

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 18 Novembre 2021 à Poitiers

par Monsieur Rémi DUCOMMUN

Perceptions des patients reçus dans un bureau non séparateur / non exclusif,
étude descriptive observationnelle, qualitative ordinale, multicentrique, sur
questionnaires

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Membres : Madame la Maître de conférences Marion ALBOUY,

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Emmanuel ROBIN

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 18 Novembre 2021 à Poitiers

par Monsieur Rémi DUCOMMUN

Perceptions des patients reçus dans un bureau non séparateur / non exclusif,
étude descriptive observationnelle, qualitative ordinale, multicentrique, sur
questionnaires

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Madame la Professeure Virginie MIGEOT

Membres : Madame la Maître de conférences Marion ALBOUY,

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Emmanuel ROBIN



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOGA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (retraite au 01/11/2021)
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jlad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses

- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (retraite au 01/12/2021)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Amaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021)
- CAYSSEALS Emilie, hématologie
- CREMINITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérôme, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (en mission 1 an à/o du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en diapo 3 ans à/o du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THULLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERRIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECO-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; *hygiène*
- GASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- GAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUGO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

-Remerciements :

Madame la Professeure Virginie MIGEOT : je vous remercie de m'avoir accordé l'honneur de présider mon jury de thèse.

Madame la Maître de conférences Marion ALBOUY : vous avez ma gratitude pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT : mes remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY : mes remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

Monsieur le Docteur Emmanuel ROBIN : je te remercie très sincèrement pour m'avoir accompagné depuis mon internat dans ton cabinet, jusqu'à la réalisation de ce travail. Merci pour ton implication dans ma formation et ta pédagogie, autant pendant mon internat que dans mes débuts de remplacements.

Monsieur le Docteur Benoit TUDREJ : je vous remercie pour vos précieux conseils, votre disponibilité, votre participation à ce travail qui n'existerait sans vos projets précédents.

Monsieur le Docteur Joachim AUGUSTIN : merci pour ton aide et tes conseils dans la réalisation de ce travail.

Un grand merci à l'ensemble des médecins participants au recueil, et à leurs patients qui ont accepté de répondre.

Ma reconnaissance à tous mes pairs, mentors et collègues qui ont participé à ma formation.

Merci à femme pour ses encouragements et son soutien indéfectible pendant toutes mes études et après dans la vie de tous les jours.

A mes enfants, sources de motivation et d'amélioration perpétuelle.

A mes parents : merci pour votre soutien sans faille, vos encouragements et votre dévouement.

Une pensée à toute ma famille, mes proches, ainsi qu'à ceux partis trop vite.

- **Table des matières**

- Introduction :	10
- Méthode :	13
- Contexte :	13
- Principales définitions, premier temps bibliographique :	13
- Recrutements des participants :	15
- Aspects éthiques et légaux :	16
- Elaboration du questionnaire, deuxième temps bibliographique :	16
- Recueil et Analyse statistique :	19
- Résultats :	20
- Discussion :	22
- Acceptabilité d'une disposition non exclusive :	22
- Amélioration de la communication et de la relation :	23
- Intégration de l'informatique :	26
- Participation du patient :	27
- Préférence des patients :	28
- Points forts et limites :	28
- Perspectives :	30
- Conclusions :	31
- Bibliographies :	32
- Annexe 1 : Questionnaire	34

- **Annexe 2 : Document explicatif 36**
- **Résumé : 37**
- **Serment :38**

- Introduction :

La médecine est en constante évolution, les dernières décennies ont notamment été marquées par un changement de la relation médecin-patients et de leurs attentes, et par le développement de l'informatique médicale.

La relation médecin-patient évolue, le traditionnel paternalisme laisse place à la médecine centrée sur le patient, où ce dernier devient acteur de sa prise en charge. Il existe bien une attente des patients dans ce sens, avec une volonté d'égalité et de confiance mutuelle, comme l'a démontré une thèse sur les attentes et perceptions de la relation médecin-malade (Dedienne and Hauzanneau, 2013) dans la population française.

Le développement de l'informatique médicale, avec l'essor de l'ordinateur qui est aujourd'hui bien ancré dans les pratiques. Cependant très peu d'études s'intéressent à son impact sur la communication et la relation médecin-patient dans la population française. Dans les populations anglo-saxonnes, des études montrent des effets positifs comme négatifs (Crampton et al., 2016; Netgen, n.d.; Street et al., 2014).

Positifs en terme de sécurité de prescription avec des logiciels d'aide aux diagnostics et de réalisation d'ordonnance, ainsi que pour le partage d'informations au patient sur l'écran (Milne et al., 2016).

Négatifs, en terme de communication : le médecin devant faire du multitâche, les conversations sont coupées pendant la rentrée de notes dans les dossiers. Le médecin passant environ 20% de la consultation devant son écran, la communication non verbale est affectée. L'aspect psychique et social est délaissé et ce de manière proportionnelle au temps passé sur l'ordinateur par praticien.

A l'opposé de ces évolutions, les bureaux de consultation ont peu évolué avec un aspect centré sur le médecin. Il existe souvent une asymétrie avec un médecin mieux installé, un bureau séparant le côté patient du côté médecin, avec une utilisation de l'ordinateur réservée à ce dernier. Il y a discordance avec la demande d'une médecine centrée sur le patient et une organisation matérielle centrée sur le médecin.

Pour concilier l'évolution vers une médecine centrée sur le patient et l'essor de l'outil informatique, pouvant limiter son implication, la réorganisation du bureau de consultation et notamment la position du patient et du médecin par rapport à l'ordinateur pourrait être une solution.

Une étude a montré qu'un simple changement d'apparence du bureau permet d'améliorer le ressenti des patients (Rice et al., 2008) dans les pays anglo-saxons.

Dans les années 70, un médecin anglais a décidé d'enlever son bureau et se retrouve sans séparation avec le patient, 75.9% des patients exprimant un avis préfèrent cette conformation (Short, 1980).

Une classification des bureaux a depuis été proposée en fonction de l'accès du patient à l'écran (Kumarapeli and de Lusignan, 2013) :

- bureau exclusif : le patient n'a pas accès à l'écran,
- bureau semi-inclusif contrôlé par le praticien : le patient doit bouger pour voir l'écran, ou le praticien doit le tourner
- bureau semi-inclusif contrôlé par le patient : le patient peut avoir accès à l'ordinateur avec une position physiologique
- bureau inclusif : l'écran est partagé entre le patient et le praticien.

Il existe peu d'études sur l'impact du changement d'agencement du bureau en termes de modification de la relation et satisfaction des patients. Toutes sont faites sur des populations anglo-saxonnes (américaine ou anglaise) (Ajiboye et al., 2015; Almquist et al., 2009; Zamani and Harper, 2019).

Elles montrent une amélioration significative de la satisfaction des patients sur la communication, via un meilleur partage d'informations, et une tendance à l'amélioration de la participation aux négociations, des dispositions semi-inclusives et inclusives par rapport aux exclusives.

Nous notons que l'extension à la population française est limitée : la conformation standard anglo-saxonne (semi-inclusive) est différente du bureau séparateur (exclusif) français.

Seule une thèse (Champeau and Lallemand, 2019) a été trouvée sur la perception du bureau par les patients français, l'idée d'un changement de conformation y est évoquée, et semble être acceptable par les patients, la confiance et la communication étant plus centrale dans leurs attentes.

Un travail dédié sur l'opinion des patients français, à la suite d'une consultation en conditions réelles est justifié. L'objectif primaire de cette étude est d'évaluer les perceptions des patients reçus dans des bureaux non exclusifs. L'objectif secondaire est de comparer ces perceptions à celles des médecins interrogés dans le travail précédent.

- **Méthode :**

- Contexte :

Cette thèse est une étude descriptive observationnelle, qualitative semi-ordinale, multicentrique (réalisée dans 5 cabinets médicaux répartis sur le territoire français). Le recueil s'est déroulé sur la période du 8 mars au 8 mai 2021.

Ce travail fait suite à deux thèses, publiées sous la forme d'un article dans la revue *exercer*® (Tudrej et al., 2021), portant sur les perceptions de médecins français exerçant avec des bureaux non séparateurs et les internes en médecine effectuant un stage chez eux.

- Principales définitions, premier temps bibliographique :

Pour clarifier la suite du travail, voici les principales définitions :

-**bureau** : mobilier, pouvant servir de support (notamment pour l'informatique médicale)

-**bureau non séparateur** : bureau ne se trouvant pas entre le patient et le médecin, ne séparant pas physiquement les deux.

-**salle de consultation** : lieu global, où se déroule la consultation, incluant le bureau, les chaises du patient et médecin, la partie examen clinique avec le matériel et son stockage ainsi que la table d'examen et tout autre mobilier, dont décoratif.

Une première recherche bibliographique avec les mots clefs « bureau », « disposition » et « patient » a été réalisée (via PubMed, google scholar, lissa, thèse.fr/sudoc, ainsi que sur les sources citées dans les différents articles). Cela a permis d'identifier des thèses réalisées en population française (Champeau and Lallemand, 2019; Deprez, 2009; Trichard Lavergne, 2011) sur les perceptions des patients vis-à-vis du bureau médical. Cependant ces travaux étudient surtout l'organisation pratique, le point de vue social et culturel.

La notion de changement d'agencement est évoquée, ainsi que l'absence de séparation entre le patient et le médecin. La perception des patients sur un changement est recherchée via une situation hypothétique, non suite à une consultation réelle dans un bureau sans séparation entre le patient et le médecin. Après une aide avec le service de veille documentaire de Bibliothèque Universitaire de la Faculté de médecine de Poitiers, un premier essai randomisé (Ajiboye et al., 2015) sur la satisfaction des patients entre deux agencements, a été trouvé. Avec pour principaux mots clefs : « Electronic Health Record », « Evidence Based Design », « Patient centered Care », « consultation office ».

La recherche avec ces mots-clefs, dans les mêmes moteurs de recherche précédemment cités, a permis de trouver les autres études en lien avec l'informatique, l'agencement du bureau et la relation médecin-patient (Almquist et al., 2009; Crampton et al., 2016; Kumarapeli and de Lusignan, 2013; Milne et al., 2016; Street et al., 2014; Zamani and Harper, 2019).

Définition de l'**informatique** pour ce travail : on entendra tout support matériel (unité centrale, souris) ... et numérique (dont logiciels médicaux, accès internet). Cela concernera principalement l'écran.

L'ajout de l'informatique (mot clefs) à la recherche a permis de trouver la classification des bureaux selon la position du patient par rapport à l'écran.

Cette nouvelle classification, moins dichotomique que bureau séparateur ou non, enrichie le sujet et s'adapte plus à la réalité pratique. Le bureau standard français étant exclusif, le terme « non exclusifs » a été ajouté au titre pour compléter le terme « non séparateur » par opposition au bureau standard séparateur. Nous avons choisi de garder le terme « non séparateur » pour garder une cohérence avec les deux thèses dont cette étude est la suite.

- Recrutements des participants :

Les médecins avec des bureaux non séparateurs ont été identifiés lors du travail des thèses précédentes (14 médecins). Les médecins, qui avaient accepté que leurs coordonnées soient transmises par les anciens thésards pour ce travail, ont été contactés (Tudrej et al., 2021). Finalement 5 médecins ont accepté de participer (5 non-répondants, 4 refus) en proposant à leurs patients de remplir un questionnaire anonyme suite à la consultation, après informations orales.

Tout patient majeur, reçu en consultation par un des médecins pouvait participer. Les accompagnants à ces consultations ont également été éligibles pour répondre au questionnaire.

- Aspects éthiques et légaux :

Concernant les obligations de la recherche sur la personne humaine et le recours au Comité de Protection des Personnes (CPP), un avis a été demandé à la direction de la recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers et au CPP local, lors d'un entretien téléphonique le 23/09/2020. Il a été retenu que l'étude ne rentrait pas dans le cadre de la loi Jardé : l'agencement du bureau n'est pas un acte ou produit impliquant personne humaine. La thèse rentre dans le champ de la recherche satisfaction et les sciences humaine, non concernées par la loi Jardé et la demande de dossier de CPP.

Concernant les démarches auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) pour la base de données, nous avons bénéficié de l'aide de la Déléguée à la Protection des Données (DPO) de la faculté de Poitiers. L'étude a été déclarée sous le numéro de traitement 202115 au registre des activités de l'université de Poitiers.

Le recueil n'a été débuté qu'après validation de ces différents éléments.

Les participants ont eu une information orale et écrite sur l'étude fournies par les médecins participants au recueil, et ont donné un accord oral.

- Elaboration du questionnaire, deuxième temps bibliographique :

En parallèle des démarches légales, une nouvelle recherche a été réalisée sur les questionnaires et outils existants pour évaluer la perception des patients.

Cette dernière est surtout évaluée avec des questionnaires de satisfaction. Une thèse (Godillot et al., 2018) antérieure s'est intéressée à ces différents questionnaires, tous sont établis à l'étranger (Etats-Unis, Royaume-Unis, Pays scandinaves...). Seul le score G-MISS a été testé en population française (Maurice-Szamburski et al., 2017) dans une étude marseillaise.

Une thèse de médecine générale (Dedienne and Hauzanneau, 2013) s'est interrogée sur les attentes des patients sur la relation « médecin-malade ». Cette étude en focus groupes, a recueilli les avis patients sur leurs attentes, les principaux thèmes identifiés ont été comparés aux questionnaires MISS (version antérieure du G-MISS) et PSQIII. Il en ressort des thèmes non abordés par les questionnaires anglo-saxons (établis dans le cadre de système de santé différent). A l'inverse, des items des questionnaires sont absents des attentes des patients, ou interprétés d'une autre manière. La conclusion de cette thèse est que les questionnaires de satisfaction existants, ne sont pas adaptés à la population française.

Les études existantes ont utilisé divers outils : entretiens de patients, recueils vidéos des consultations, le questionnaire SIT(Space and Interaction randomized Trial) (Almquist et al., 2009) conçu pour comparer la satisfaction des patients entre différentes salles de consultations lors d'essais randomisés. Six champs d'études sont recherchés dans ce questionnaires : la satisfaction (envers la consultation et la salle), le respect mutuel, confiance envers le praticien, qualité de la communication, interactions des personnes avec la salle, interactions interpersonnelles, et ce à travers 56 items.

Nous nous sommes posé la question de réaliser une étude qualitative en focus groupes, en l'absence de questionnaires validés en population française, pour recueillir les perceptions des patients. Cette méthodologie n'a pas été retenue, principalement pour des raisons de faisabilité, d'un point de vue légal (anonymisation et déclaration à la CNIL plus complexes), et d'un point de vue pratique (complexité de réaliser des entretiens de groupes en période de pandémie COVID, éloignement géographique).

Nous avons décidé de créer un questionnaire pour cette étude. En accord avec la DPO et selon la déclaration effectuée : le recueil du sexe, de l'âge par tranche et du niveau d'étude par tranche était autorisé.

Le choix des items s'est fait à partir des réponses obtenues lors des deux thèses précédentes (Tudrej et al., 2021) lors des entretiens semi-dirigés avec les praticiens et leurs internes (à partir d'un guide d'entretien de 8 questions). Les items ont été formulés selon la traduction la plus fidèle du questionnaire SIT, outil le plus cohérent. Deux questions ont été ajoutées. La première, celle de savoir si le répondeur est un patient ou un accompagnateur, afin d'évaluer sa perception. La seconde, celle de la préférence d'un bureau non séparateur/non exclusif, afin de connaître l'avis de la population française en rapport avec la question du Dr. Short (Short, 1980).

- Recueil et Analyse statistique :

Le recueil a été réalisé via deux formats papiers et numériques. Les questionnaires papiers ont été envoyés aux différents praticiens participant au recueil, qui proposaient à leurs patients d'y répondre après information. En parallèle, un recueil numérique a été réalisé, principalement pour éviter des manipulations multiples d'objets dans le contexte de la pandémie COVID-19. Le logiciel LimeSurvey® a été utilisé, à la demande de la DPO, avec un recueil anonyme strict. L'ensemble des questionnaires papiers ont ensuite été retranscrit sur le logiciel pour ne garder qu'un seul support.

La réponse à chaque item reposait sur une échelle de Likert 5 : « Pas du tout d'accord » =1 ; « Plutôt pas d'accord » =2 ; « Neutre » =3 ; « Plutôt d'accord » =4 ; « Totalement d'accord » =5. Après une première analyse univariée, une analyse multivariée a été réalisée, selon le sexe, via la moyenne des réponses, en utilisant un test t de Student (en bilatéral avec un risque alpha de 0.05), et selon la classe d'âge et le niveau d'étude via un test de Kruskal-Wallis ordinal. Les statistiques ont été réalisées sur Excel et le site BiostaTGV ("BiostaTGV - Statistiques en ligne," n.d.).

L'écriture de la thèse sous format d'article a été guidée par deux grilles d'écritures (O'Brien et al., 2014; "SQUIRE | SQUIRE 2.0 Guidelines," n.d.).

- Résultats :

Le recueil s'est réalisé sur deux mois, du 8 mars 2021 au 8 mai 2021, dans les 5 cabinets identifiés et a permis d'obtenir 76 réponses.

Les répondeurs sont essentiellement des patients ont été obtenues. Seule une réponse d'accompagnateur a pu être collectée, mais incomplète ne pouvant donc être incluse pour analyse.

Les principales données socio-démographiques sont résumées dans le *tableau 1*. Il a été observé une proportion de 40 femmes (53%) et 36 hommes (47%). La classe d'âge médiane est de 45-65 ans, le niveau d'études médian est le niveau Baccalauréat.

	Sexe		Classe d'âge				Niveau d'étude						
	M	F	18-25	25-45	45-65	>65	Non scolarisé	Brevet	CAP/BEP	Baccalauréat	Licence	Master	Thèse
N	36	40	5	24	23	24	4	12	20	11	22	7	0
%	47	53	6.6	31.6	30.2	31.6	5	16	26	15	29	9	0

*Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques, « M » : masculin ; « F » : féminin ; « N » : effectifs par groupe ; « % » : pourcentage correspondant ; **Catégorie médiane***

Les principaux résultats du questionnaire sont présentés dans le *tableau 2*. La réponse médiane est « Totalemment d'accord » pour les items : « A mon arrivée dans le bureau, j'ai su où m'asseoir », « J'étais à l'aise avec la disposition du bureau », « Je me suis senti écouté », « J'étais à l'aise pour poser des questions ou donner mon avis », « Je préfère cette disposition pour parler de problèmes personnels ou intimes ».

La réponse médiane est « Plutôt d'accord » pour les items : « Je pouvais voir l'écran de l'ordinateur et son contenu », « J'ai pu avoir accès à des informations via l'ordinateur », « Je préfère ce type de disposition de bureau ».

	Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord
A mon arrivée dans le bureau, j'ai su où m'asseoir :	0 (0%)	0(0%)	1(1%)	15 (20%)	60 (79%)
J'étais à l'aise avec la disposition du bureau :	2 (3%)	0 (0%)	4 (5%)	18 (24%)	52 (68%)
Je me suis senti écouté :	0 (0%)	0 (0%)	0(0%)	9 (12%)	67 (88%)
J'étais à l'aise pour poser des questions ou donner mon avis :	0(0%)	0(0%)	0(0%)	11 (15%)	65 (85%)
Je préfère cette disposition pour parler de problèmes personnels ou intimes :	0 (0%)	1 (1%)	10 (13%)	23 (31%)	42 (55%)
Je pouvais voir l'écran de l'ordinateur et son contenu :	6 (8%)	6 (8%)	19 (25%)	23 (30%)	22 (29%)
J'ai pu avoir accès à des informations (dossier médical, documents ou sites internet) via l'ordinateur :	9 (12%)	4 (5%)	12 (16%)	30 (40%)	21 (27%)
Je préfère ce type de disposition de bureau :	0 (0%)	2 (3%)	18 (24%)	20 (26%)	36 (47%)

Tableau 2 : Réponses aux items du questionnaire, avec effectifs par groupe et pourcentages. **En gras la catégorie médiane.**

Les analyses multivariées selon le sexe, l'âge et le niveau d'étude pour chaque item n'ont montré aucune différence significative. Nous avons choisi de ne pas les présenter dans un tableau supplémentaire.

- **Discussion :**

L'analyse des réponses des patients montre un très grand nombre de réponses favorables, avec des catégories de réponses médianes de « Plutôt d'accord » à « Totalement d'accord », pour certains items seulement des réponses favorables. Ces éléments orientent vers une acceptabilité d'un bureau non exclusif.

- Acceptabilité d'une disposition non exclusive :

Dans le travail précédent (Tudrej et al., 2021), les médecins interrogés évoquaient une hésitation des patients, qui semblaient ne pas savoir ou s'asseoir. Dans notre étude, les patients répondent « plutôt » ou « totalement » d'accord à l'item « j'ai su ou m'asseoir ». Et seulement deux patients répondent ne pas être à l'aise avec la disposition du bureau. Le changement que représente un bureau non exclusif ne semble pas être un frein ou un inconfort pour les patients. Comparativement à l'étude utilisant le questionnaire SIT (Almquist et al., 2009), les proportions sont proches, sans être identiques avec 60% de « Fortement en accord » contre 79% de « totalement d'accord » sur le fait de savoir où s'asseoir. Nous avons 68% de « totalement d'accord » avec une aisance sur la disposition contre 57% de « fort désaccord » avec une nervosité sur la disposition. En dehors des différences de méthodes, d'effectifs et de population, la différence de proportion peut s'expliquer par le caractère novateur de l'étude par rapport à une installation plus ancrées des praticiens interrogés. En effet lors de l'essai randomisé, les patients anglo-saxons ont été confrontés pour la première fois à un changement de bureau qui reste cependant proche de leur standard semi-inclusif. Les patients français passent du standard exclusif au non exclusif, mais ne sont pas confrontés de novo à cette disposition, les médecins participants ayant un bureau non exclusif depuis des années (Tudrej et al., 2021).

Les répondeurs ont pour la plupart l'habitude de cette disposition, ce qui peut expliquer de meilleurs taux dans notre série.

Dans une thèse antérieure (Champeau and Lallemand, 2019) sur des entretiens en focus groupes, il était demandé aux patients d'imaginer une disposition du bureau différente du standard actuel en France. Il était très difficile pour les patients d'envisager une autre disposition, avec même des réticences à un changement. Cependant un changement était tout à fait envisageable s'il était proposé par leur médecin en qui ils ont confiance. Dans un autre travail (Dedienne and Hauzanneau, 2013), il a été mis en évidence une attente plus spécifique de la population française : la notion de libre choix du médecin et de « mon médecin de famille », thème absent des questionnaires de satisfaction anglo-saxon.

La disposition non exclusive semble bien perçue, mais une relation de confiance avec son médecin apparaît être le principal élément pour que soit accepté un changement.

- Amélioration de la communication et de la relation :

Il était perçu une meilleure communication et relation avec le patient par les praticiens interrogés dans le travail initial (13). Ils relataient une impression d'écoute plus attentive. Dans notre série, l'intégralité des patients émettent un accord sur le fait de s'être senti écouté, avec 88% de « totalement d'accord » à l'item « je me suis senti écouté ». Comparativement, l'étude promootant le questionnaire SIT a un pourcentage de 97% de « fort accord » pour l'item écoute attentive.

Dans les deux cas, comme dans notre série, aucune réponse en désaccord n'a été obtenue. Une explication de cette très bonne perception d'écoute peut être une amélioration de communication non verbale.

En effet dans le travail initial, les praticiens décrivaient une amélioration de la communication non verbale par la levée de l'obstacle visuel que constitue le bureau exclusif.

Sans mobilier interposé entre le médecin et le patient, il est possible de voir le patient en entier et de mieux appréhender les attitudes non verbales : tremblements, mouvements de mains... Cette vision plénière est également présente du côté du patient et peut lui permettre de mieux appréhender les attitudes du médecin. Dans une étude par enregistrement vidéos de la consultation et un questionnaire à la fin de celle-ci (Zamani and Harper, 2019), il a été montré que les bureaux exclusifs étaient associés à une plus basse satisfaction notamment en terme de communication. A l'inverse, les bureaux inclusifs et semi-inclusifs ont permis de meilleures satisfaction et communication (sans différence significative entre ces deux bureaux), notamment avec un temps de contact visuel plus important. Dans les bureaux semi-inclusifs, l'organisation triangulaire permettaient au praticien de regarder le patient et l'ordinateur en même temps, alors que le contact devait être rompu dans les salles inclusives. Le contact visuel est un élément majeur de la communication, notamment non verbale. Le fait qu'il soit facilité dans les bureaux non exclusifs explique l'amélioration de l'écoute perçue, d'autant si le praticien regarde le patient, plutôt que l'ordinateur, quand ce dernier parle.

Les patients sont majoritairement en accord avec une préférence pour parler de problèmes psychologiques ou intimes, seule une réponse plutôt en désaccord a été retrouvée et dix réponses neutres. Cela était décrit par les praticiens dans le travail précédent (Tudrej et al., 2021). Ce résultat n'a pas été retrouvé dans la littérature et autres études sur la disposition du bureau.

Le travail précédant (Tudrej et al., 2021) expliquait cette facilitation par la distance entre le patient et le médecin. Il existe quatre distances d'interactions sociales (Buetow, 2009) :

-la distance publique : formelle, utilisée pour appeler le patient en salle d'attente

-la distance sociale : permet un échange à voix haute, sur des sujets non personnels, par exemple pour accueillir le patient dans le bureau et l'inviter à s'installer.

-la distance personnelle : permet un contact plus proche, avec une discussion privée à voix basse. C'est la distance de l'interrogatoire et des discussions avec le patient.

-la distance intime : la plus proche du patient, qui permet de le toucher, utilisée pendant l'examen, la plus propice pour se confier (Tudrej et al., 2021).

L'absence de bureau exclusif ou séparateur permet une plus grande proximité avec le patient, la distance sociale n'est plus présente ou limitée, et laisse place à une distance intime, pouvant faciliter les confessions du patient, notamment intimes ou psychologiques.

- Intégration de l'informatique :

L'utilisation de l'informatique et son impact a peu été étudié dans le travail précédant et autres études sur la population françaises. Dans notre étude, nous avons 29% de « totalement d'accord » sur la visibilité de l'écran, ce pourcentage est de 73% de « fort accord » sur l'étude promotrice du SIT et de 24% sur une autre étude (Ajiboye et al., 2015) qui utilise le questionnaire SIT. Notre résultat est éloigné de celui de l'étude initiale du SIT mais en dehors des différences de méthode, la comparaison porte sur un bureau semi-inclusif et inclusif. Notre résultat est cependant plus proche de l'autre étude qui compare un bureau exclusif et inclusif, situation plus proche de celle de nos patients.

La même situation est retrouvée pour l'item « j'ai pu avoir accès à des informations via l'ordinateur », où nous avons 27% de « totalement d'accord ». Cet item est divisé en deux questions dans le SIT : « accès au dossier médical » et « possibilité d'accès à internet » avec 71% et 43% de « fort accord ». L'autre étude utilisant le SIT trouve 16% et 32% de « Fort Accord » pour ces items. Ces deux études ont aussi démontré une différence significative sur la satisfaction pour le partage d'information via l'ordinateur. Ce résultat était retrouvé dans une autre étude (Zamani and Harper, 2019), le bureau exclusif était associé un plus faible partage d'information par rapport aux salles inclusives et exclusives, avec une plus faible satisfaction.

Des études sur l'impact de l'informatique (Kumarapeli and de Lusignan, 2013; Milne et al., 2016; Street et al., 2014), principalement faite par enregistrement de consultations, sans questionnement de disposition du bureau, montre un effet du partage d'information sur l'écran. Les principales raisons du praticien pour partager l'ordinateur sont un besoin de traduction, un affichage d'information pour expliquer des données au patient, ou pour vérifier un doute.

Le partage de l'écran impliquait le patient et l'invitait à poser des questions, avec des temps d'échanges plus longs. De faibles temps de silence étaient associées à une plus grande satisfaction. A l'inverse, plus le praticien passe de temps sur l'ordinateur plus la consultation est courte et impacte la satisfaction. Lorsque la possibilité de voir l'écran est laissée au patient, ce dernier prend cette opportunité, pose des questions avec plus d'échange et moins de temps mort dans la consultation.

- Participation du patient :

Concernant l'aisance pour poser des questions ou donner leur avis, nous avons 85% de « totalement d'accord ». L'étude promotrice du SIT retrouvait une grande satisfaction en ce sens avec 96% de fort accord pour l'aisance à poser une question et 90% de fort accord pour la possibilité d'exprimer son opinion dans la salle inclusive, contre 83% et 76% de fort accord dans leur salle standard, sans différence statistiquement significative.

Au-delà de l'invitation à participer que représente le partage de l'écran, un autre facteur explique cette facilitation. La disposition non exclusive constitue une rupture d'asymétrie entre le médecin et le patient, avec une certaine perte de pouvoir symbolique du médecin qui s'ouvre et implique le patient (Tudrej et al., 2021). Le modèle n'est plus paternaliste, le médecin ne délivre plus le savoir mais au contraire le partage et l'explique.

Les deux intervenants ne sont plus face à face, ce qui signe habituellement un affrontement, mais de biais voire côte à côte. Cette Position permet de faciliter la communication. (Champeau and Lallemand, 2019; "Hall ET. La dimension cachée. 1966.," n.d.)

- Préférence des patients :

Les patients interrogés font majoritairement part d'une préférence pour une disposition du bureau non exclusive, avec 73% « totalement d'accord ». Parmi les patients exprimant un avis 96% préfèrent une disposition non exclusive.

Comparativement l'étude du Dr.Short (Short, 1980) retrouvait 76% d'avis favorable sur les répondants. Le taux retrouvé dans ce travail est très supérieur. En dehors de la différence d'époque (publication en 1980) et de population (réalisé en Angleterre) qui peuvent à elles seules l'expliquer, notre recueil s'est réalisé dans des cabinets où cette installation non exclusive n'est pas nouvelle. Le travail Dr. Short confirmait que le changement est accepté s'il est proposé par un médecin envers lequel les patients ont confiance.

La préférence des patients pour un bureau non exclusif, confirme son acceptabilité, et apporte une réponse aux attentes.

- Points forts et limites :

Ce travail a un caractère novateur, il s'agit du premier recueil des perceptions de patients français à la suite d'une consultation dans un bureau non séparateur.

Nous avons créé un questionnaire en nous efforçant de rester le plus près possible des ceux existants dans la littérature, en ajoutant des champs d'intérêt. Nous avons fait émerger la facilitation pour parler de problèmes psychologiques ou intimes.

Notre caractère multicentrique, avec des recruteurs répartis sur toute la France, permet d'attendre une bonne généralisation.

Cependant ce travail souffre d'un manque de puissance pour conclure en ce sens, du fait de la taille de notre échantillon qui est notre grande limite.

La première explication est le nombre de médecins participants. Bien que les praticiens utilisant un bureau non exclusif soient apparemment rares en France, aucun travail de grande échelle n'existe pour en quantifier exactement la proportion. Seul cinq médecins sur les quatorze identifiés ont participé. Le recrutement des médecins s'est fait sur la période de septembre à décembre 2020, période de deuxième vague de la pandémie de la COVID-19, les médecins dans des territoires touchés n'ont certainement pas répondu de ce fait (certains des médecins ont répondu mais refusé de participer car il ne consultait plus étant eux-mêmes atteints).

La seconde est le nombre de réponses. Les démarches légales ont été effectuée sur la même période que celle du recrutement, et la période de recueil a été fixé à ce moment pour le premier semestre 2021 pour un recueil de deux mois. Nous avons pu valider le lancement du recueil, une fois les autorisations obtenues, pour le mois de mars 2021. Le lancement du questionnaire a hélas concorde avec l'élargissement de la campagne vaccinale contre la COVID-19, réalisée à ce moment quasi-exclusivement par les médecins généralistes. Certains praticiens participants ont bien fait part qu'ils n'avaient plus le temps d'informer les patients et de leur proposer le questionnaire. Une fiche d'informations a alors été établie pour les aider. Cette fiche est présente en annexe. Tous ces éléments ont limité le nombre de réponses obtenues.

- Perspectives :

D'autres études seraient intéressantes pour approfondir la perception des patients, notamment une étude en focus-groupes à distance de la pandémie ou par visio-conférence. Cela permettrait de faire émerger d'autres perceptions, autres que celles recueillies dans cette étude, qui interrogent sur des items basés sur la perception des médecins interrogés.

Une étude identique à la nôtre, avec de plus grands échantillons, permettrait d'identifier ou non des différences significatives en analyses multivariées.

Une étude comparative entre un bureau exclusif et non exclusif peut s'envisager. Une comparaison entre un médecin avec un bureau non exclusif et un confrère installé dans le même cabinet avec une disposition classique serait réalisable. Cette méthodologie pourrait garantir une bonne comparabilité des groupes, issu de la même population. La différence de personnalité et d'approche des médecins pourrait être un facteur de confusion. Un schéma en cross-over avait été évoqué dans le travail précédent, et permettrait de lever cet obstacle.

- **Conclusions :**

L'organisation du bureau, et notamment son orientation pour permettre un accès de l'ordinateur au patient, influe sur la relation avec ce dernier. Elle permet une meilleure communication et participation du patient. Ce changement est acceptable par les patients français, la confiance envers le praticien étant l'élément le plus important pour cette acceptabilité.

Les médecins souhaitant impliquer leurs patients, et mieux intégrer l'informatique à leur pratique, peuvent essayer une disposition de bureau non exclusive. Plusieurs études recommandent une organisation triangulaire (Ajiboye et al., 2015; Almquist et al., 2009), où l'écran de l'ordinateur est à considérer comme un tiers, qui doit pouvoir être accessible pour chaque intervenants.

Les recherches futures pourront consister en la validation de notre questionnaire. De réaliser des études comparatives entre un bureau exclusif et non exclusif. En avant-après, où la disposition serait changée dans le temps. Ou lors d'un essai randomisé avec deux bureaux distincts et randomisation de l'attribution à un bureau ou à un autre. Des études en focus-group permettront de faire ressortir d'autres perceptions, propres aux patients.

- Bibliographies :

- Ajiboye, F., Dong, F., Moore, J., Kallail, K.J., Baughman, A., 2015. Effects of revised consultation room design on patient-physician communication. *HERD* 8, 8–17. <https://doi.org/10.1177/1937586714565604>
- Almquist, J.R., Kelly, C., Bromberg, J., Bryant, S.C., Christianson, T.H.J., Montori, V.M., 2009. Consultation room design and the clinical encounter: the space and interaction randomized trial. *HERD* 3, 41–78.
- BiostaTGV - Statistiques en ligne [WWW Document], n.d. URL <https://biostatgv.sentiweb.fr/> (accessed 8.8.21).
- Buetow, S.A., 2009. Something in Nothing: Negative Space in the Clinician-Patient Relationship. *Ann. Fam. Med.* 7, 80–83. <https://doi.org/10.1370/afm.914>
- Champeau, S., Lallemand, M., 2019. La place et les représentations du bureau dans la relation en médecine générale : étude qualitative du ressenti des patients (exercice). Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Crampton, N.H., Reis, S., Shachak, A., 2016. Computers in the clinical encounter: a scoping review and thematic analysis. *J. Am. Med. Inform. Assoc. JAMIA* 23, 654–665. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocv178>
- Dedienne, M.-C., Hauzanneau, P., 2013. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. Grenoble, France.
- Deprez, S., 2009. Agencement du cabinet médical: à propos d'une étude auprès de médecins généralistes (Thèse d'exercice). Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, France.
- Godillot, C., Konstantinou, M.-P., Gallini, A., Paul, C., 2018. Comment évaluer la satisfaction des patients concernant leur prise en charge : revue systématique de la littérature. *Ann. Dermatol. Vénérologie* 145, S77. <https://doi.org/10.1016/j.annder.2018.09.058>
- Hall ET. La dimension cachée. 1966. [WWW Document], n.d. URL (accessed 9.25.20).
- Kumarapeli, P., de Lusignan, S., 2013. Using the computer in the clinical consultation; setting the stage, reviewing, recording, and taking actions: multi-channel video study. *J. Am. Med. Inform. Assoc.* 20, e67–e75. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001081>
- Maurice-Szamburski, A., Michel, P., Loundou, A., Auquier, P., For the G-MISS Study Investigators, 2017. Validation of the generic medical interview satisfaction scale: the G-MISS questionnaire. *Health Qual. Life Outcomes* 15, 36. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0608-x>
- Milne, H., Huby, G., Buckingham, S., Hayward, J., Sheikh, A., Cresswell, K., Pinnock, H., 2016. Does sharing the electronic health record in the consultation enhance patient involvement? A mixed-methods study using multichannel video recording and in-depth interviews in primary care. *Health Expect. Int. J. Public Particip. Health Care Health Policy* 19, 602–616. <https://doi.org/10.1111/hex.12320>
- Netgen, n.d. L'ordinateur en consultation : peut-on rester centré sur le patient ? [WWW Document]. *Rev. Médicale Suisse*. URL <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-474/L-ordinateur-en-consultation-peut-on-rester-centre-sur-le-patient#B14> (accessed 9.25.20).

- O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A., Cook, D.A., 2014. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. *Acad. Med.* 89, 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Rice, G., Ingram, J., Mizan, J., 2008. Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice. *Br. J. Gen. Pract.* 58, e1–e8. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X319422>
- Short, P.W., 1980. Why not discard the desk? *J. R. Coll. Gen. Pract.* 30, 687.
- SQUIRE | SQUIRE 2.0 Guidelines [WWW Document], n.d. URL <http://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=page.viewPage&pageID=471> (accessed 9.24.20).
- Street, R.L., Liu, L., Farber, N.J., Chen, Y., Calvitti, A., Zuest, D., Gabuzda, M.T., Bell, K., Gray, B., Rick, S., Ashfaq, S., Agha, Z., 2014. Provider interaction with the electronic health record: the effects on patient-centered communication in medical encounters. *Patient Educ. Couns.* 96, 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.004>
- Trichard Lavergne, A., 2011. L'agencement du cabinet médical: enquête qualitative réalisée auprès de patients dans trois cabinets de médecine générale (Thèse d'exercice). Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil, France.
- Tudrej, B., Colas, C., Augustin, J., Robin, E., Birault, F., 2021. Cabinet sans bureau séparateur : points de vue de médecins généralistes et de leurs internes. *exercer* 16–22.
- Zamani, Z., Harper, E.C., 2019. Exploring the Effects of Clinical Exam Room Design on Communication, Technology Interaction, and Satisfaction. *HERD* 1937586719826055. <https://doi.org/10.1177/1937586719826055>

- Annexe 1 : Questionnaire

Cher (e) s Patient(e)s, Ce questionnaire a pour objectif de recueillir votre avis sur la disposition du bureau de votre médecin et son impact.

(Merci de cocher une seule case pour chaque item)

Merci de votre participation.

1. Je suis :

- Patient
- Accompagnant

2. Sexe :

- Femme
- Homme

3. Tranches d'âge :

- 18-25 ans
- 26 ans – 45 ans
- 46 -65 ans
- Supérieur à 65 ans

4. Niveau d'étude :

- Déscolarisé ou non scolarisé
- Brevet
- CAP/BEP
- Baccalauréat
- Bac+1 à +3
- Bac+4 à +5
- Supérieur à bac+5

5. A mon arrivé dans le bureau, j'ai su où m'asseoir :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

6. J'étais à l'aise avec la disposition du bureau :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

7. Je me suis senti écouté :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

8. J'étais à l'aise pour poser des questions ou donner mon avis :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

9. Je préfère cette disposition pour parler de problèmes personnels ou intimes :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

10. Je pouvais voir l'écran de l'ordinateur et son contenu :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

11. J'ai pu avoir accès à des informations (dossier médical, documents ou sites internet) via l'ordinateur :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre Ou non concerné pour ma consultation	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

12. Je préfère ce type de disposition de bureau :

1	2	3	4	5
Pas du tout d'accord	Plutôt Pas d'accord	Neutre	Plutôt d'accord	Totalement d'accord

- Annexe 2 : Document explicatif

Notice explicative

Cher(e) patient(e), votre médecin s'est porté(e) volontaire pour participer à une étude dans le cadre d'une thèse de Médecine générale.

Cette étude, « Perceptions des patients reçus en bureau non séparateurs/non exclusif », consiste à recueillir, via un questionnaire, votre avis à la suite de votre consultation dans le bureau de votre médecin.

L'objectif est de déterminer si l'organisation du bureau, modifie votre vécu en termes de gestion de l'espace, communication, accès à l'ordinateur et de partage de données.

Ce n'est en aucun cas une évaluation personnelle du praticien.

Toute personne majeure consultant ou accompagnant une personne en consultation peut remplir le questionnaire. Il prend moins de 5 minutes pour être réalisé.

Le questionnaire est totalement anonyme, tant en version papier qu'en version numérique.

Il n'est pas possible de retracer vos réponses, tant par votre médecin que par l'organisateur de l'étude.

Vous pouvez demander un questionnaire en version papier à votre médecin (et lui remettre une fois rempli), ou le remplir en ligne à cette adresse :

<http://survey.appli.univ-poitiers.fr/979213?lang=fr>

NB : merci de ne cocher qu'une case par item, et de bien répondre à chaque question,

Si vous remplissez le questionnaire en ligne, il est important de cliquer sur le bouton « ENVOYER » après la 12^e question, sinon vos réponses ne sont pas enregistrées.

12 Je préfère ce type de disposition de bureau :

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Pas du tout d'accord

Plutôt Pas d'accord

Sans opinion

Plutôt d'accord

Totalement d'accord



Merci pour votre participation.

DUCOMMUN Rémi, étudiant en médecine générale, faculté de Poitiers.

- **Résumé :**

-Introduction : La relation médecin-patient évolue vers une relation centrée sur le patient. La généralisation de l'informatique peut avoir un effet limitant sur cette relation. Une modification de la disposition du bureau permettrait de concilier ces évolutions. L'objectif de cette étude est d'évaluer les perceptions des patients reçus autour d'un bureau non exclusif.

-Méthode : 5 médecins ont participé pour inclure des patients. L'étude a consisté en un questionnaire, remis au patient par leur praticien, après une consultation dans un bureau non exclusif.

-Résultats : 76 réponses ont été obtenues de mars à mai 2021. Les réponses ont majoritairement été favorables avec des catégories médianes de « plutôt d'accord » et « totalement en accord » avec les items proposés.

-Discussion : Une disposition non exclusive paraît acceptable par les patients, une relation de confiance avec le médecin étant le principal élément pour cette acceptabilité. La communication est satisfaisante pour les patients, par la levée de l'obstacle qu'est le bureau, qui permet aux deux parties de se voir complètement, et de faciliter la communication non verbale. Cela crée une proximité qui facilite la parole pour des faits intimes ou psychologiques. La participation du patient est facilitée par une rupture d'asymétrie dans la relation et par l'accès à l'écran de l'ordinateur qui invite le patient à discuter de son contenu.

-Conclusion : un bureau non exclusif est acceptable en population française, et permet de concilier l'intégration de l'ordinateur avec la relation médecin patient, notamment en termes de communication et de participation du patient.

-Mots-clefs : cabinets médicaux, relations médecin- patient, soins centrés sur le patient, ordinateur, Conception d'installations fondée sur des preuves.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT

»«»«»«»«

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

»«»«»«»«

-Résumé :

-Introduction : La relation médecin-patient évolue vers une relation centrée sur le patient. La généralisation de l'informatique peut avoir un effet limitant sur cette relation. Une modification de la disposition du bureau permettrait de concilier ces évolutions. L'objectif de cette étude est d'évaluer les perceptions des patients reçus autour d'un bureau non exclusif.

-Méthode : 5 médecins ont participé pour inclure des patients. L'étude a consisté en un questionnaire, remis au patient par leur praticien, après une consultation dans un bureau non exclusif.

-Résultats : 76 réponses ont été obtenues de mars à mai 2021. Les réponses ont majoritairement été favorables avec des catégories médianes de « plutôt d'accord » et « totalement en accord » avec les items proposés.

-Discussion : Une disposition non exclusive paraît acceptable par les patients, une relation de confiance avec le médecin étant le principal élément pour cette acceptabilité. La communication est satisfaisante pour les patients, par la levée de l'obstacle qu'est le bureau, qui permet aux deux parties de se voir complètement, et de faciliter la communication non verbale. Cela crée une proximité qui facilite la parole pour des faits intimes ou psychologiques. La participation du patient est facilitée par une rupture d'asymétrie dans la relation et par l'accès à l'écran de l'ordinateur qui invite le patient à discuter de son contenu.

-Conclusion : un bureau non exclusif est acceptable en population française, et permet de concilier l'intégration de l'ordinateur avec la relation médecin patient, notamment en termes de communication et de participation du patient.

-Mots-clefs : cabinets médicaux, relations médecin- patient, soins centrés sur le patient, ordinateur, Conception d'installations fondée sur des preuves.