri et Sajadian (2002), Boundouki et al. (2004), Cockington (1995), et Wheeler et al. (2001) le révèlent.

Donc, non seulement il se trouve un potentiel informationnel dans la salle d'attente, mais c'est également dans la salle d'attente où naît la possibilité pour l'information professionnelle d'influencer la relation professionnelle.

En outre, le concept d'espace est fort équivoque comme traduisent différents préceptes. En effet, l'utilisation, la perception, et l'interprétation du concept d'espace nourrissent, il est vrai, plusieurs théories que nous allons exposer. D'ailleurs, il est important de noter que l'information professionnelle et la relation



professionnelle se font sentir dans les manières de comprendre l'espace, comme nous allons le présenter.

Pour commencer, l'espace est reconnu comme une ressource par Fischer (1989). Nous reconnaissons la salle d'attente comme une ressource également puisque nous attribuons à la salle d'attente un potentiel informationnel où la relation professionnelle prend naissance, et donc, l'aménagement de la salle d'attente pourrait être utilisé pour transformer la relation professionnelle. En plus, la salle d'attente est une ressource pour nous aussi car c'est dans la salle où l'information professionnelle débute, c'est dans la salle où la relation professionnelle peut être préparée, et c'est pour la salle que notre plateforme de contenu sera développée.

Ensuite, Munsterberg (1913) va plus loin en prêtant des fonctions très actives à l'espace quand il déclare que l'espace de travail affecte la productivité du travailleur. Peut-on de là s'interroger à savoir si la salle d'attente affecterait l'état et la préparation du patient à la consultation ? Nous le pensons, car si l'espace a le pouvoir d'affecter les individus alors, il affecte les relations entre individus et leur manière d'assimiler l'information. Percevoir l'espace comme Munsterberg (1913) signifie alors que la salle d'attente est un élément exploitable pour transformer la préparation du patient à la consultation médicale.

Par ailleurs, Von Helmotz (1991) soutient que c'est par l'action vers et dans l'environnement que la personne reçoit une variété d'indices sensoriels ou de feedback (visuel, auditif, et tactile). Ainsi l'utilisation de l'espace est nécessaire à la transmission propice d'informations efficaces. Par conséquent, si l'information prépare la relation, alors selon Von Helmotz (1991) nous pouvons confirmer que l'information reçue dans l'espace de la salle d'attente affecte la relation professionnelle entre le médecin et son patient.

D'ailleurs, pour Fischer (1989) les relations humaines sont indissociables de l'espace qui les abrite. En effet, l'auteur soutient qu'

il n'y a donc pas deux types d'espaces, l'un qui serait technique et inhumain et l'autre vécu et humain. Une telle distinction relève d'une vision dichotomique de la réalité. Il s'agit plutôt de saisir que la matérialité des espaces prend une vie et un sens humain, parce qu'elle est elle-même un construit social ; cette notion désigne les systèmes sociaux en tant qu'ils sont le résultat de diverses interventions de la part d'acteurs qui leur impriment leur empreinte et leur confèrent un sens. (Fischer, 1989, p.65)

D'après Fischer (1989), l'expérience vécue dans l'espace est en fait déterminée par les actions des acteurs dans cet espace et le sens qu'ils attribuent à ces actions. C'est en fait cette conception de l'espace qui appelle, pour préciser une fois de plus notre positionnement à ce sujet, notre intérêt pour ce que pensent les patients et les médecins, afin de comprendre la perception et les nécessités de chacun dans le lieu à l'étude.

Les propriétés humaines attribuées par Fischer (1989) dans sa définition de l'espace, reprennent l'explication de l'espace par Hall (1969) qui déclare, dans le même ordre d'idée, que chaque individu fait l'expérience de l'espace à sa manière, et que cette expérience dans un espace donné guide la structure des relations. En fait, si nous adaptons les propos de Hall (1969) à notre cas, ce que les patients vont expérimenter dans la salle d'attente, et ce qu'ils vont recevoir comme informations laisse une empreinte sur la relation professionnelle qui suit dans le cabinet médical.

De plus, Fischer (1989) complète Hall (1969) en identifiant l'espace comme moyen d'influencer la qualité des interactions interpersonnelles. L'espace pourrait alors être utilisé pour transformer les relations et les perceptions. Dans notre perspective, il est évident une fois de plus que l'utilisation de la salle d'attente de médecine familiale pourrait influencer sur la qualité de la relation entre le médecin et son patient.

En fait, d'un côté, la tension qui peut naître entre les médecins et la population à l'intérieur du système de santé est devenue une considération sociale importante au Québec. D'un autre, Authier et Vant (1986) affirment que l'intervention sur l'espace est devenue un mode privilégié de gestion du social. Diriger l'attention sur la salle d'attente - lieu de rencontre des deux parties -, et utiliser la salle d'attente pour mieux informer les patients et mieux préparer la relation professionnelle est donc un moyen de gérer une situation qualifiée de chaotique par un des médecins interrogés, et qui pourrait endommager les rapports entre les médecins et les patients, faute d'avoir fait l'objet d'une attention plus particulière de la part des intéressés.

La salle d'attente est donc pour nous un endroit digne d'attention. En effet, à la lumière des différentes théories sur l'espace, nous pouvons déclarer que la salle d'attente joue un rôle direct dans l'efficacité de l'information professionnelle et la nature de la relation professionnelle. En fait, c'est dans cet espace d'attente que l'intégration de ces deux dernières débute. Pour favoriser cet instant où l'information fonde la relation, il est logique de définir quelles informations en matière de santé les patients voudraient recevoir et les médecins donner afin de favoriser la communication.

## ***Chapitre 3 – Méthodologie***

---

### **3.1 L'approche générale de cette recherche**

Nous cherchons à vérifier la convergence entre les besoins informationnels des médecins et ceux des patients dans la salle d'attente. Dans notre démarche, deux des concepts, l'information professionnelle et la relation professionnelle rendent compte de la dynamique humaine et interactionnelle entre patients et médecins au centre de la recherche. En effet, dans la salle d'attente, les patients reçoivent de l'information qui stimule, ou du moins influence, la relation qu'ils ont avec les médecins.

Donc, plutôt que de focaliser sur la validation d'une théorie en particulier, nous nous sommes plutôt concentrés sur le construit humain puisque nous avons entrepris de découvrir quels besoins les patients et les médecins ressentent juste avant la consultation médicale. Pour ce faire, une approche qualitative apparaissait beaucoup plus appropriée parce que non seulement «researchers in qualitative research try to design their methods to be open enough to handle the complexity or the novelty of the issue» (Flick, 1999, p.634), mais

the aim of these methods is to discover novelties and to develop empirically grounded theories rather than to verify what is already known (e.g. a theory that has already been formulated). (Flick, 1999, p.635)

Ce travail de mémoire a donc suivi la démarche de l'induction. C'est-à-dire que nous nous sommes basés sur les données récoltées sur le terrain pour répondre à notre questionnement. Cela implique que nous ne nous sommes pas basés sur des théorèmes pour les vérifier dans notre compte-rendu, mais bien sur les résultats du cas singulier d'une salle d'attente de médecine familiale pour comprendre le phénomène à l'étude.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'essence du phénomène étudié, nous avons adopté une ontologie nominaliste : «the social world is a pattern of symbolic relationships and meanings sustained through a process of human action and interaction» (Morgan et al., 1980, Table 2, p.494). En effet, la relation entre le patient qui cherche un diagnostic ou une information médicale, et le médecin qui remplit son rôle de soignant ou fournisseur de conseils médicaux, est au centre du quotidien dans la clinique médicale, et de ce qui se prépare dans la salle d'attente d'une clinique médicale.

À vrai dire, comme nous postulons que l'information professionnelle prépare la relation professionnelle pour une meilleure communication entre médecins et patients, nous assumons également que le genre d'informations offert dans la salle d'attente peut transformer la réalité de la relation professionnelle. En fait, c'est pour cela que la plupart des recherches sur les informations dans la salle d'attente étudient l'impact de ces informations sur les patients (Ward, 1994 ; Wicke, 1994 ; Fox et Newton, 2006 ; Montazeri et Sajadian, 2002 ; Cockington, 1995), et l'impact des informations sur le comportement des patients (Assathiany et al., 2005 ; Boundouki et al., 2004 ; Wheeler et al., 2001). Bien que nous nous sommes centrés sur les besoins informationnels et non l'impact informationnel, nous ne pouvons ignorer que la convergence que nous avons tenté d'élaborer servira éventuellement à mieux comprendre l'impact informationnel sur la relation entre médecins et patients, ou encore le comportement de chaque partie.

Nous sommes donc partis d'un postulat à mi-chemin entre le volontarisme et le déterministe. D'une part, en effet, nous défendons que

knowledge, understanding, and explanations of social affairs must take account of social order [and] is fashioned by human beings in ways that are meaningful to them. (Morgan et al. , 1980, p.496)

Par suite, il a été capital de comprendre ce que les patients désirent apprendre dans la salle d'attente, et ce que les médecins désirent inculquer, car les individus vont

créer ce qui se passe autour d'eux (la relation professionnelle entre autres) en fonction de leurs interprétations de l'information. Dans le domaine qui nous concerne, n'est-il pas judicieux de se servir de ce que les patients et les médecins ont besoin comme informations pour favoriser l'assimilation de ces informations et l'impact sur la relation professionnelle ? Nous répondons à ceci par l'affirmatif.

D'autre part, notre plateforme de contenu devrait servir à aménager la salle d'attente pour une meilleure communication, donc nous croyons que l'environnement influence les interactions humaines.

Cependant, notre recherche est axée vers le stade du développement de la plateforme de contenu, contenu recueilli auprès de sujets humains et leurs réflexions. Nous avons donc plus penché vers le volontarisme que le déterminisme.

Au contraire, nous nous serions retrouvés dans une situation déterministe si nous avons décidé de déclarer que les patients et les médecins sont complètement soumis au milieu de la salle d'attente, et que leurs actions, leurs interactions ou leur interprétation de la réalité de la salle d'attente n'ont aucun pouvoir dans son développement. Nous reviendrons à cette distinction entre volontarisme et déterminisme lors de la discussion des résultats.

L'épistémologie, associée à notre position ontologique nominaliste qui prête aux actions et interactions humaines le pouvoir de construction de la réalité, et à notre conception de la nature humaine plutôt volontariste, met l'emphase sur «how social situations should be researched in a manner that reveals their inner nature» (Morgan et al., 1980, p.496).

La nature des informations recherchées a donc été centrée sur une approche critique du positivisme. C'est-à-dire que nous n'avons pas tenu à privilégier exclusivement l'objectivité dans notre démarche, et les questions posées aux sujets

a mis en relief la subjectivité humaine. Il s'est agi en fait de comprendre ce que les individus désirent partager ou recevoir comme informations.

C'est pourquoi une méthode idéographique (qui pénètre le vécu et le construit des personnes) composée d'entrevues s'est montrée plus appropriée. En effet, face à des situations qui impliquent des sujets humains, et surtout quand il s'agit d'extirper et comprendre ce que ces sujets humains souhaitent,

scientists can no longer remain as external observers, measuring what they see ; they must move to investigate from within the subject of study and employ research techniques appropriate to that task. (Morgan et al., 1980, p.498)

Puisque nous avons tenu à recueillir des indices sur les besoins informationnels des patients et des médecins, l'entrevue a été un instrument idéal à cause de la richesse de l'information obtenue. Par contre, il est vrai que lors d'entrevues

les personnes interrogées ne disent pas toujours la vérité. Il existe des points particuliers de dissimulation et de mensonges dans chaque recherche, qu'il faut chercher à isoler et traiter par des protocoles d'enquêtes particuliers. (Kaufmann, 1996, p.67)

Comme nos données sont entièrement puisées dans les entrevues, le danger de désirabilité sociale qu'éprouvent les sujets en fournissant leurs réponses nous concerne particulièrement puisqu'il peut mettre en danger la validité de nos résultats complètement imprégnés des propos des sujets.

Toutefois, nous avons travaillé à l'élimination de ce risque. Pour commencer, l'entrevue des médecins a été individuelle et s'est conduite dans leurs bureaux respectifs. Comme les questions portaient sur leurs besoins informationnels, c'est-à-dire les informations qu'ils voudraient voir transmettre par les patients, et les besoins informationnels des patients dont la recension pourrait contribuer à tous

dans l'optique d'améliorer leur milieu de travail, nous n'avons pas craint de mensonges de leur part, bien que ce soit une possibilité. Cependant, il est certain que la nature de leurs réponses a été biaisée par la direction que chacun/chacune donne à la pratique médicale dans son contexte actuel.

Par ailleurs, au niveau des patients, l'entrevue a été le meilleur moyen de capter leurs besoins sans les influencer, puisque nous devons comprendre leurs besoins sans donner une liste de choix qui aurait pu diriger leurs réponses comme dans un questionnaire. Mais, puisque les entrevues de patients se sont déroulées dans la salle d'attente, il y a alors eu une possible contamination des données. En effet, il se peut que les réponses d'un patient fournies à haute voix aient influencé les réponses du prochain patient interrogé. Pour parer à cela, nous avons mené les entrevues en fonction du roulement des patients dans la salle d'attente, de sorte à diminuer le nombre de patients qui auraient pu entendre la question posée. En effet, les entrevues se sont étalées sur toute la journée, ce qui veut dire que les patients interrogés vers 10 heures n'étaient plus présents dans la salle lors des entrevues qui se déroulaient vers midi. De plus, les patients furent approchés individuellement et la question présentée de manière discrète, à voix basse. Il est cependant arrivé que quelques patients capables d'entendre la question acquiescent d'un signe de tête aux réponses fournies alors.

Malgré les risques de propagation, nous avons procédé à l'entrevue des sujets (jusqu'à saturation des réponses fournies dans le cas des patients) car elle s'est avérée la méthode optimale pour repérer les besoins informationnels des deux parties comme ils les perçoivent ; et nous tenions à obtenir des réponses à nos questions selon la manière dont les médecins et les patients verbalisent et définissent eux-mêmes leurs besoins en informations.

Une fois les entrevues effectuées, nous avons extrait les tendances générales des informations suggérées par les patients d'un côté, et les médecins de l'autre. Puis,



nous avons vérifié la validité de notre hypothèse supposant la présence de points convergents entre les deux parties.

### **3.2 Opérationnalisation des concepts : concepts et dimensions**

Notre recherche met donc en relation les trois concepts suivants : l'information professionnelle, la relation professionnelle et l'espace.

Le concept de l'information professionnelle – produit de la communication et ciment de la relation – se divise en trois dimensions.

La première dimension comprend les informations préparatoires (préalables à la visite) : les informations que les patients voudraient obtenir avant de se rendre dans le cabinet du médecin, et les informations que les médecins désireraient que les patients possèdent avant la visite médicale.

La deuxième dimension comprend les informations générales et organisationnelles qui devraient être connues, telles la structure de la clinique ou la raison du temps d'attente par exemple. Ces renseignements pourraient apaiser l'impatience de certains individus, en justifiant la durée de l'attente à travers l'explication de la structure et l'organisation de la clinique.

La troisième dimension comprend les informations d'éducation générale sur la santé que les patients veulent acquérir et les médecins transmettre avant la consultation médicale.

Le concept de la relation professionnelle – relation entre le médecin et le patient – se divise en trois dimensions empruntées aux trois types de relations médicales proposées par Jean-Louis Senon (2007), professeur de Psychologie médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Poitiers.

La première dimension consiste en la relation d'aide. D'un côté, les patients ont besoin d'être mis en confiance, c'est-à-dire se sentir écoutés par leur médecin par exemple. D'un autre côté, les médecins ont besoin d'un retour en gratification, qui est par définition «une prime versée à quelqu'un en plus de son salaire» (Encyclopédie L'Internaute, <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/gratification/>, consulté le 2 mars 2008), c'est-à-dire sentir que les patients ont une totale confiance en leur diagnostic entre autres.

La deuxième dimension consiste en la relation pédagogique. En effet, selon Senon (2007) « le projet commun entre le médecin et le patient est la santé du patient » (<http://www.senononline.com/Documentation/telechargement/2cycle/module1/Relation%20Med%20Mal.pdf>, consulté le 15 août 2007). Donc, dans la relation pédagogique, le médecin transmet des informations au patient dans le but de préserver la santé du patient.

La troisième dimension consiste en la relation d'autorité. Dans cette dimension, il s'agit des rôles techniques des deux parties. En fait, le médecin soigne le patient, et le patient reçoit les soins et suit les prescriptions. De plus, il s'agit aussi pour chacune des parties d'en savoir plus sur le rôle de l'autre. Par exemple, les patients voudraient-ils en apprendre plus sur la réalité professionnelle des médecins ?

L'influence mutuelle de la relation et l'information professionnelles se poursuit jusque dans l'opérationnalisation des deux notions. En effet, les dimensions du concept d'information professionnelle entretiennent des liens étroits avec les dimensions de la relation professionnelle.

D'une part, l'information professionnelle se divise en trois dimensions : les informations préparatoires, les informations générales et organisationnelles, et les informations d'éducation générale sur la santé. D'autre part, la relation professionnelle se divise en trois dimensions : la relation d'aide, la relation

pédagogique et la relation d'autorité. Et, nous pouvons associer chaque type d'informations avec le type de relation qui lui correspond.

En effet, les informations préparatoires (à la consultation) correspondent à la relation d'autorité, aspect de la relation qui focalise sur les rôles techniques des deux parties : le médecin soigne et les patients reçoivent les prescriptions et les suivent. La correspondance préside entre les deux dimensions parce que plus les patients sont en mesure d'expliquer ce qui ne va pas (en s'étant préparés à la consultation), mieux les médecins prennent connaissance du cas rapidement et comprennent la situation dans son ensemble afin de soigner.

Deuxièmement, les informations générales et organisationnelles coïncident avec la relation d'aide. Dans la relation d'aide les patients cherchent à être écoutés et s'attendent à ce que leurs besoins soient comblés rapidement. Quant aux médecins, ils ont besoin de sentir que leur diagnostic et leur rôle sont pris au sérieux. Chaque groupe cherche en fait à être compris.

Les informations générales et organisationnelles regroupent les informations comme la structure de la clinique ou la raison du temps d'attente. Ce type d'informations générales contribue à favoriser ou non la relation d'aide. En effet, la manière dont le personnel transmet les informations sur l'organisation ou gère les informations générales de la clinique a un impact sur la considération que les patients croient y trouver. Par exemple, lorsque l'accueil est personnalisé, comme l'a analysé Baker (1996), les patients sont plus satisfaits. Dans la même optique, les informations générales et organisationnelles peuvent moduler l'image des médecins auprès des patients. Par exemple, si les médecins prennent le temps d'expliquer à leurs patients le fonctionnement de la clinique et la raison du retard dans les consultations, les patients démontreraient possiblement plus de sympathie à l'égard des médecins. Cela éviterait alors les situations fâcheuses de patients irrités ou impolis rapportées par certains médecins.

Finalement, les informations d'éducation générale sur la santé répondent à la relation pédagogique entre médecins et patients, dans laquelle la transmission d'informations est favorisée pour préserver la santé du patient. Nous parlons ici d'une santé comme le définit l'OMS (Lebret, 2007, p.2) qui inclue la santé et le bien-être physique, mental et social des individus.

Il a été intéressant de vérifier la connivence entre ces six dimensions sur le terrain. Nous y reviendrons lors de la discussion des résultats.

Nous venons de démontrer comment les dimensions de nos deux premiers concepts, soit l'information professionnelle et la relation professionnelle, sont associées. Nous passons maintenant à l'espace.

Dans notre cadre conceptuel, l'espace est défini par les différents auteurs comme une entité vivante qui influence les acteurs qui y vivent et donc l'aspect physique de l'espace et inséparable de l'aspect «humain» de l'espace comme Fischer (1989) déclare. Nous tenions donc à étudier ces deux dimensions indissociables : la dimension cognitive et émotionnelle (l'espace vécu) et la dimension physique (l'espace utilisé).

Premièrement, les questions auxquelles nous voulions répondre à travers les indicateurs de la dimension cognitive et émotionnelle sont les suivantes : de quelles informations les patients ont-ils besoin dans la salle d'attente ?, et qu'est ce que les médecins pensent de la salle d'attente ? Ainsi, la perception des patients et des médecins dans la salle d'attente est représentée par ces questions.

Deuxièmement, la question à laquelle nous souhaitons répondre à travers les indicateurs de la dimension physique s'inscrit comme suit : quelles informations doivent dans l'espace d'attente peuvent être utilisées pour améliorer la communication entre les deux parties ?

Notre manière de comprendre l'espace a laissé une empreinte sur notre enquête et notre interprétation des résultats. Car nous pensons que l'espace peut modifier les relations interpersonnelles. Cependant nous n'avons pas pu canaliser nos questions sur ce concept en particulier, parce que le nombre de questions que nous pouvions aborder avec les sujets a été limité par le temps. En effet, tout individu séjourne dans une salle d'attente de médecine familiale pour régler un problème de santé ou pour accompagner une personne malade. C'est une situation pendant laquelle on n'apprécie guère être ennuyé. Pour cela, il nous est paru plus acceptable de fournir une simple lettre expliquant les paramètres de notre recherche à chaque patient avant de les questionner, et de ce fait éviter de les importuner trop longtemps. Ainsi, ces entrevues, ne retenant aucune information nominative sur les répondants, sont restées anonymes et n'ont pas nécessité la signature d'un formulaire de consentement. Et, le fait de ne pas avoir à procéder à l'identification des patients a sans aucun doute facilité l'obtention de répondants. Pour des raisons de temps disponible, nous nous sommes donc résolus à ne poser qu'une seule question de nature générale pour cibler les besoins informationnels des patients. Par conséquent, le concept d'espace n'a pas été exploré sur le terrain parce qu'une telle exploration aurait nécessité de plus amples questions auprès des sujets.

### **3.3 Description du terrain : la salle d'attente d'une clinique de médecine familiale**

Pour répondre à la question centrale de notre recherche : *Dans une salle d'attente de médecine familiale, y a-t-il une convergence entre les besoins informationnels exprimés par les patients et ceux que les médecins perçoivent comme existants – ou devant exister – chez les patients qu'ils vont rencontrer ?*, une incursion dans une salle d'attente de médecine familiale a été nécessaire.

Le terrain investigué était le Centre médical de Laval-Ouest situé à Ville de Laval au Québec. Ce centre offre des services de médecine générale, de chirurgie et de médecine spécialisée (dentisterie, physiothérapie, psychologie, diététisme, laboratoires privés). Par ailleurs, ce centre médical qui compte une quinzaine

d'employés (il y a neuf employés de soutien et six médecins généralistes, sans compter les spécialistes qui y passent quelques heures par semaine) accueille le public du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures, et le samedi et le dimanche de 10 heures à 14 heures 45. Nous nous sommes concentrés sur les médecins de famille en médecine générale pour les fins de notre recherche.

### **3.4 Description de la population : médecins et patients d'une clinique de médecine familiale**

La population étudiée se divise en deux groupes : les patients et les médecins. Notre recherche a impliqué l'entrevue et la participation de cinq médecins et de quarante-deux patients du même cabinet médical.

D'un côté, les médecins interrogés au nombre de cinq, sont composés de deux femmes et trois hommes. De l'autre, les entrevues des patients ont été menés jusqu'à saturation des réponses fournies et opinions partagées. Les quarante-deux patients ont été interrogés au cours de la même journée, sans discrimination d'âge, de sexe ou de race au niveau de la participation qui s'est faite sur une base volontaire et au hasard.

Mentionnons de plus que la clinique sélectionnée, fondée il y a trente ans, comprend sept médecins et fonctionne dans un quartier de banlieue au niveau socio-économique plutôt défavorisé.

### **3.5 Description des outils méthodologiques : les grilles d'entrevue**

Pour la préparation de l'enquête sur le terrain, deux grilles d'entrevue<sup>10</sup> avaient été conçues à partir des trois concepts au centre de la recherche : c'est-à-dire l'information professionnelle, la relation professionnelle et l'espace<sup>11</sup>.

Chaque sous-dimension de ces trois concepts a été utilisée comme angle d'attaque en développant les questions à poser aux sujets.

---

<sup>10</sup> Voir Annexe A et Annexe B.

<sup>11</sup> Au moment de la conception des grilles d'entrevue, le concept d'espace n'avait pas encore été écarté de l'enquête sur le terrain.

Premièrement, les dimensions d'informations préparatoires, d'informations générales et organisationnelles, et d'informations d'éducation générale ont été mobilisées pour préparer les questions sur l'information professionnelle. Ensuite, les dimensions de relation d'aide, relation pédagogique, et relation d'autorité ont été utilisées pour préparer les questions sur la relation professionnelle. Enfin, les dimensions d'espace physique et d'espace cognitif/émotionnel ont servi à la préparation des questions sur l'espace de la salle d'attente.

Afin d'aborder chaque partie selon sa réalité et de rendre compte de celle-ci, la grille d'entrevue élaborée pour les patients diffère légèrement de celle préparée pour les médecins<sup>12</sup>. De plus, en ayant des questions différentes, cela nous a permis d'éviter le piège d'orienter, par des questions semblables, la convergence attendue dans les réponses.

Donc, les deux grilles ont été conçues pour faire ressortir les réflexions de chaque groupe. Mais certaines limites déjà expliquées plus haut ne nous ont pas permis de procéder à une entrevue approfondie avec les patients.

En conséquence, au niveau des patients, nous nous sommes résignés à ne poser qu'une seule question. Pour continuer à servir l'objectif de cette recherche et pouvoir évaluer la convergence entre les besoins exprimés par les deux parties il s'est avéré prioritaire de développer une question assez ouverte pour identifier le contenu informationnel convoité par les patients. Nous avons, pour ce faire, opté pour la question suivante aux patients : s'il y avait des écrans de télévision dans la salle d'attente, qu'aimeriez vous y voir comme informations ?

Nous pensons également que cette question ouverte est adéquate dans la mesure où elle appelle les patients à exprimer toute forme de besoins dans la salle d'attente, sans les diriger vers un certain type d'éléments.

---

<sup>12</sup> Voir Annexe A et Annexe B.

De plus, la question développée pour les patients introduit la notion d'écrans de télévision dans la salle d'attente, et rejoint l'aspect technologique qui interpelle de plus en plus les décisionnaires en ce domaine.

Par ailleurs, nous avons conclu que les réponses à cette question seraient naturellement stimulées par le fait que la télévision est un médium très répandu : il est donc plus facile pour les gens d'imaginer ce que cet outil pourrait permettre de présenter.

Au niveau des médecins, étant donné qu'il y a eu signature d'un formulaire de consentement, nous avons, d'emblée, la liberté de sonder leur réalité au moyen de nos questions. Cependant la grille d'entrevue que nous avons apprise n'a pas été employée dans sa totalité : nous avons décidé de ne poser que trois questions aux médecins pour que ces derniers concentrent leurs réponses sur leurs besoins informationnels, comme la question développée pour les patients le faisait pour les besoins informationnels des patients. En fait, étant donné que nous ne pouvions entrer dans les détails avec les patients, il s'est avéré inutile d'explorer, avec les médecins, des détails dont nous n'aurions pu vérifier la présence dans les réponses des deux parties.

Dans ces conditions, comme la question posée aux patients cherchait à sonder directement les besoins informationnels exprimés par les patients, les questions développées pour les médecins cherchaient logiquement à identifier les besoins informationnels que ces derniers avaient en tête.

Malgré le postulat de départ de notre recherche qui stipule que l'information professionnelle prépare la relation professionnelle, nos limites ne nous permettaient pas de discuter de la relation professionnelle avec les patients non plus. Cela n'altère toutefois pas le fait que l'information professionnelle est étroitement liée à la relation professionnelle. Donc, puisque nous cherchions à



long terme à améliorer l'expérience d'attente dans la salle en comprenant les besoins informationnels des médecins et des patients, il était raisonnable de chercher à comprendre aussi (même partiellement<sup>13</sup>) comment la situation actuelle de la salle d'attente affecte la relation professionnelle entre médecins et patients (avant que cette situation actuelle ne soit éventuellement améliorée par l'élaboration d'une plateforme de contenu – finalité de notre projet). Par conséquent, la première question pour les médecins était la suivante : Que pensez-vous de la situation actuelle de la salle d'attente et quels en sont les effets sur les relations médecins/patients ?

Ensuite, les deux autres questions : Que souhaitez-vous que les patients apprennent dans la salle d'attente avant d'entrer dans votre cabinet ?, et, Que pensez-vous que les patients veulent apprendre dans la salle d'attente ?, découlent de notre hypothèse et cherchent à évaluer les besoins informationnels que les médecins perçoivent comme existant ou devant exister chez les patients.

---

<sup>13</sup> Puisque seul l'avis des médecins a été recueilli.

## ***Chapitre 4 – Présentation des résultats***

---

### **4.1 Points de vue des patients**

La grande majorité des patients interrogés ont été très réceptifs et ont exprimé leurs idées et leurs opinions sur l'information idéale qui les captiveraient dans la salle d'attente<sup>14</sup>. On retrouve plusieurs tendances dans ce qui pourrait les intéresser.

Mentionnons d'abord que deux patients ont refusé de répondre.

Par ailleurs, un certain nombre d'entre eux n'ont pas exprimé de préférence sur le type d'information qu'ils aimeraient recevoir dans la salle d'attente. En effet, huit patients sur les quarante-deux interrogés ont clairement répondu qu'ils n'avaient pas de préférence informationnelle. Pour eux, *attendre, c'est attendre* et ils ne voient pas ce qu'il y aurait d'autre à faire.

Et l'avantage que nous attendions du fait de mentionner les écrans de télévision dans la question posée aux patients a aussi entraîné un effet pervers : certains n'ont pas répondu à notre question parce qu'ils refusaient non pas l'information, mais le fait qu'elle puisse être transmise par une télévision. Effectivement, deux patientes ont vivement rejeté l'idée d'un écran de télévision. L'une a déclaré qu'elle avait la télévision chez elle et que cela suffisait ; l'autre a signalé qu'il y avait déjà, avec les cris des enfants, assez de bruit sans y ajouter le son d'une télévision.

Deux autres n'ont exprimé qu'un seul souhait : *n'importe quoi qui encouragerait à attendre*. Cette phrase confirme déjà, de façon minimale, le potentiel exploitable du temps d'attente aux yeux des patients.

---

<sup>14</sup> Voir Annexe C.

Par contre, loin d'être insensibles à la question, cinq patients ont avoué qu'ils aimeraient pouvoir suivre, dans la salle d'attente, une chaîne de nouvelles ou encore pour un patient en particulier des nouvelles sportives. D'autres, au nombre de quatre, voudraient la télévision, peu importe la chaîne, comme s'est exclamée une patiente : *La télé, c'est moins plate que le mur !* Par ailleurs, une patiente qui fréquente la clinique chaque semaine a précisé qu'elle apprécierait pouvoir regarder un film dans la salle d'attente, ce qui témoigne l'ampleur de l'attente pour cette patiente qui suggère jusqu'à un long métrage.

En outre, les deux parents accompagnés d'enfants ont établi leur progéniture au premier plan de leurs préoccupations. En effet, un parent a déploré le fait qu'il n'y ait pas de salle de jeux pour son enfant ; il jugeait que, pour des parents comme lui, divertir les enfants était essentiel. Il prenait comme exemple l'hôpital Sainte-Justine de Montréal ; la chaîne VRAK TV (spécialisée pour les enfants) y serait offerte sur des postes installés dans la salle d'attente.

Il n'y a pas, en fait, que les parents qui parlent de divertissement. À vrai dire, deux patients mentionnent qu'il faudrait avant tout détendre l'atmosphère. Pour eux, comme un autre patient le précise, *n'importe quoi de positif* serait apprécié ; provoquer le rire serait aussi bien accueilli. La Cité de la Santé à Laval leur servirait d'inspiration puisqu'ils y auraient des postes chargés de diffuser des émissions du producteur d'émissions humoristiques *Juste Pour Rire*, tel que rapporté par trois autres patients.

En opposition au caractère non-médical des informations désirées par plusieurs personnes, deux patients favoriseraient des informations plus générales sur la santé dans la salle d'attente d'une part.

D'autre part, une des patientes partage son désir de recevoir des informations spécifiques sur les maladies transmissibles sexuellement et les maladies comme le cancer. Étant fumeuse, les dangers du tabac l'intéressent beaucoup.

En fait, deux patients, comme la dernière, communiquent le besoin d'en savoir plus sur les symptômes et les traitements possibles de certaines maladies plus fréquentes comme le rhume et la grippe, ou sur les mesures à prendre lors d'accidents communs comme les entorses.

De plus, les points de vue de trois des patients se rejoignent quand ils expriment vouloir recevoir des informations sur une alimentation saine : *comment bien se nourrir*, ainsi que des informations sur le conditionnement physique : *tout ce qu'on nous répète depuis que nous sommes petits* comme le résume un patient.

À prime abord, les points de vue des quarante-deux patients interrogés sont fort diversifiés. La catégorisation de ces données facilitera leur identification et leur regroupement en tendances.

## 4.2 Points de vue des médecins

Nous avons interrogé les cinq médecins de famille exerçant dans la même clinique que celle où nous l'avons fait pour les patients. Ils pratiquent tous dans leur bureau et au service *sans rendez-vous* de la clinique. Le caractère plus élaboré de leur entrevue respectif a donné lieu à l'expression d'un ensemble de points de vue de médecins tout aussi diversifié que l'ensemble des points de vue des patients.

Les médecins n'ont en effet pas tous la même perception de l'information qui devrait circuler dans la salle d'attente ou encore des solutions informationnelles à adopter : ils ont, pour eux et pour leurs patients, des besoins informationnels distincts.

Tout d'abord, le premier médecin déplore *l'anarchie* des salles d'attente prises d'assaut par les téléphones cellulaires par exemple. Il trouve que le temps

d'attente devrait être utilisé pour intéresser les petits et les grands à des sujets spécifiques de la santé et de la prévention.

Au point de vue des relations, il témoigne de son irritation face au comportement de certains patients. En effet, comme il le rapporte :

*les patients les moins malades, c'est eux qui chialent le plus. Et donc ça met les autres patients mal à l'aise et nous, ça nous énerve un peu aussi.*

Puis, il souhaiterait que, avant d'entrer dans son cabinet les patients soient renseignés sur différents sujets :

*donner de l'enseignement par exemple, sur les taux glycémiques désirables chez les diabétiques, les taux de tension artérielle désirables chez les patients hyper-tendus. Par exemple, aviser les gens s'ils ont un problème, que ce dernier n'est peut être pas le seul. Un problème comme une dysfonction érectile chez les hommes relativement jeunes, c'est souvent associé à des problèmes cardiovasculaires. Il faut consulter. Il ne suffit pas de venir demander du viagra et croire que tout va bien aller.*

Sa préoccupation première est donc d'enseigner aux patients des gestes simples à poser en cas de problèmes ou de contextes particuliers.

En ce qui concerne les besoins qu'il perçoit comme existants chez les patients, il assume que les patients sont concernés avant tout par leurs propres maux et situations : *Oui. Mais c'est ça qu'ils veulent apprendre. Ce qui peut les aider à s'occuper de leur propre malaise actuel.*

Il a également une pensée pour les parents qui fréquentent la clinique et qui sont, selon lui, naturellement préoccupés par les soins portés aux enfants :

*s'ils sont des parents, ils aimeraient bien en apprendre par exemple sur les raisons pour lesquelles on donne des vaccins et sur la prévalence d'une maladie dans les pays où on n'en donne pas. Ce sont des choix qui ont des conséquences.*

Ce premier médecin devine que les patients sont intéressés par *des trucs assez simples qui peuvent les aider dans la vie de tous les jours, une mini-formation médicale pour leurs enfants et leur famille.*

Le deuxième médecin perçoit la réalité des salles d'attente de manière similaire : *les salles d'attente sont quand même assez débordées par les temps qui courent.* Il n'attribue pas cette situation uniquement aux patients qui viennent en grand nombre sans rendez-vous : *ils acceptent quand même d'attendre, d'être vus et d'obtenir le service pour lequel ils sont venus.* Mais ce serait aussi dû à l'organisation des médecins qui n'est, selon lui, pas toujours à son meilleur.

Par ailleurs en ce qui concerne l'information à privilégier, il conseille de viser la nouveauté en médecine :

*je pense qu'il devrait y avoir de l'information probablement sur les nouvelles qui circulent, les rumeurs, premièrement sur les maladies qui sont souvent en émergence, les maladies qui inquiètent les gens comme toutes les maladies qu'on attrape à l'hôpital, avoir de l'information sur les différents agents infectieux comme le C.*

Il est alors de premier plan pour ce médecin de rassurer les patients sur les nouvelles médicales qu'ils reçoivent d'origines diverses.

Sachant que la population détient maintenant plusieurs sources d'informations, il souligne également l'intérêt médical porté aux nouveaux médicaments dont la publicité inonde les ondes. Conscient de cette situation, le deuxième médecin pense que les patients voudraient être prévenus de toute rumeur, nouveauté ou percée médicale dans la salle d'attente : le dépistage des maladies contagieuses, les maladies infectieuses ou en progression comme le cancer et le diabète, les maladies héréditaires, et la prévention devrait être abordés pendant ce temps d'attente. Car le temps de consultation ne permet pas toujours de toucher à ces sujets.

Le troisième médecin rejette quant à lui le concept d'informations dans la salle d'attente : *moi personnellement, je n'aime pas tellement laisser d'informations médicales dans la salle d'attente avant la consultation parce que ça risque de prolonger ma consultation.* Là où le deuxième médecin perçoit la salle d'attente comme complémentaire à la consultation qui est trop courte pour tout aborder, le troisième médecin ne veut pas que la salle d'attente devienne une source d'informations qui rallongeraient alors la consultation en suscitant de nouvelles questions. En fait, ce médecin estime la relation professionnelle compromise quand des indications fournies dans la salle d'attente provoquent des questions qui ne concernent pas le besoin immédiat du patient, et que le soignant qualifie implicitement de questions inutiles. Pour ce médecin, la relation est défavorisée parce que les questions ainsi générées le retardent dans son horaire, créent un stress supplémentaire pour les patients qui devraient plutôt être détendus dans la salle d'attente.

Le temps de consultation et le problème spécifique de santé du patient au moment de la consultation sont les préoccupations centrales du troisième médecin. Ce généraliste ne perçoit donc aucun besoin informationnel – additionnel - devant exister chez les patients avant d'entrer dans son cabinet médical. Mais, s'il faut à tout prix une forme d'informations dans la salle d'attente, il doit s'agir pour lui de commentaires très généraux : surtout pas de renseignements spécifiques qui pourraient inutilement éveiller la curiosité et l'inquiétude des patients et ainsi allonger le temps de consultation.

Puis, comme ce médecin se sent beaucoup plus interpellé par le respect de l'horaire et l'efficacité (en termes de gestion du temps) de la consultation que par l'information donnée aux patients, il privilégierait de *la littérature de distraction* ou encore des articles sur le dépistage du cancer du colon ou les mammographies par exemple. L'important c'est qu'il s'agisse de sujets très larges.

D'ailleurs selon ce médecin, les patients ne désirent pas nécessairement recueillir de l'information. Ce qu'ils veulent, en fait, c'est éviter l'attente. Ce généraliste se déclare convaincu : *diminuer cette impression d'attente par la distraction je pense que ça serait mieux.*

Le quatrième médecin porte son attention sur les émotions des patients dans l'état actuel des salles d'attente. Il rappelle que la situation actuelle d'attente allongée est causée par la surfréquentation des cliniques et la pénurie des médecins de famille. Il évalue à 10 ou 15% les patients qui deviennent agressifs à cause de l'attente. Malgré cela il constate que la majorité des patients comprennent que l'attente fait partie de la réalité des cliniques. Le point important c'est d'être vu par un médecin.

Le médecin, qui déclare que les patients ont tendance à faire leur propre diagnostic, n'avance cependant pas d'idées précises sur les besoins informationnels devant exister chez les patients avant d'entrer dans son cabinet.

Par contre, pour ce médecin en arrivant à la clinique les patients devraient s'attendre à attendre et de ce fait venir préparés et structurés :

*la seule chose c'est qu'il faut qu'ils comprennent qu'il faut avoir de la patience. Quand on vient attendre, on s'apporte un livre, pour les enfants on traîne des jeux, on fait quelque chose. On a tous eu des enfants, on a tous attendu dans des salles d'attente. Tu t'amènes équiper de ce qu'il faut, au lieu de te plaindre continuellement, mais beaucoup ne le font pas. Il y en a d'autres qui arrivent très structurés, ils ont prévu le petit jouet, ils ont prévu de la lecture, ils ont prévu quelque chose : ça n'est pas donné à tout le monde.*

Ce médecin ajoute que

*les patients pensent toujours que leur cas est plus important qu'un autre et qu'ils devraient passer en priorité. C'est sûr que ce n'est pas possible.*



*Écoutez un film ce serait ridicule<sup>15</sup> parce qu'ils ne voudraient pas rentrer, ils voudraient voir la fin de leur film donc il faut quand même faire attention. Puis quand tu mets de la documentation médicale sur par exemple l'Alzheimer que certains patients ont dans leur famille sous forme de livrets sur la maladie, les patients ne les liront même pas. Il y a un désintéressement de la population là-dessus, tout ce qu'ils veulent c'est que ça aille vite et qu'ils soient vus par un médecin.*

Selon le quatrième médecin, l'information qui se retrouverait dans la salle d'attente serait alors sans importance parce que les patients, centrés sur leurs problèmes, cherchent à éviter l'attente avant tout. Donc, il n'y a pas de besoins informationnels existants chez les patients dans ce cas.

Nous pouvons noter que ce médecin en particulier évoque l'importance de comprendre les états d'âme des patients autant que leurs besoins informationnels. En effet, si certains patients ne sont pas intéressés à recevoir de l'information (comme la section sur le point de vue des patients l'expose), il faudrait alors trouver d'autres moyens de transformer le temps d'attente en un moment moins désagréable.

Le cinquième médecin souligne avant tout que le système d'attribution d'un numéro à l'arrivée pour le « sans rendez-vous » introduit dans la clinique a amélioré le fonctionnement de la salle d'attente : *il y a moins de chicanes*. Cela montre que l'introduction de la technologie a du bon et devrait rassurer les entreprises qui cherchent à y introduire de nouvelles technologies de communication.

Le médecin soutient également que l'attente peut perturber la relation professionnelle entre médecins et patients quand la courtoisie entre les deux parties est affectée par l'impatience des patients. Il est, intuitivement, dans la lignée des théoriciens que nous avons présentée plus haut. Il explique que :

---

<sup>15</sup> Pourtant le choix d'un film fait partie des suggestions d'une patiente.

*quand c'est au sans-rendez vous surtout évidemment ils [les patients] attendent longtemps, donc quand ils arrivent ils sont plus impatients. Certains le manifestent verbalement, donc ça se complique un petit peu quand les gens sont trop impolis et trop impatients.*

Il soulève aussi, tout comme le quatrième médecin, que les patients arrivent souvent mal préparés à l'attente : *les parents vont arriver avec les enfants, puis ils n'ont rien, ils n'ont pas apporté de bouffe, ils n'ont pas apporté de biberon, ils n'ont pas apporté de jouets.* Donc même si certains parents voudraient que la salle soit équipée pour accueillir leurs enfants, le quatrième et le cinquième médecin attribuent plutôt une certaine responsabilité parentale quant au bien-être et à la distraction de leur progéniture dans la salle d'attente de médecine familiale.

Aussi, le cinquième médecin souhaite que les patients soient au courant de l'histoire médicale de leurs enfants et qu'ils arrivent prêts pour la consultation en apportant leur liste de médicaments,

*qu'ils puissent s'assurer d'avoir une histoire, puis d'avoir pris leur température, d'avoir fait certaines petites choses des fois avant de venir consulter, ça serait intéressant de leur faire savoir cela et de leur dire.*

Le médecin est convaincu que les patients devraient arriver dans son cabinet avec cette préparation et ces informations préparatoires. Il s'agirait là d'une information perspicace. Il souligne également la prévention (les informations sur la vaccination par exemple) comme sujets pertinents à aborder dans la salle pour mieux préparer les patients.

Par ailleurs, selon ce médecin les patients sont intéressés par les différentes maladies qui ont récemment fait apparition comme le SRAS, et les autres maladies dont on entend beaucoup parler. Donc pour le généraliste, les renseignements sur ce genre de virus et maladies fait partie des besoins existants chez le patient. De ce fait, l'information dans la salle d'attente devrait y référer. En fait, le médecin résume son état d'esprit sur les besoins informationnels des patients en une phrase : *plus ils sont informés, mieux ça va.*

## ***Chapitre 5 - Analyse des résultats***

---

### **5.1 Catégorisation des données**

Les données récoltées lors des entrevues de médecins et de patients montrent beaucoup de similitudes et permet une organisation en trois catégories.

La première catégorie classe ce que les patients veulent recevoir comme informations dans la salle d'attente. Ceci correspond dans la question de recherche aux besoins informationnels existants chez les patients.

La deuxième catégorie présente ce que les médecins veulent que les patients apprennent ou reçoivent comme informations avant d'entrer dans leur cabinet. Cette catégorie concorde avec les besoins informationnels que les médecins perçoivent comme devant exister chez les patients avant d'entrer dans leur cabinet.

Finalement la troisième catégorie rassemble ce que les médecins pensent que les patients veulent savoir, donc les besoins informationnels que les médecins perçoivent comme existants chez les patients.

L'interprétation des données propres à chaque catégorie et leur mise en rapport déboucheront éventuellement sur la détermination d'une convergence ou d'une divergence entre les besoins informationnels des patients et des médecins.

Notre recherche cible les besoins en informations des médecins et des patients qui deviennent de l'information professionnelle quand ces deux parties entament une relation professionnelle.

Nous tentions également de sonder comment la situation actuelle de la salle d'attente affecte la relation professionnelle entre médecins et patients, mais

comme la présence éventuelle d'une convergence ne peut être tracée que si nous cernons le point de vue de chaque groupe sur une matière commune, les données récoltées grâce à la question posée aux médecins sur les relations médecins/patients, bien qu'elles nous ont permis de comprendre la réalité des médecins comme nous le souhaitions avant les entrevues, ont été écartées de la catégorisation.

Pour ces raisons la catégorisation ne classe que les données portant sur les besoins informationnels avant la relation professionnelle, c'est-à-dire l'information qu'il juge utile que les patients reçoivent, tracées en trois grandes catégories.

La première catégorie qui indique ce que les patients veulent savoir inclut :

- 1) *les informations générales sur la santé* : c'est-à-dire quand des patients, au nombre de huit dans notre étude, optent pour des informations sur le conditionnement physique, la nutrition, les symptômes des maladies comme le rhume, les traitements possibles sur les maladies courantes comme la grippe, le rhume, les entorses.
- 2) *les informations spécifiques sur la santé* : pour le patient qui choisirait des informations sur des maladies spécifiques comme les différents types de cancer, les maladies transmises sexuellement, ou encore les dangers du tabac.
- 3) *les autres formes d'informations* : quand six patients sont plutôt séduits par des informations sportives ou l'actualité.
- 4) *pas de préférence* : les douze patients qui se sont montrés indifférents sont représentés dans cette sous-catégorie.
- 5) *pas d'informations* : les deux patients qui ont rejeté un besoin informationnel sur écran se retrouvent dans cette section.
- 6) Finalement, *l'alternative à l'information* regroupe les onze patients qui suggèrent de détendre l'atmosphère, l'encouragement pendant l'attente, les patients qui priment une ambiance positive avant tout et qui sont plutôt attirés par la distraction pour enfants ou adultes.

Contrairement à ce que la grille d'entrevue initiale présentait, les patients ne se sentent pas naturellement interpellés par les informations générales et organisationnelles de la clinique : le fonctionnement de la clinique, la raison du temps d'attente, l'expérience des médecins n'ont rien de spontané dans l'intérêt informationnel des patients. Il se peut que la nature des réponses des patients soient influencées par le médium (la télévision) inclut dans la question posée. Nous reviendrons sur ces influences lorsque nous aborderons les limites de la recherche.

On pourrait croire que les patients voudraient en savoir plus sur la réalité des médecins mais ce n'est pas un réflexe. Deux patients ne veulent pas d'informations du tout d'ailleurs et onze d'entre eux se tournent carrément vers la distraction.

Par ailleurs, une question se pose au sujet des patients qui rejettent l'information sur écran. En effet, ces patients mentionnent qu'ils ont déjà la télévision chez eux ou encore indiquent que le bruit de la télévision serait inconfortable. Il serait intéressant de savoir s'ils écartent complètement l'information ou s'ils rejettent le bruit que la télévision produit, ou le fait que l'information soit diffusée sur écran.

En outre, bien que pour certains patients l'attente est idéale pour en apprendre plus sur leur santé ou la santé en générale, d'autres patients voudraient plutôt écouter les nouvelles d'actualités ou tout simplement rire. Ce sont des attitudes que peu de recherches abordées dans la revue de littérature laissaient deviner. En effet, à force de s'ingénier à sonder ce que les patients retiennent dans la salle d'attente, on a peut-être omis de comprendre que, s'ils ne retiennent pas tout, c'est en partie parce que l'information diffusée dans la salle d'attente n'est pas une information qui les stimule. McGrath et Tempier (2003) l'ont d'ailleurs prédit, il faudrait davantage se pencher sur les facteurs qui augmentent la susceptibilité des patients à accueillir l'information dans la salle d'attente.

La deuxième catégorie qui représente ce que les médecins veulent que les patients sachent avant la consultation regroupe :

- 1) *les informations générales sur la santé* comme des bulletins généraux sur la santé, besoins manifestés par trois médecins.
- 2) *les informations spécifiques sur la santé* telles que décrites par trois médecins sur les cinq interrogés, comme la prévention, le dépistage de certaines maladies, les nouveautés en médecine ou les nouvelles maladies comme le SRAS et les maladies émergentes comme le diabète.
- 3) *l'information médicale des patients* : deux médecins sur cinq apprécieraient de voir les patients se présenter avec une bonne connaissance de leurs informations personnelles telle que la connaissance de leurs symptômes, de leur histoire médicale et de la liste de leurs médicaments.
- 4) *pas d'informations spécifiques* : cette sous-catégorie représente l'opinion du médecin qui ne veut pas d'indication spécifique dans la salle d'attente avant la consultation parce que cela susciterait trop de questions «inutiles» comme le rapporte un des médecins interrogés.
- 5) *pas d'informations* : représente le point de vue (d'un seul médecin) où les patients ne devraient pas recevoir de renseignements dans la salle d'attente avant la consultation.
- 6) *distraction des patients* : sous-catégorie qui représente le point de vue (d'un seul médecin) où la distraction des patients devrait être l'objectif dans la salle d'attente avant la consultation.

D'après les résultats, quatre médecins sur cinq focaliseraient sur l'information médicale de base et spécifique dans la salle d'attente pour «préparer» le patient. Mais un médecin sur les cinq interrogés éliminerait l'information de la salle d'attente s'il le pouvait. L'attitude de ce dernier, aussi intéressante et pertinente soit-elle, peut surprendre, étant donné l'existence d'une relation pédagogique (Senon, 2007) entre le médecin et son patient, où le médecin cherche à préserver la santé du patient à travers la transmission d'informations.

Il faut croire que ce médecin préfère se concentrer sur la relation d'autorité (Senon, 2007) où le patient se rend dans le cabinet pour y chercher diagnostic et prescription. Non pas que ce médecin n'ait pas la santé de ses patients à cœur, mais ce médecin-là est plus préoccupé par les problèmes médicaux immédiats.

Malgré tout, les quatre autres médecins proposent quand même de diffuser de l'information médicale générale, spécifique ou novatrice dans la salle d'attente. Nous pouvons de ce fait avancer que, pour ces médecins, le sens de la relation pédagogique est plus prononcé, car ils misent sur la transmission de renseignements aux patients.

De plus, le sens de la relation d'aide (Senon, 2007) chez ces quatre médecins semble s'exprimer autrement que celui des médecins avertis d'informations. En effet, la relation d'aide implique que les patients se sentent écoutés. Et pour cela, prendre le temps de répondre aux questions des patients, même si ces interrogations sortent du cadre de la consultation médicale fait partie intégrale de la relation d'aide. Mais, si pour certains médecins la relation d'aide s'étend au-delà des soins immédiats prodigués dans le cabinet, d'autres soignants préfèrent se concentrer sur l'examen médical et les diagnostics.

La troisième catégorie qui incarne ce que les médecins pensent que les patients veulent savoir rassemble :

- 1) *la mini-formation et une information médicale générale* : selon le point de vue de deux médecins, les patients voudraient apprendre à préserver leur santé et celles de leur proches munis de gestes basiques à poser.
- 2) *informations spécifiques*, car pour un des médecins, les patients ne se sentent concernés que par leur propre malaise, celui qui les amène à la clinique.
- 3) *pas d'informations* car un des médecins doute de l'importance de la présence d'informations dans la salle d'attente. Pour lui, il y a un désintéressement de la population.

- 4) *nouvelles sur la santé* puisque deux médecins ont noté que les patients voudraient des nouvelles sur la santé (informations sur les nouveaux médicaments, les nouvelles maladies émergentes, les rumeurs médicales).

Cette catégorie est fort captivante puisqu'elle illustre l'opinion que les médecins ont de leurs patients. Les médecins couvrent toutes les formes d'informations suggérées par les patients, mais cette catégorie introduit la divergence et la convergence des points de vue entre médecins et patients.

Nous allons donc maintenant confronter les trois catégories pour en faire ressortir les divergences et les convergences.

## **5.2 Divergence des points de vue**

Bien que nous voulions avant tout montrer la convergence des besoins en informations dans la salle d'attente de médecine familiale, il est essentiel de vérifier également quels y sont les points de divergence. En fait, il n'y a pas de forte divergence entre ce que les patients veulent savoir et ce que les médecins pensent que les patients veulent savoir. Par contre, il y a une légère dissemblance entre ce que les patients veulent apprendre dans la salle d'attente et ce que les médecins veulent que les patients sachent.

En effet, deux médecins mentionnent que les patients devraient se présenter dans leur cabinet mieux armés, qu'ils décèlent et expliquent mieux leur symptômes, qu'ils connaissent leur histoire médicale et celle de leurs enfants, et qu'ils apportent la liste de leurs médicaments. Pour ces médecins, cette préparation contribuerait à l'efficacité de la consultation et ainsi à la relation professionnelle. On peut donc dire que la dimension d'informations préparatoires est importante pour ces médecins et elle devait alors être intégrée par les patients, puisque ces informations sont utiles au médecin.



Toutefois, même si les informations préparatoires apparaissent comme primordiales pour les médecins, les patients ne rapportent pas un besoin pour ce type d'informations.

En résumé, il y a une légère différence entre les besoins des deux groupes, éclipsée cependant par la convergence générale et très marquée entre les informations que les patients veulent avoir et ce que les médecins veulent que les patients sachent, ainsi qu'entre les informations que les patients veulent avoir et ce que les médecins pensent que les patients veulent savoir.

### **5.3 Convergence des points de vue**

Commençons par le premier cas de figure, c'est-à-dire la convergence entre les informations que les patients veulent avoir et ce que les médecins veulent que les patients sachent.

Premièrement, les deux parties suggèrent que la salle d'attente propose des informations générales sur la santé : bilan de santé, conditionnement physique, ou saine alimentation.

Par ailleurs les deux groupes suggèrent aussi d'y diffuser des informations spécifiques sur la santé comme des renseignements sur certains types de cancer, les maladies transmises sexuellement, le dépistage de certaines maladies, la vaccination des enfants, les rumeurs sur certaines maladies en développement comme la bactérie C difficile.

En outre, certains patients ne veulent pas d'informations dans la salle d'attente, tout comme un médecin qui ne veut pas en donner dans la mesure du possible.

D'autre part, certains patients mentionnent que les informations sur la santé sont parfois stressantes et dans ce cas ils ne veulent pas de renseignements spécifiques,

ce qui est corroboré par le point de vue d'un des médecins qui ne veut rien donner de particulier comme renseignement – même si ce n'est pas pour les mêmes raisons (le médecin dans son cas ne voulant pas provoquer plus de questions).

Finalement, le dernier point majeur de convergence entre ce que les patients veulent savoir et ce que les médecins veulent que les patients sachent est la distraction. En effet, les patients mentionnent qu'ils préféreraient voir des nouvelles d'actualités, le sport, le canal juste pour rire ou encore le canal Vrak TV pour les enfants. Autrement dit, ils aimeraient être divertis. Ils ne sont donc pas nécessairement attirés par de l'information médicale – spécifique ou générale.- mais ils voudraient passer ce temps d'attente à s'aérer l'esprit. Ceci est tout à fait compréhensif et semble avoir été compris dans les salles d'attente de la province où l'on retrouve toutes formes de magasins actuels ou désuets. Un médecin sur cinq est d'ailleurs d'accord avec cette notion de détente. À vrai dire, selon ce médecin, les patients devraient tout simplement se pacifier dans la salle d'attente et ne pas recevoir d'informations. D'où la pertinence de la littérature de distraction pour non seulement apaiser l'atmosphère mais aussi combler le vide.

Le deuxième cas de figure confronte ce que les patients veulent savoir et ce que les médecins pensent que les patients veulent savoir.

En premier lieu, deux médecins devinent que les patients désirent retrouver des indications médicales générales dans la salle d'attente, comme le résume un médecin : les patients seraient certainement intéressés par une mini formation médicale. Cela rejoint en fait l'intérêt de certains patients pour de plus amples informations sur certaines maladies communes comme le rhume et la grippe.

Ensuite, un des médecins découvre également que les patients sont intéressés par des informations spécifiques sur la santé, c'est-à-dire sur leur propre malaise comme la jeune fumeuse qui désire en savoir plus sur les maladies reliés au tabac puisque qu'elle se sent concernée.

En outre, un des médecins invoque le désintéressement de la population. Ce médecin croit tout simplement que les patients ne suivraient pas forcément une information diffusée dans la salle d'attente. Et, ce médecin rejoint les patients qui ne désirent pas d'informations : les patients qui demandent simplement d'être consultés par un médecin.

Pour finir le médecin qui allègue que les patients ne veulent qu'éviter l'attente et que pour les y aider il faut avant tout les distraire, rejoint tous les patients qui souhaitent se détendre dans la salle d'attente avec d'autres formes d'informations comme des émissions humoristiques ou les dessins animés pour les enfants.

Chaque médecin rejoint donc certains patients dans leur perception de l'information idéale dans la salle d'attente. Nous pouvons avancer sans demi-mesure qu'il y a une convergence entre ce que les patients veulent savoir et ce que les médecins veulent que les patients sachent. Il y a pareillement convergence entre ce que les patients veulent savoir et ce que les médecins pensent que les patients veulent savoir. Il y a convergence parce que les similitudes précédemment mentionnées et exposées sont évidentes. Bien entendu, étant donné, la spécificité de la clinique médicale, des patients et du lieu géographique, nous ne pouvons conclure à des résultats universels. Mais nous pouvons nous servir de ce cas particulier comme paramètre.

Rappelons une fois de plus que l'objectif de cette recherche est de développer une plateforme commune de contenu. Reste à savoir si la convergence tracée, entre les besoins informationnels des patients et ceux des médecins, permettrait la construction d'une telle plateforme. En tous les cas, les résultats obtenus ouvrent les portes à une discussion sur la portée de la convergence décelée dans les données.

## ***Chapitre 6 - Discussion des résultats***

---

### **6.1 Retour au questionnement**

Nous voulons démontrer la convergence des besoins en informations dans la salle d'attente, et nous pouvons débiter en déclarant qu'il y a convergence entre les besoins informationnels des patients et ceux des médecins sauf au niveau de l'information préparatoire que nous clarifierons plus tard. Un problème réside cependant dans l'ampleur de cette convergence, étant donné la pluralité des points de vue qu'elle englobe.

En effet, trois médecins et huit patients favorisent des informations générales sur la santé, un médecin et onze patients prônent la détente dans la salle d'attente. Tandis qu'un des médecins et deux patients ne veulent pas du tout d'informations, une patiente et trois médecins sont attirés par de l'information spécifique. Comment alors concilier tous ces points de vue dans la même salle d'attente ?

Devrait-il y avoir plusieurs formes de cliniques : les cliniques qui desservent les partisans de l'information générale et les cliniques des partisans de la spécificité ? Des cliniques sans renseignement sur la santé dans la salle d'attente ? Des cliniques sans aucune forme d'information ?

Est-ce que la diversité des produits de consommation de notre ère devrait se retrouver aussi dans la diversité des services d'informations et services aux usagers dans le domaine de la santé ? L'information professionnelle est-elle un handicap à la rapidité du service ou permet-elle aux médecins de faire face à des patients-clients mieux informés ?

Il va sans dire que l'espace d'attente est un endroit privilégié pour la transmission d'informations entre médecins et patients, mais si la pluralité des points de vue empêche une transmission efficace, alors nous nous retrouvons face à la même

crainte qu'Hervé Gallois (2006) du Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux de France : trop d'informations tue l'information.

Donc, cette convergence démontre un aspect problématique, il est toutefois satisfaisant de répondre à notre question de départ : *Dans une salle d'attente de médecine familiale, y a-t-il une convergence entre les besoins informationnels exprimés par les patients et ceux que les médecins perçoivent comme existants – ou devant exister – chez les patients qu'ils vont rencontrer ?* Dans les réponses obtenues, nous avons constaté une convergence générale des données.

L'aspect problématique de cette convergence générale nous rattrape toutefois en ce qui a trait à l'objectif d'une plateforme commune de contenu.

Mais, pour pallier à cette situation, la sélection du contenu pourrait être aussi pluraliste que la population de médecins et de patients, c'est-à-dire que le personnel de la salle d'attente pourrait détenir des capsules d'informations générales, spécifiques, ou de divertissement au besoin. Les cliniques sélectionneraient le type de renseignements souhaités dépendamment de la clientèle qui se trouve dans la clinique ou dépendamment de ce que les médecins veulent projeter. Il reviendrait ainsi aux médecins et au personnel administratif de la clinique de choisir l'information à diffuser, avec sondage de la salle si besoin est.

Cependant, en questionnant s'il y avait convergence entre les besoins informationnels des patients et des médecins, nous émettions l'hypothèse d'une convergence et nous attendions à trouver une convergence qui facilite l'élaboration d'une plateforme commune de contenu, autrement dit une convergence solide. La convergence qui a émergé des données est toutefois une convergence fragile.

La convergence de notre recherche est fragile parce qu'il est difficile de répondre simultanément à la majorité des besoins similaires des deux parties, basé sur la

convergence des besoins respectifs des deux groupes. En effet, il est vrai qu'il y a une convergence générale entre les besoins informationnels des médecins et ceux des patients. Cependant, les besoins des patients sont très disparates et les besoins des médecins sont également très diversifiés. Donc, la trop grande diversité à l'intérieur de chaque groupe ne permet pas l'élaboration d'une plateforme commune de contenu.

Par exemple, comment établir une plateforme commune de contenu entre médecins et patients quand certains médecins et patients favorisent l'information spécifique sur la santé, tandis que certains médecins et patients favorisent l'information générale sur la santé ? Sans tendance lourde, le général s'oppose au spécifique, ce qui rend difficile une communauté de contenu dans notre cas parce ce qu'il serait très complexe de répondre à ces deux préférences informationnelles de façon simultanée.

Voici donc les caractéristiques d'une convergence fragile en informations :

- Convergence (grande similarité) des points de vue entre chacun des groupes.
- Divergence (très forte diversité) de points de vue à l'intérieur de chaque groupe.

À l'opposé une convergence est solide quand nous y retrouvons :

- Convergence (grande similarité) des points de vue entre chacun des groupes
- Convergence (grande similarité) de points de vue à l'intérieur de chaque groupe.

Une convergence solide permettrait alors le développement d'une plateforme commune de contenu puisqu'il serait alors possible de déterminer une majorité de besoins similaires communs<sup>16</sup>.

La convergence est un concept employé dans plusieurs disciplines, notamment en technologie, en météorologie, en communication et en mathématique.

---

<sup>16</sup> Sans cela nous parlons alors de cohabitation des besoins où les différents besoins aussi disparates soient-ils devraient être adressés en alternance.

Premièrement, la convergence technologique est définie comme la «fusion entre diverses technologies employées pour transmettre du contenu» (Rabinovitch, 2001, <http://www.cbc.radio-canada.ca/discours/20010403.shtml>, consulté le 4 juin 2007). L'esprit de fusion rappelle la finalité de communauté de contenu que nous recherchons.

Deuxièmement, en météorologie, la zone de convergence (intertropicale) est caractérisée par «cette zone où les alizés de l'hémisphère nord et ceux de l'hémisphère sud se rencontrent» (Météo France, [http://www.meteofrance.com/FR/glossaire/designation/1077\\_curieux\\_view.jsp](http://www.meteofrance.com/FR/glossaire/designation/1077_curieux_view.jsp), consulté le 5 juin 2007). Cette rencontre de deux pôles distincts s'apparente aux deux différents groupes, médecins et patients, dont nous tentons d'évaluer les besoins.

Troisièmement,

la convergence des médias représente une stratégie économique qui consiste, pour des entreprises de communications, à chercher à tirer avantage financier d'un fonctionnement en «synergie» des divers médias qu'elles possèdent. (L'Encyclopédie Canadienne, <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=FIARTF0009695>, consulté le 5 juin 2007)

L'économie recherchée dans notre effort est celle du temps, à savoir comment répondre aux besoins informationnels des deux parties pendant ce temps d'attente parfois et souvent inutilisé.

Quatrièmement, en mathématique,

un critère de convergence peu contraignant est la convergence simple, qui indique uniquement qu'en chaque point les fonctions convergent. La régularité de la convergence n'est pas assurée. Si le critère de convergence est peu contraignant, il n'offre hélas des propriétés enrichissantes. (L'encyclopédie libre Wikipédia, <http://fr.wikipedia>.

[org/wiki/Th%C3%A9or%C3%A8me\\_de\\_convergence\\_monotone,](#)  
consulté le 7 juin 2007)

Cette définition mathématique se rapproche très fortement de la définition de convergence fragile que nous avons établie. En effet, la convergence fragile ne fournit pas d'informations assez riches pour permettre l'exposition d'une plateforme commune de contenu.

La convergence fragile se trouve donc peu enrichissante pour répondre à notre objectif, tout comme la convergence mathématique simple ne présente pas de propriétés enrichissantes.

Si ces différentes formes de convergence apportent des précisions dans leurs domaines respectifs, nous pouvons déclarer que nos définitions de convergence solide et fragile précisent l'un des critères nécessaires à l'élaboration d'une plateforme commune de contenu dans le domaine informationnel.

## **6.2 Retour à la problématique**

Certains éléments présentés dans notre problématique ont permis de présenter l'intérêt sur notre sujet, notamment les approches commerciale et pédagogique dans la salle d'attente et les technologies utilisées. Bien que ces notions n'aient pas été traitées sur le terrain, quelques commentaires obtenus lors des entrevues méritent de prolonger la discussion sur certaines recherches car les réponses des répondants impliquaient un certain nombre de postulats sur ces éléments. Nous allons essayer de les induire de leurs réponses.

### **A) Approche commerciale**

Tout comme Williams (1994), la satisfaction des patients est au centre de nos préoccupations au même titre que celle des médecins, ce qui nous a amené à jeter un regard sur les deux parties. Si nous avons pu déterminer deux tendances principales dans la salle d'attente : l'aspect marketing et l'aspect pédagogique ;



nous avons aussi émis dans la problématique quelques critiques vis-à-vis de la tendance commerciale quand celle-ci est mal encadrée dans la salle d'attente.

Il est intéressant de noter cependant qu'un des médecins questionné a dégagé l'importance d'informer les clients sur les nouvelles techniques. Ces nouvelles techniques sont souvent annoncées par des entreprises à but lucratif : ces entreprises ont donc leur place dans la salle d'attente.

Par ailleurs, ce même médecin pressent que les patients sont eux-mêmes fort intéressés par les nouveaux remèdes et les nouveaux médicaments. L'aspect commercial de la salle d'attente est donc non négligeable si la satisfaction des patients est un des paramètres dans l'aménagement de la salle d'attente (et cela même si de nombreux intellectuels sont préoccupés par la colonisation commerciale des salles d'attente des cliniques).

#### B) Approche pédagogique : ce que les patients voudraient savoir

Si la littérature recensée est très pauvre dans le domaine de ce que les patients voudraient savoir, notre recherche apporte une des premières pierres dans ce monument informationnel qu'il est rudimentaire de bâtir. Nous avons déduit dans la problématique que le patient devait être satisfait. Même si au terme de notre recherche, il est difficile d'intégrer les besoins des patients et des médecins dans le but d'une plateforme commune de contenu, les réflexions des patients sur leurs besoins informationnels viennent combler le quasi-vide littéraire dans ce domaine.

#### C) Approche pédagogique : ce que les médecins voudraient faire savoir

Dans le même sens que celui des patients, notre travail éclaircit ce que les médecins voudraient faire savoir. Cette base de données, aussi novice soit-elle, véhicule les intérêts informationnels des médecins pour leurs patients dans la salle d'attente avant la relation professionnelle.

#### D) Approche pédagogique : ce que les patients retiennent

Premièrement, notre recherche nous a permis de remettre en question une fois de plus, à l'instar de McGrath et Tempier (2003), la manière dont les messages et leur impact sur les patients sont mesurés. Selon notre position, il est essentiel avant toute chose en effet, de prendre connaissance de ce que les patients voudraient apprendre dans la salle d'attente. Dans l'approche pédagogique, la métaphore de la salle d'attente comme une salle de classe a ses limites, là où les patients ne sont pas des écoliers. Ils sont devenus au fil du temps rappelons-le des «consommateurs de soins» (Lebret, 2007, p.3) qui cherchent avant tout à satisfaire leurs besoins. Dans les faits, si les patients étaient exposés à une information médicale qui les interpelle, ils retiendraient sans doute mieux l'information, et les données sur l'impact des messages en seraient certainement influencées.

Deuxièmement, les diverses recherches exposées dans la problématique mesurent la mémorisation des messages, la rétention de l'information, mais aussi son impact. Quelques recherches méritent d'y revenir.

Tout d'abord, dans leurs études respectives, Fox et Newton (2006), et Montazeri et Sajadian (2002) mesurent l'anxiété des patients face à l'information dans la salle d'attente. Leurs préoccupations de recherche examinent un point très important abordé par les individus interrogés au cours de notre effort. En effet, les éléments de détente et distraction ont été soulevés lors des entrevues. En fait, certains patients et un médecin ne désirent pas de renseignements médicaux du tout dans la salle d'attente et préféreraient qu'on y fasse place à la détente, visant implicitement à réduire l'anxiété. La pertinence des recherches de Fox et Newton (2006) et Montazeri et Sajadian (2002) se fait donc sentir aux niveaux informationnel et atmosphérique dans la salle d'attente.

Ensuite, bien que Cegala et al. (2000) prônent la participation active des patients dans la relation médecin-patient, un des médecins interrogé préfère que le patient

s'en tienne au sujet de sa visite. Nous déduisons que ce désir de participation des patients et formation des patients à la communication avec leur médecin est une bonne initiative certes, mais elle est favorisée que si le médecin est prêt à fournir des informations supplémentaires lors de la consultation. La relation médecin/patient ne sera pas améliorée par la formation des patients dans un contexte où les médecins se sentent opprésés par des questions médicales qui se multiplient.

Néanmoins, il est vrai comme l'établit Cape (2002) que le temps passé avec le médecin est la plus grande source de satisfaction. Mais dans les faits, le médecin cherche aussi à répondre au plus grand nombre de patients. Le manque de temps des médecins et la curiosité grandissante des patients forment donc un paradoxe auquel le monde médical doit faire face.

#### E) Médecins et patients : convergence ?

Tout comme l'enquête de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes (France) en 2002, notre recherche établit que le point de vue des médecins rejoint celui des patients en bien des aspects. L'UPML s'est basé sur les perceptions de l'aménagement de la salle d'attente pour arriver à leurs conclusions, nous nous sommes penchés sur les besoins informationnels des deux parties pour constater une convergence générale dans les données.

#### F) Salle d'attente : technologie employée

La question posée aux patients dans notre méthodologie portait sur le genre d'informations sur écran qui stimulerait leur intérêt. Le fait que la technologie soit déjà délimitée dans la question démontre que notre recherche ne sonde en aucun cas les techniques d'informations possibles dans la salle d'attente. Cependant il est juste de déclarer que si les salles d'attente sont souvent assiégées de revues non médicales, c'est certainement parce que le personnel médical juge

bon que les patients se détendent et pensent à autre chose que la raison pour laquelle ils sont là. Étant donné que certains patients, dans notre recherche, ont précisé qu'une ambiance détendue est de mise dans la salle d'attente, la présence de ces revues est pertinente. Notre jugement critique sur ces différentes revues est par conséquent à revoir puisqu'elles sont nécessaires au bien-être de certains patients lors de l'attente.

Nous pouvons déclarer que sonder les besoins informationnels des médecins et des patients juste avant la consultation médicale vient combler une faiblesse dans la littérature puisque les recherches qui examinent ces besoins précis sont rares, voire inexistantes. Il est impératif selon nous de prendre connaissance de ces intérêts pour la satisfaction de tous et une meilleure communication.

### **6.3 Retour au cadre conceptuel**

Dans notre cadre conceptuel, nous avons discuté de trois concepts : l'information professionnelle, la relation professionnelle et l'espace. Toutefois arrivés sur le terrain, limités par le temps disponible, nous nous sommes servis du concept de relation professionnelle que partiellement auprès des médecins, tandis que la notion d'espace n'a pu être inspectée.

Par contre, dans notre cadre conceptuel, nous avons établi que l'information professionnelle prépare la relation professionnelle et nous utiliserons dans ce chapitre les données<sup>17</sup> pour tracer ce parallèle. Ceci ramènera ainsi le concept de relation professionnelle dans notre discussion.

Puis, bien que nous avons comme ambition de prendre en considération ce que les patients et les médecins pensaient de l'espace physique et leur conception de

---

<sup>17</sup> Nous faisons ici référence principalement aux données recueillies auprès des médecins à qui nous avons pu poser des questions sur leur relation avec les patients, mais aussi ce qui a émané des commentaires des patients.

l'espace vécu, et comme le concept d'espace a complètement été écarté sur le terrain, notre interprétation des besoins informationnels des patients et des médecins se contentera de fournir quelques pistes sur l'espace d'attente tel que vécu par les médecins et les patients.

De plus, notre angle d'approche des concepts qui révèle la situation selon l'expérience humaine confirme pourquoi nous annonçons dans le chapitre de la méthodologie notre inclinaison volontariste.

Tout d'abord, rappelons que les besoins informationnels des médecins et des patients récoltés grâce aux données constituent une information utile à leur relation.

Rappelons également que d'une part, l'information professionnelle qui nous concerne se divise en trois dimensions : les informations préparatoires, les informations générales et organisationnelles, et les informations d'éducation générale sur la santé. D'autre part, la relation professionnelle se divise en trois dimensions : la relation d'aide, la relation pédagogique et la relation d'autorité. Et, nous pouvons associer chaque type d'informations avec le type de relation qui lui correspond.

Il est évident dans le cadre de notre recherche, en ce qui concerne la relation médecin/patient, que les deux parties n'ont pas le réflexe de donner la même importance aux six différentes dimensions.

Pour commencer, d'après les données, les médecins favorisent beaucoup les informations préparatoires tandis que les patients n'adressent pas du tout la question.

En effet, quelques médecins souhaiteraient que les patients soient mieux préparés à la consultation. Le quatrième médecin parle de patients mal armés face à l'attente : *les parents vont arriver avec les enfants puis bon ils n'ont rien, ils n'ont pas*

*apporté de bouffe, ils n'ont pas apporté de biberon, ils n'ont pas apporté de jouets.* De son côté, le cinquième médecin déclare lui qu'il voudrait que les patients arrivent équipés de leur liste de médicaments et leur histoire médicale entre autres.

Dans les faits, si les informations préparatoires à la consultation préparent la relation d'autorité dans laquelle le médecin soigne et les patients reçoivent les prescriptions et les suivent, il est facile de comprendre pourquoi les médecins sont très enclins à intégrer ce type d'informations comme besoins informationnels. En effet, le quotidien professionnel du médecin qui travaille en clinique est bâti autour des soins portés aux patients. Dans la relation d'autorité, le rôle technique domine, les médecins portent donc une attention particulière aux informations préparatoires.

Cela ne veut pas dire que les patients ne donnent pas d'importance aux soins qu'ils veulent recevoir. Mais pendant que les médecins soignent, les patients attendent. Donc leur réaction est différente. Quand ils sont interrogés sur leurs besoins informationnels dans la salle d'attente, les patients souvent contraints à attendre sont alors moins axés sur les informations dont les médecins ont besoin pour les soigner. Il est tout aussi normal, professionnalisme oblige, que les médecins soient plus centrés sur les informations dont ils ont besoin pour soigner leurs patients.

Pour les médecins, les informations préparatoires améliorent donc la relation d'autorité puisqu'ils peuvent ainsi mieux exercer leur pratique. Prenons à titre d'exemple nos répondants-médecins 4 et 5 qui mentionnent qu'ils apprécieraient que les patients détiennent plus d'informations préparatoires à la consultation. Pour ces médecins, l'information préparatoire facilite leur travail parce qu'ils sont en mesure de mieux cibler les maux de leurs patients, prendre connaissance de leur médication actuelle ou passée, et cerner leur histoire médicale.

La relation d'autorité est donc améliorée, et la relation pédagogique aussi par la même occasion, puisque le médecin peut alors transmettre les informations aux patients plus efficacement dans ce contexte.

Il est toutefois indispensable de noter que nous n'avons pu évaluer les appréhensions des chercheurs et médecins-chercheurs alarmés par la puissante vague d'informations médicales à la disposition des patients sur Internet, souvent utilisées comme préparation à la consultation. Effectivement, la question que nous avons posé aux patients ne cherchait pas à révéler comment les patients s'étaient préparés à la consultation avant d'arriver à la clinique (que ce soit avec Internet, de bouche à oreille, ou le diagnostic d'un autre médecin), mais plutôt quel genre d'informations ils aimeraient retrouver dans la salle d'attente - ce qu'il leur serait en fait utile avant la consultation.

Ensuite, en ce qui concerne les informations générales et organisationnelles dans la salle d'attente ni les patients ni les médecins n'y voient un attrait particulier. La relation d'aide entre médecins et patients n'a, par conséquent, pas besoin de débiter immédiatement dans la salle d'attente d'après les données. Il semble que ce soit dans le cabinet médical que les patients veulent le plus se sentir écoutés, et que les médecins veulent que leur diagnostic soit pris au sérieux.

Pour finir, les informations d'éducation générale sur la santé sont majoritairement en demande dans la salle d'attente, et cela pour les deux parties. Les médecins et les patients mentionnent leur intérêt pour des informations médicales et dévoilent ainsi leur besoin d'une relation pédagogique développée dans leur relation professionnelle. La transmission d'informations et l'acquisition de nouvelles connaissances qui prennent place dans la relation pédagogique sont donc fort sollicitées par les patients et les médecins.

Cependant pour un des médecins la question se pose : est-ce que moins d'information solidifierait aussi la relation professionnelle ? Ce médecin préfère éviter l'information et les questions qui en découlent. La relation pédagogique est dans ce cas affectée car la transmission d'informations est moins présente, mais la relation d'autorité pour ce médecin s'en trouve améliorée puisqu'il peut évaluer la

situation et faire son diagnostic sans être interrompu par les questions de patients, générées par les indications médicales diffusées dans la salle d'attente.

En fait, quand il y a trop de questions et si peu de temps pour y répondre, la relation d'aide est moins investie, ce qui explique que certains patients se sentent ignorés dans la salle d'attente<sup>18</sup>. L'existence des «tiers non-soignants» (Compagnon et al., 2005, p.262) est alors justifiée : ces professionnels qui répondent aux questions des patients laissés en suspens faute de temps ou d'exposition à l'information.

Les médecins vont-ils sentir qu'ils perdent le contrôle informationnel au profit des «tiers-soignants» ou se sentiront-ils soulagés ? Cela va dépendre du point de vue des médecins sur l'information à retrouver dans la salle d'attente ; comme dans toute forme de littérature et de discipline, il y aura toujours plusieurs traditions et formes de pensées. En conclusion, les médecins adeptes de l'information ne se sentiront pas forcément soulagés par la présence des «tiers non-soignants», tandis que les médecins qui évitent l'information se sentiront déchargés d'un poids.

Nous notons qu'une forme d'informations s'est révélée pendant l'enquête sur le terrain : les informations non-médicales (la détente) revendiquées par onze patients et même un médecin. Ces informations non-médicales correspondent en fait à la relation informelle, côté informel dans la relation professionnelle.

Au niveau d'une organisation, les activités informelles ont tendance à augmenter la cohésion au sein de l'entreprise. Dans une relation professionnelle telle que vécue par un médecin et son patient, il n'y a normalement pas place à ce genre d'activités sociales. À défaut d'avoir des activités informelles qui détendent l'atmosphère pour les deux parties, l'informel est incarné dans la salle d'attente par tout ce qui est non-médical. Ces informations non-médicales stimulent l'informel, distrait, relaxe les patients qui arrivent dans le cabinet détendus et moins crispés d'avoir attendus, laissant moins de place aux reproches et

---

<sup>18</sup> Mais encore là dans notre échantillon, la relation d'aide ne semble pas en demande.



mécontentement. Les informations non-médicales sont donc des informations à considérer à part entière, pour une meilleure relation professionnelle.

Nous pouvons déduire que dans la relation professionnelle entre médecins et patients, les informations à privilégier dans la salle d'attente sont les informations préparatoires, les informations d'éducation générale sur la santé et les informations non-médicales. Les informations générales et organisationnelles sont mieux abordables dans le cabinet, mais ne sont à première vue pas sollicités dans la salle d'attente.

Ce regard porté sur l'information professionnelle ouvre une nouvelle porte sur la manière d'analyser les relations professionnelles. Nous avons pu exposer comment certains types d'information professionnelle privilégient certaines formes de relation professionnelle.

#### **6.4 Limites de l'étude**

Notre recherche qui se base essentiellement sur le point de vue de cinq médecins et quarante-deux patients a pu être influencée par le médium au centre des questions posées aux sujets, à savoir la télévision. En effet, évoquer la télévision dans notre question aux patients a affecté deux individus par exemple qui ont rejeté le besoin de télévision, mais pas nécessairement le besoin d'informations. Par ailleurs, la notion d'écrans de télévision a aussi l'effet d'orienter les patients vers les émissions et canaux classiques de sport et d'actualités, les chaînes spécialisées pour les enfants ou encore les films. Ceci pourrait en fait expliquer pourquoi les patients n'ont pas exprimé le besoin d'informations préparatoires.

Par ailleurs, le milieu socio-économique plutôt défavorisé où se situe la clinique choisie a certainement teinté le choix informationnel des patients, ou ce que les médecins pensent des besoins de leurs patients dans cette clinique.

Dans notre étude, nous nous sommes concentrés sur la télévision mais il serait pertinent de s'intéresser à d'autres formes de transmission d'informations. En outre, les données recueillies sur le terrain sont le reflet des individus interrogés. Ces deux limites majeures pourraient donner naissance à l'évaluation de ce genre de questionnement dans d'autres milieux socio-économiques ou pour d'autres médias.

## *Conclusion*

---

Notre recherche s'est basée sur les besoins informationnels afin de déterminer l'information professionnelle à privilégier dans la relation professionnelle entre médecins et patients avant la consultation médicale.

Nous avons utilisé la convergence comme paramètre pour établir une plateforme commune de contenu. Étant donné la nature délayée de la convergence des données, la plateforme de contenu n'a pu être érigée. Les concepts de convergence fragile et solide ont d'ailleurs été développés face à cet obstacle dans nos travaux. Nous avons décelé une convergence fragile dans les données, caractéristique empêchant la mise en fonction d'une plateforme commune de contenu.

Nous avons néanmoins rapporté comment l'information professionnelle et la relation professionnelle sont intimement liées. S'intéresser aux besoins informationnels des deux parties d'une relation professionnelle est donc nécessaire si on s'intéresse à maintenir ou améliorer une bonne relation professionnelle. Dans le cadre de la relation professionnelle entre un médecin et son patient : favoriser les informations préparatoires influe la relation d'autorité, favoriser les informations générales et organisationnelles influe la relation d'aide, favoriser les informations d'éducation générale sur la santé influe la relation pédagogique et favoriser les informations non-médicales pourraient influencer la relation informelle.

Pouvoir utiliser les informations professionnelles dans le but d'optimiser la relation professionnelle et la communication entre deux groupes est l'avantage majeur de cette approche.

Il reste cependant à évaluer si cette dualité et ces correspondances se vérifient dans des échantillons plus importants ou dans des centres médicaux différents comme des centres hospitaliers ou des cliniques privées.

Par ailleurs il serait aussi intrigant d'examiner comment ce lien intime entre information professionnelle et relation professionnelle se vit dans d'autres partenariats professionnels où l'attente existe : entre le banquier et son client, le commerçant et son fournisseur, l'avocat et son client, le professeur et son élève.

Dans un monde où le service aux usagers occupe une place prépondérante, établir les besoins informationnels de chaque partie d'une relation professionnelle est plus que nécessaire, c'est fondamental. Un fondement qui lésé pourrait empêcher les professionnels qui l'ignorent de rester à l'avant-garde du service à la clientèle<sup>19</sup> offert dans leurs domaines.

Plus largement, les êtres humains, constamment engagés dans une relation, sont caractérisés par des besoins. En tant que communicologues, il est de notre devoir de comprendre comment la communication humaine peut parvenir à la satisfaction de ces besoins.

---

<sup>19</sup> Et tout ce que cela implique : rétention de la clientèle, conquête de nouveaux clients, expansion du marché.

## *Références bibliographiques*

---

- Anderson, R.T., Camacho, F.T., & Balkrishnan, R. (2007, 28 février). Willing to wait ? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care, *BMC Health Services Research*, 7(31).
- Anthes, D.L., Berry, R.E., & Lanning, A. (1997, juin). Internet resources for family physicians. *Canadian family physician*, 43, 1104-1113.
- Assathiany, R., Kemeny, J., Sznajder, M., Hummel, M., Van Egroo, L.D., & Chevallier, B. (2005). La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ? *Archives de pédiatrie*. 12 (1), 10-15.
- Authier, J.-Y., & Vant, A. (1986). *Marginalité sociale, marginalité spatiale*. Paris : Éditions du Centre national de la recherche scientifique.
- Baker, R. (1996, octobre). Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultation. *British Journal General Practice*, 46(411), 601-605.
- Bergeron, B.P. (2000, avril). Could your practice use a waiting room kiosk ? how to turn waiting time into learning time. *Postgraduate Medicine*, 107 (4), 41-43.
- Boundouki, G., Humphris, G., & Field, A. (2004, avril). Knowledge of oral cancer, distress and screening intentions : longer term effects of a patient information leaflet. *Patient Education & Counseling*, 53(1), 71-77.
- Brown, B.S., & Barrette, J. (2001, octobre). *Owning the Channel: Pharmaceutical companies race to dominate patient-physician communication*. *Healthbanks and MSB Associates*. Page consultée le 9 avril 2006 à l'adresse [http://www.healthbanks.com/PatientPortal/Public/support\\_documents/OwnTheChannelWhitepaper.pdf](http://www.healthbanks.com/PatientPortal/Public/support_documents/OwnTheChannelWhitepaper.pdf)
- Brunet, R. (1986). L'espace, règles du jeu. Dans Auriac, F. & R. Brunet (Eds.), *Espaces, jeux et enjeux*. Paris : Fayard, Fondation Diderot. 299-315.

- Cape, J. (2002). Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal General Practice*, 52 (485), 1004-1006.
- Cegala, D.J., Marinelli, T., & Post, D. (2000, janvier). The effects of patient communication skills training on compliance. *Archives of Family Medecine*, 9 (1), 57-64. [Version électronique]. Page consultée le 25 avril 2007 à l'adresse <http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/9/1/57>
- Charnock, C. (2005, janvier). Swabbing of waiting room magazines reveals only low levels of bacterial contamination. *British Journal of General Practice*, 55(510), 37-39.
- Cockington, R.A. (1995, décembre). Health promotion using television in hospital waiting rooms – The Adelaide childrens parent education project. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 31(6), 523-526.
- Collège des médecins du Québec (2001, avril). *L'exercice de la médecine et les rôles du médecin au sein du système professionnel. Énoncé de position du Collège des médecins du Québec*. [Version électronique]. Page consultée le 25 avril 2007 à l'adresse <http://www.upmlra.org/statique/pdfetudes/rapportUPML240303.pdf>
- Compagnon, C., Festa, A., & Amiel, P. (2005). Information médicale des malades et des proches par des non-soignants à l'Institut Gustave-Roussy : expérimentation, évaluation et logiques de formation. *Revue française des affaires sociales*, 59 (1), 261-270.
- Derval, D. (2006). *Wait marketing : comment communiquer au bon moment, au bon endroit*. Paris : Éditions d'organisation.
- E-motion (2007). *Le Principe du NTI-tss*. [Version électronique]. Page consultée le 2 avril 2007 à l'adresse <http://e-motion.eu.com/index.php?name=documents>
- Encyclopédie Canadienne (2007). [Version électronique]. Page consultée le 5 juin 2007 à l'adresse <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0009695>
- Encyclopédie libre Wikipédia (2007). [Version électronique]. Page consultée le 7 juin 2007 à l'adresse [http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9or%C3%A8me\\_de\\_convergence\\_monotone](http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9or%C3%A8me_de_convergence_monotone)

- Encyclopédie L'Internaute (2007). *Dictionnaire de la langue française*. Page consultée le 2 mars 2008 à l'adresse <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/gratification/>
- Falvo, D. (2004). *Effective Patient Education : A guide to Increased Compliance*, Third Edition. Chapel Hill : University of North Carolina.
- Fischer, G.-N. (1989). *Psychologie des espaces de travail*. Paris : Colin.
- Fischer, K.E., & Naumer, C. M. (2005). Information Grounds: Theoretical Basis and Empirical Findings on Information Flow in Social Settings. In A. Spink & C. Cole (Eds.), *New Directions in Human Information Behavior*. Berlin: Springer. Chapitre 6.
- Flick, U. (1999). Social Construction of Change : Qualitative Methods for Analysing Developmental Process. *Social Science Information*, 38(4), 631-658.
- Fugh-Berman, A. (2006, 27 octobre). The Waiting-Room : Pharma's Latest Lair. *Bioethics Forum*. Page consultée le 15 avril 2007 à l'adresse <http://www.bioethicsforum.org/pharmaceutical-companies-direct-to-consumer-advertising.asp>
- Fox, C., & Newton, J.T. (2006, décembre). A controlled trial to impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*, 34(6), 455-459.
- Gallois, H. (2006, mai). Comment Internet peut nous aider pour décorer notre salle d'attente utilement ? *Le Cardiologue –Revue du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, 292. [Version électronique]. Page consultée le 3 mai 2007 à l'adresse [http://www.syndicardio.com/article.php3?id\\_article=493](http://www.syndicardio.com/article.php3?id_article=493)
- Greiver, M. (2006, septembre). Practice Tips. E-mailing patients. *Canadian family physician*. Page consultée le 8 mai 2007 à l'adresse <http://www.cfpc.ca/cfp/2006/sep/vol52-sep-clinical-practicetips.asp>
- Gutkin, C. (2005, juin). Le Forum en médecine familiale 2005. Se préparer pour l'avenir. *Le médecin de famille canadien*, 51, 926-927.
- Hall, E.T. (1966). *The hidden dimension*. New York : Anchor Books.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.
- Kaufmann, J.C. (1996). *L'entretien compréhensif*. Paris : Éditions Nathan.

- Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A.G., Young, G., Coster, G., & Arroll, B. (2004, septembre-octobre). Physician-patient relationship and medication compliance : A primary care investigation. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 455-461.
- Lebret, J.-M. (2007, 25 février). Réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné. *Cadre de santé.com/Le site de la profession cadre de santé*. Page consultée le 10 mars 2007 à l'adresse <http://www.cadredesante.com/>
- Lussan, H. (2000, septembre). L'évolution du droit médical. *Actualité et dossier en santé publique*, 32, 54-55.
- Lussier, M.-T., & Richard, C. (2007, janvier). Times flies. Patients' perceptions of consultation length and actual duration. *Canadian family physician*, 53 (1), 46-47.
- Mantz, J., & Wattel, F. (2006, 20juin). *Importance de la Communication dans la relation Soignant-Soigné*. Paris : Académie Nationale de Médecine.
- McGrath, B.M., & Tempier, R.P. (2003, juillet). Is the Waiting Room a Classroom ? *Psychiatric Services*, 54 (7), 1043. [Version électronique]. Page consultée le 14 avril 2007 à l'adresse <http://www.psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/54/7/1043>
- Météo France (2007). [Version électronique]. Page consultée le 5 juin 2007 à l'adresse [http://www.meteofrance.com/FR/glossaire/designation/1077\\_curieux\\_view.jsp](http://www.meteofrance.com/FR/glossaire/designation/1077_curieux_view.jsp)
- Millette, B., Lussier, M.-T., & Goudreau, J. (2004, mai). L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*, 5 (2), 110-126.
- Montazeri, A., & Sajadian, A. (2004). Do women read poster displays on breast cancer in waiting rooms ? *Journal of Public Health*, 26 (4), 335-358.
- Morgan, G., & Smircich, L. (1980). The Case for Qualitative Research. *Academy of Management Review*, 5(4), 491-500.
- Munsterberg, H. (1913). *Psychology and Industrial efficiency*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rabinovitch, R. (2001, 3 avril). *La convergence : est-ce important ?*



[Version électronique]. Page consultée le 4 juin 2007 à l'adresse <http://www.cbc.radio-canada.ca/discours/20010403.shtml>

Rate MDs.com. *Quebec Doctors Ratings*. (2007). Page consultée le 29 novembre 2007 à l'adresse <http://www.ratemds.com/filecache/SelectDoctor.jsp?sid=60&orderby=DLName&letter=B>

Rehman, S.U., Nietert, P.J., Cope, D.W., & Kipatrick, A.O. (2005, novembre). What to wear today ? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *American Journal of Medicine*, 118(11), 1279-1286.

Rosser, W. [Éditorial]. (2006, octobre). La persistance des 4 principes de la médecine familiale au Canada. *Le médecin de famille canadien*. Page consultée le 3 mai 2007 à l'adresse [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2\\_fr.asp](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Oct/vol52-oct-editorial-2_fr.asp).

Senon, J.-L. (2007). *La relation Médecin-Malade. Premières approches*. [Version électronique]. Page consultée le 15 août 2007 à l'adresse <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/module1/Relation%20Med%20Mal.pdf>

Smidt, G.L. (1994, septembre). Sitting posture in a Waiting Room environment. *Clinical Biomechanics*, 9(5), 323-324.

Stéfani, F. (2000, 5 et 6 octobre). *Informations dans la salle d'attente du médecin*. Page consultée le 3 mai 2007 à l'adresse <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/infosalledattente.pdf>

Théoret, Y. (2004). *Gérer son projet en sciences humaines et au quotidien*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

UPML Rhône-Alpes (2002, décembre). *Qualité de l'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale en région Rhône-Alpes*. [Version électronique]. Page consultée le 25 avril 2007 à l'adresse <http://www.upmlra.org/statique/pdfetudes/rapportUPML240303.pdf>

Von Helmlitz, H. (1991). La perception de la profondeur. Dans M.Flückiger & K.Klaue (Eds.), *La perception de l'environnement*. Lausanne : Delachaux et Niestle.

Ward, K., & Hawthorne, K. (1994). Do patients read health promotion posters in the waiting room ? A study in one general practice. *British Journal of General Practice*, 44(389), 583-585.

Wheeler, J.G., Fair, M., Simpson, P.M., Leigh, A.R., Aitken, M.E., & Jacobs, R.F. (2001, septembre). Impact of a Waiting Room Videotape Message on Parent Attitudes Toward Pediatric Antibiotic Use. *Pediatrics*, 108 (3), 591-596.

Wicke, D.M., Lorge, R.E., Coppin, R.J., & Jones, K.P. (1994). The effectiveness of waiting room notice-boards as a vehicle for health education. *Family Practice*, 11(3), 292-295.

Williams, B. (1994, février). Patient satisfaction : a valid concept ? *Social Science & Medecine*, 38(4), 509-516.

***Annexe A - Grille d'entrevue initiale pour les patients***

<b>INFORMATIONS PROFESSIONNELLES</b>	
- Informations préparatoires	- Qu'est-ce que vous voulez savoir avant d'entrer dans le cabinet de votre médecin ?
- Informations générales et organisationnelles	<p>- Que voudriez-vous savoir de votre médecin ?</p> <p>- Voudriez-vous être informés de la raison du temps d'attente ? Est-ce que cela améliorerait votre état d'esprit ?</p> <p>- Voudriez-vous en apprendre plus sur la réalité (professionnelle) de votre médecin ?</p>
- Informations d'éducation générale	- Quel genre d'informations voudriez-vous voir se retrouver dans la salle d'attente ?
<b>RELATION PROFESSIONNELLE</b>	
- Relation d'aide	<p>- Pensez-vous qu'il y a un manque de communication entre les médecins et la population ?</p> <p>- De quoi auriez-vous besoin dans la salle d'attente ?</p> <p>- Qu'est-ce qui augmenterait</p>

	votre confiance en votre médecin ?
- Relation pédagogique	<p>- Qu'est-ce que vous voudriez que votre médecin partage avec vous ?</p> <p>- Quel genre d'informations voudriez-vous recevoir dans la salle d'attente ?</p> <p>- Quel genre de moyens devrait être entrepris pour faciliter votre apprentissage sur la santé en général dans la salle d'attente ?</p> <p>- Selon vous, quel genre d'instruments facilite la transmission des informations en matière de santé ?</p> <p>- Pensez-vous que votre médecin de famille vous transmet assez d'informations pour entretenir votre santé ?</p>
- Relation d'autorité	<p>- Que pensez-vous de votre médecin ?</p> <p>- Est-ce qu'il vous arrive de douter de ce que les médecins vous disent ?</p> <p>- D'après Compagnon et ses collègues (2005) « La situation où l'on voit le patient consulter ou reconsulter, armé d'un épais dossier de documents trouvés sur Internet dont, éventuellement des articles scientifiques puisés aux meilleures sources, s'est banalisée », que pensez-vous de ce genre de</p>

	<p>situations ? Pensez-vous que les patients commencent à perdre confiance en leur médecin ?</p> <p>- Doutez-vous parfois du diagnostic de votre médecin ? Pourquoi ?</p> <p>- Selon vous, quel est le rôle du patient ?</p> <p>- Selon vous, quel est le rôle du médecin ?</p> <p>- Êtes-vous attirés par l'information médicale sur Internet ? Avez-vous envie de l'utiliser pour discuter avec votre médecin ?</p>
<b>ESPACE</b>	
- Espace cognitif et émotionnel	<p>- Que pensez-vous de la salle d'attente de la clinique ? Qu'est-ce que vous y changeriez</p> <p>- Comment selon vous l'usage de la salle et du temps d'attente pourrait améliorer la communication entre le médecin et les patients ?</p> <p>- Comment percevez-vous la salle d'attente ?</p> <p>- Comment pensez-vous que les médecins perçoivent la salle d'attente ?</p>
- Espace physique	<p>- Comment selon vous l'usage de la salle et du temps d'attente pourraient améliorer la consultation ?</p> <p>- Si vous aviez un souhait à émettre au responsable de l'aménagement de la salle d'attente :</p>

	<p>quel serait-il ?</p> <p>- Pensez-vous que la salle d'attente devrait être utilisée pour vous apporter des connaissances en matière de santé ?</p> <p>- Êtes-vous satisfaits de l'ambiance dans la salle d'attente ?</p>
--	--

***Annexe B - Grille d'entrevue initiale pour les médecins***

<b>INFORMATIONS PROFESSIONNELLES</b>	
- Informations préparatoires	- Qu'est-ce que vous voulez que les patients sachent avant d'entrer dans votre cabinet ?
- Informations générales et organisationnelles	- Pourquoi pensez-vous qu'il est important que vos patients sachent à quoi ressemblent vos journées ?
- Informations d'éducation générale	- Pensez-vous que les patients devraient avoir plus de connaissances de base en matière de santé ?  - Quel genre d'informations voudriez-vous voir se retrouver dans la salle d'attente ?
<b>RELATION PROFESSIONNELLE</b>	
- Relation d'aide	- Pensez-vous qu'il y a un manque de communication entre les médecins et la population ?  - De quoi auriez-vous besoin dans la salle d'attente ?
- Relation pédagogique	- Selon vous, quel genre d'instruments facilite la transmission

	<p>des informations en matière de santé ?</p> <p>- Pensez-vous que vous transmettez assez d'informations aux patients pour qu'il préserve leur santé ?</p>
- Relation d'autorité	<p>- Que pensez-vous de vos patients ?</p> <p>- D'après Compagnon et ses collègues (2005) « La situation où l'on voit le patient consulter ou reconsulter, armé d'un épais dossier de documents trouvés sur Internet dont, éventuellement des articles scientifiques puisés aux meilleures sources, s'est banalisée », que pensez-vous de ce genre de situations ? Pensez-vous que les patients commencent à perdre confiance en leur médecin ?</p> <p>- Selon vous est-ce que les patients doutent de votre diagnostic ? Pourquoi ?</p> <p>- Selon vous, quel est le rôle du patient ?</p> <p>- Selon vous, quel est le rôle du médecin ?</p>
<b>ESPACE</b>	
- Espace cognitif et émotionnel	<p>- Que pensez-vous de la salle d'attente de la clinique ? Qu'est-ce que vous y changeriez</p> <p>- Comment selon vous l'usage de la salle et du temps d'attente</p>



	<p>pourraient améliorer la communication entre le médecin et les patients ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comment pensez-vous que les patients perçoivent la salle d'attente ?</li><li>- Comment percevez-vous la salle d'attente ?</li></ul>
<p>- Espace physique</p>	<p>- Comment selon vous l'usage de la salle et du temps d'attente pourraient améliorer la consultation ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Si vous aviez un souhait à émettre au responsable de l'aménagement de la salle d'attente : quel serait-il ?</li><li>- Pensez-vous que la salle d'attente devrait être utilisée pour apporter des connaissances en matière de santé aux patients ?</li><li>- Êtes-vous satisfaits de l'ambiance dans la salle d'attente ?</li></ul>

## *Annexe C - Rétroaction des patients*

Q : S'il y avait des écrans de télévision dans la salle, qu'aimeriez-vous y voir comme information ?

- Informations spécifiques sur les maladies (1)  
Cancer (tous les types), MTS (important), tabac (les dangers) – patiente est une fumeuse
- Peu importe 'la télé c'est moins plate que le mur' (4)
- Informations sur la nutrition, la saine alimentation (1)  
Comment bien se nourrir.
- (patient avec un enfant) Salle de jeux, jouets, divertir les enfants
- 'les mêmes choses qu'on nous répète sur la santé depuis qu'on est petits' (1)
- Le canal des nouvelles (5)
- Canal Juste pour rire comme La Cité de la Santé/quelque chose qui fait rire (2/1)
- N'importe quoi du moment que c'est positif
- Informations sur le conditionnement physique
- Quelque chose pour détendre l'atmosphère (2)
- Ne voulaient pas répondre (2)
- Pas de préférence (8)
- Vrak tv pour les enfants comme à Sainte Justine (1)
- N'importe quoi encouragerait à attendre (2)
- Les symptômes des maladies comme le rhume (2)
- Les traitements possibles sur les maladies courantes comme la grippe, le rhume, les entorses (1)
- Les nouvelles et le sport (1)
- Un film (1 : patiente vient une fois par semaine)
- Pas besoin de télé, télé à la maison (1)
- Pas besoin de télé, assez de bruit comme ça (1)
- Informations médicales générales (2)