



Année 2017/2018

N°

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Lisa BOSMAN
Né(e) le 23 Août 1987 à Gien (45)

LA SALLE D'ATTENTE : LIEU DE VIE CULTURELLE ET D'ÉCHANGES ?

Présentée et soutenue publiquement le 15 novembre 2018 devant un jury composé de:

Président du Jury : Professeur Laurent BRUNEREAU, *Radiologie et imagerie médicale, PU-PH, Faculté de Médecine – Tours*

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, *Psychiatrie adultes, Faculté de Médecine – Tours*

Professeur Wissam EL HAGE, *Psychiatrie adultes, Faculté de Médecine – Tours*

Docteur Cécile RENOUX, Médecine générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours

LA SALLE D'ATTENTE : LIEU DE VIE CULTURELLE & D'ÉCHANGES

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : Dans la littérature, la salle d'attente de médecine générale n'a jamais été vue autrement que comme un lieu d'attente et d'information médicale. Ce lieu de mixité pourrait être investi, comme beaucoup d'autres espaces de vie, par la culture et les liens communautaires. Cette étude avait pour objectif d'explorer l'avis de la population générale sur l'utilisation de la salle d'attente comme un lieu de vie culturelle et d'échanges.

MÉTHODE : Cette étude qualitative, par entretiens semi-dirigés individuels et collectifs, a été réalisée auprès d'un échantillonnage raisonné, non probabiliste, assurant la diversité des représentations possibles, de la population Tarnaise. Une analyse thématique de contenu par codage et catégorisation a été réalisée.

RESULTATS : Il existait une image préconçue limitant l'imaginaire collectif en matière de salle d'attente et reposant sur le vécu de ce lieu. Jusqu'à présent son utilisation ne satisfaisait pas la population et n'était pas à la hauteur de l'enjeu que représentait cet espace. La population étudiée a idéalisé la salle d'attente et proposé de nouvelles utilisations. Elle a exprimé ses doutes quant au sens et à l'image des lieux de soin en cas de modification de l'utilisation de cet espace. Enfin la place de la culture en salle d'attente a été discutée et légitimée.

CONCLUSION : Le mésusage actuel de cet espace singulier a été révélé, et le concept d'espace de vie culturelle et d'échanges proposé a suscité un engouement quasi général. Certaines craintes quant au sens et à la légitimité de ce projet ont été soulevées.

MOTS CLEFS :

Salle d'attente, médecine générale, vie culturelle, échanges, vie communautaire,

THE WAITING ROOM : A PLACE FOR CULTURAL LIFE & COMMUNICATION

ABSTRACT :

INTRODUCTION: It is found that in the literature referenced, the general practitioners waiting room has never been seen other than as a place for waiting and communicating medical information. With its diversity of visitors, this space could also be used, like many other public spaces, for cultural purposes and community links. The purpose of this study was to explore the general public's view of the use of the waiting room as a place offering culture and communicating messages.

METHOD: This qualitative study, by semi-directed individual and collective interviews, was conducted with a considered, non-probabilistic, sample group ensuring the diversity of possible representations of the Tarn population. A thematic content analysis by coding and categorisation was carried out.

RESULTS: There was a preconceived image limiting the collective imagination in terms of 'the waiting room' based on experience. Until now its use did not satisfy the population and was not used to its full potential. The study population considered their ideal of the waiting room and proposed new uses. They expressed their doubts about the perception of medical centres if these waiting rooms were to be altered. Finally, placing culture in the waiting room was discussed and approved.

CONCLUSION: The current under-use of this particular space has been revealed, and the proposed concept of a space offering culture and an exchange of communication has generated a mostly general enthusiasm. Some fears about perception and the legitimacy of this project have been raised.

KEY WORDS :

Waiting room, general practitioner, cultural life, communication, community life.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
POTIER Alain.....	Médecine Générale
ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLOIN Antoine.....	Réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille.....Médecine légale
ROUMY JérômeBiophysique et médecine nucléaire
SAUTENET BénédicteNéphrologie
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....Neurosciences
BOREL Stéphanie.....Orthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....Médecine Générale
SAMKO Boris.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-MichelChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX FabriceDirecteur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Cécile Renoux, merci pour m'avoir si bien accompagnée pendant ce long, très long travail de thèse! Vous avoir en tant que directrice a été une réelle chance et un honneur. Merci pour la pertinence de vos remarques, votre patience, et votre impressionnante rapidité de réponse! Merci pour le temps que vous m'avez accordé, et le travail que vous m'avez permis d'accomplir...

A Monsieur le Professeur Brunereau, Monsieur le Professeur Camus et Monsieur le Professeur El Hage, je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de juger cette thèse, mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le Professeur Mallet, merci pour l'extraordinaire mentor que vous avez été dans les plus jeunes heures de ma vie de médecin. Merci pour l'introspection et les réflexions que vous avez suscitées. Merci pour l'inspiration que vous m'avez redonnée... Grâce à vous je dessine un peu mieux le médecin que je voudrais être...

A Mes Parents, pour l'amour, la force, le courage et la liberté que vous m'avez offerts... pour la femme, le docteur, la fille et l'enfant que vous m'avez permis d'être... Pour tout ce que VOUS êtes... MERCI. Parce que sans vous je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui, MERCI. Pour votre indéfectible soutien, MERCI. Pour avoir chassé les oiseaux, géré mes angoisses et su ranimer l'envie dans les heures les plus dures de ce parcours, MERCI... ON L'A FAIT !! Je vous aime...

A toi, mon amour, ma femme, mon acolyte, Tiphaine... Parce qu'il n'y a pas de mot pour dire assez MERCI... parce que tu auras été là dans chaque aventure, depuis mes premières minutes d'externe jusqu'à mon serment d'Hippocrate... parce que c'est toi de maintenant à jamais... on en aura franchi des barrières, et on y est arrivées... Que chaque minute de chaque jour de chaque année à venir soit aussi fabuleuse que les précédentes... Je t'aime...

A Mes Sœurs, Chloé & Fanny, parce que vous étiez, vous êtes et vous serez toujours l'essentiel. Et parce que sans vous je ne serais pas qui je suis, MERCI... De mes premiers pas à ce point final, on en aura vécu des aventures ! Je vous aime...

A notre futur petit BOSMARSHALL... BIENVENUE !

A Sean, pour la joie et le bonheur que tu lui as apportés, et pour avoir fait d'elle Madame Marshall... MERCI ! Thanks for your help ! Te voilà pour 0,1% Docteur... Again !

A ma Cipa, mon Amie, parce que tout le monde devrait pouvoir rencontrer sa Cipa, parce que sans toi cette thèse n'existerait pas, parce que tu as donné à ma vie tellement plus de couleurs... MERCI ! Puisses-tu marcher encore longtemps à mes côtés... parce que tu donnes plus de sens à nos aventures !

(...)

A Héléna, pour ta joie de vivre et ton amitié, **à Seb** pour toute ta tendresse et ta folie, et **à Pitoufette** pour bientôt...

A Lulu, pour tout ce que tu es, **à Ema** pour tout ce que tu as fait d'elle, et **à Lison** pour tout ce que tu seras...

A Mamlaure parce que tu es l'essence et la magie de tellement de fous rires, **à Fred** pour le regard que tu poses sur elle...

Parce que de Limoches au bout du monde... Pourvu qu'on rit !! Vive les amis, vive le 4L Trophy, vive les bains de minuit !! Et ça y est les copains j'ai pris le temps mais j'y suis !

A Greg et Marisou, parce que notre amitié dure depuis les bancs de la fac et parce qu'on aura quand même bien ri toutes ces années... MERCI d'être toujours là !

A Andra, Alex et votre minivous, pour toute la tendresse et la beauté que vous avez mises dans ma vie... MERCI !! Vive Blois, Vive la coloc, vive notre petite famille !

A Emeline pour toutes ces discussions passionnées et passionnantes... **A Ines** pour m'avoir rappelé la beauté des gens... MERCI d'avoir mis de la joie et de l'amitié dans les heures de labeur... La vie d'interne nous aura au moins offert, outre d'excellentes anecdotes, de sacrément belles rencontres !!

A Vali et Fred, parce que quand je pense à qui je deviens, je pense aussi à vous... MERCI d'être dans ma vie ! Et ma Vali, mon Peter Pan s'inquiète mais j'y suis... je suis Docteur !

A tous les autres (mes oncles, mes tantes, mes cousin(e)s, Mamie, Charles, Clément, Max, Zinc, Céline...) tout ceux qui ont mis des rires, de la fête, tant de joie et d'aventures à chaque étape de ma vie... MERCI !

A tous ceux qui sont partis avant la fin, **Papi, Mamie, Papou**, je regrette que vous n'ayez pas vu ce jour qui fait de moi un Docteur... « c'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante »... MERCI de l'importance que vous m'avez offerte...

Enfin, à nos **Faluches**, à nos **soirées**, à mes **heures de galères**, à mes **interminables repêches**, à mes **échecs** et mes **victoires**, à tous les **sacrifices** qu'il aura fallu faire... MERCI ! Je suis venue, j'ai vu, j'ai profité, j'ai ri, je suis devenue, j'ai souffert mais j'ai vaincu ! Me voilà enfin à la fin de ce si long chemin...

TABLE DES MATIERES

PAGES LIMINAIRES.....	2
REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION.....	13
MÉTHODE.....	18
I - Type d'enquête.....	18
II - Recrutement de la population.....	18
III - Recueil de données et guide d'entretien.....	19
IV - Analyse des données.....	19
V - Déclaration à la Commission nationale informatique et libertés.....	20
VI - Justification de la non soumission du travail au Comité de protection des personnes.....	21
RÉSULTATS.....	22
I - Caractéristiques de la population étudiée.....	22
II - Caractéristique des entretiens.....	23
III - Analyse thématique.....	23
III. 1 - Facteurs influençant la réflexion.....	24
A - Vécu de l'attente.....	24
A.1 - Éléments influençant le vécu de l'attente.....	24
A.2 - Le vécu de l'attente.....	27
B - Représentation et vécu de la salle d'attente.....	29
B.1 - Les facteurs influençant.....	29
B.1.1 - Existence d'une image préconçue.....	29
B.1.2 - Lieu de transition.....	30
B.1.3 - Motif et fréquence de consultation.....	30
B.1.4 - Lieu public aux règles tacites.....	31
B.1.5 - Esthétisme et confidentialité du lieu.....	32
B.1.6 - Relation au personnel soignant.....	33
B.1.7 - L'affichage préventif.....	33
B.1.8 - Vécu de l'offre actuelle de divertissement.....	34
B.2 - Vécu actuel de la salle d'attente.....	35
B.3 - Les représentations de la salle d'attente.....	37
B.3.1 - Lieu de rencontres au-delà des différences et de lutte contre l'isolement.....	37
B.3.2 - Lieu de soin.....	38
B.3.3 - Lieu à exploiter.....	40
B.3.4 - Lieu de silence.....	40
C - Mixité sociale en salle d'attente.....	42
D - Représentation et place de la culture dans la société.....	45
D.1 - Représentation et lieu commun sur la culture.....	45
D.2 - Place de la culture dans notre société.....	46
III. 2 - Nouvelles perspectives pour la salle d'attente.....	48
A - Idéalisation de la salle d'attente.....	48
A.1 - Les facteurs influençant l'idéalisation.....	48
A.2 - La salle d'attente idéale.....	50
B - Nouvelles utilisations de l'espace salle d'attente.....	53
B.1 - D'autres formes de soin.....	53
B.2 - Transmission d'informations.....	54
B.3 - Un espace d'échanges.....	55
B.4 - Lieu de vie communautaire.....	56
B.5 - Un vecteur d'accès à la population & outils d'analyse sociale.....	57
B.6 - Anticiper sur la consultation.....	57
C - Craintes & intérêts à associer le soin à d'autres activités.....	59

C.1 - Les contraintes.....	59
C.1.1 - Relatives à l'état physique des patients.....	59
C.1.2 - Relatives à l'état d'esprit des patients.....	59
C.1.2.1 - Leur gestion du temps.....	59
C.1.2.2 - Leur conditionnement.....	60
C.1.2.3 - Leur état d'esprit.....	60
C.1.2.4 - Le risque de conflits.....	61
C.1.3 - Relatives au contexte du lieu de soin.....	62
C.2 - L'intérêt d'associer le soin à d'autres types d'activités.....	63
C.3 - Les craintes à associer le soin à d'autres types d'activités.....	65
D - La culture en salle d'attente.....	67
D.1 - les facteurs influençant.....	67
D.2 - La culture est légitime car appartient au soin.....	69
D.3 - Intérêt de la culture en salle d'attente.....	69
D.4 - La culture en salle d'attente : comment ?.....	72
DISCUSSION.....	75
I - A propos de la méthode.....	75
A - Choix de la méthode qualitative.....	75
B - Choix du type de recueil de données.....	75
C - Revue de la littérature et validité externe de l'étude.....	76
D - Définition de la question de recherche.....	76
E - Population étudiée.....	76
F - Conduite des entretiens et analyse des données.....	77
G - Condition des entretiens et trame.....	77
II - A propos des résultats.....	78
A - Rôle de la salle d'attente.....	78
B - Idéalisation de la salle d'attente.....	79
C - Investissement de la salle d'attente.....	79
D - Vécu de l'attente.....	80
E - Un lieu de rencontre et d'échanges.....	81
F - Un lieu à réinventer.....	81
G - La culture en salle d'attente.....	82
H - Emergence d'une théorie.....	83
III - Ouverture.....	84
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux patients.....	88
ANNEXE 2 : Guide d'entretien.....	89
ANNEXE 3 : Avis du groupe éthique.....	90
ANNEXE 4 : Notice & consentement.....	91

INTRODUCTION

La salle d'attente est un lieu complexe, riche de symboliques et de contradictions. Chacun ayant une expérience de l'attente, il peut en ce sens se l'approprier, du moins en partie. Cet espace est, par sa nature, un lieu de non sens, un lieu de paradoxe, qui existe mais ne devrait pas être, où l'on se rend sans vouloir y être. Jean-Claude Chanseau (1) disait : « *L'attente n'est pas la quête de l'objet ; elle n'est pas la monotonie du répété inéluctable ; elle est l'irruption d'un temps choisi hors de l'ordre des choses.* ». Ainsi l'attente est un temps de vie inéluctable et pourtant difficile à comprendre ou à tolérer, un temps de vie auquel il est difficile de donner un but. C'est pourquoi la salle qui s'y dédie est un lieu aux définitions multiples, pour lequel il faut trouver un sens et qui suscite bien des réflexions.

La salle d'attente apparaît dans la littérature scientifique sous plusieurs angles. Parmi les plus anciennes réflexions sur ce sujet, accessibles dans les bases de données répertoriées, on trouve la thèse du Dr Ponsar (2) de 1976. Ce dernier insistait sur la longue durée d'attente observée dans tous les cabinets de médecine générale. Une attention particulière était donnée à l'atmosphère qui régnait dans les salles d'attente, soulignant les possibilités sociales qu'offraient ces lieux en terme d'échanges, mais remarquant que l'exposition au regard de l'autre rendait les malades d'autant plus vulnérables. L'auteur concluait en prônant une salle d'attente idéale s'adaptant aux nouvelles demandes des usagers en terme d'accessibilité, de confort, et surtout d'organisation des consultations sur rendez-vous pour limiter le délai d'attente. En 42 ans les choses ont peu évolué, en dehors des consultations sur rendez-vous devenues la norme, permettant selon le Dr Ruaud (3) de diminuer le temps moyen d'attente en cabinet de médecine générale à 30 minutes.

En 1987, le Dr Fontana (4) montrait un état d'esprit des médecins peu propice à améliorer la qualité de l'accueil des usagers, en raison de leur emploi du temps chargé, de leurs moyens d'investissement financier réduits et du constat de dégradations fréquentes. La majorité des médecins considéraient que la fonction de la salle d'attente se limitait à celle de « stockage », un petit pourcentage évoquait la nécessité d'une phase de transition avant la consultation, ou la possibilité d'apposer de l'information sanitaire.

Actuellement, le seul usage de la salle d'attente est la transmission de messages de santé publique. Ceci a fait l'objet de nombreuses études, dont la première du Dr Playon (5), en 1990 sur la contribution de la salle d'attente à l'éducation à la santé. Il ressortait de ce travail que 80% des médecins jugeaient que la salle d'attente était un lieu favorable à la diffusion des messages

d'éducation sanitaire.

En 1999, la thèse du Dr Hector (6) mettait en avant les objectifs des médecins en matière de salle d'attente : diminuer la durée de l'attente, favoriser la détente du patient, et donner les informations pratiques obligatoires. Ils négligeaient totalement la notion d'information sanitaire.

En 2009, le Dr Idris (7) a réalisé une enquête qualitative afin d'évaluer l'investissement des médecins généralistes dans l'éducation pour la santé, et son expression dans leur salle d'attente. Ses conclusions montraient : une prise de conscience des médecins sur leur rôle en terme d'éducation, leur méconnaissance de la législation ainsi que des organismes pourvoyeurs d'outils de communication, et leur attitude semi-active sur le choix et le renouvellement des messages transmis. L'investissement des généralistes variait selon leurs convictions, l'importance et le rôle qu'ils accordaient à l'attente, et « l'empreinte » qu'ils souhaitaient apposer à leur salle d'attente. Les jeunes installés semblaient plus actifs. L'utilisation de supports audiovisuels semblait envisagée, mais limitée par des problèmes logistiques. Les messages choisis étaient considérés comme ayant un rôle éducatif spécifique distinct de la parole médicale. Cette thèse, enfin, suggérait d'améliorer l'impact des informations diffusées, en proposant un effort accru de luminosité dans les salles d'attente, une sélection et un renouvellement fréquent des messages pour éviter l'effet de surcharge. Elle introduisait également l'idée de mieux occuper les enfants par des jeux dédiés, dans le but de favoriser la lecture des informations par les parents, et de généraliser la mise à disposition de « magazines santé ».

La pertinence de l'éducation sanitaire, telle qu'elle est actuellement pratiquée, a été à nouveau remise en question par la thèse du Dr Boulard (8) en 2013. Elle analysait les motifs de consultation et les comparait à l'affichage effectué en salle d'attente sur les thème médicaux. L'auteur concluait à un impact limité des campagnes de prévention. Il conseillait de multiplier les supports pour une influence plus forte.

Les résultats de cette étude étaient en accord avec bon nombre d'autres publications (9,10) établissant le peu d'importance accordée par les patients à l'affichage préventif, quand bien souvent les médecins eux même ne connaissaient pas le contenu de leur salle d'attente.

Plusieurs publications proposaient d'autres possibilités de transmission d'information. En 1997, C. Shiroyama (11) a testé l'efficacité d'un montage vidéo produit par les médecins généralistes, au sein de la salle d'attente de leur cabinet. L'initiative a été saluée par les patients, qui déclaraient à 84% avoir regardé le document, mais peu poursuivaient leur réflexion en emportant le document papier associé, ou en discutant du sujet en consultation. D'autres initiatives originales remportaient l'adhésion des patients, ainsi que l'a décrit C. K. Varnavides (12), qui a évalué l'impact d'un système de banque de prêt de documents écrits et audiovisuels installé dans un cabinet de médecine générale périurbain. En une année, les patients ont emprunté quelques 700

documents, le plus souvent choisis spontanément, sans lien avec une recherche particulière d'information. Enfin, selon un billet de blog, intitulé *Salle d'attente 2.0: un outil de communication avec ses patients (13)*, 59% des français utilisaient leur smartphone en attendant une consultation. Dans cette optique, l'article recensait plusieurs innovations technologiques à destination de la salle d'attente :

- Quizz Santé : un site mobile pour la salle d'attente proposant des questionnaires ludiques sur des thématiques de santé.
- La télévision en salle d'attente avec des programmes d'éducation à la santé notamment proposés par l'ARS ou des sociétés spécialisées comme VisualActiv'.

En 1999 soit 12 ans après la thèse du Dr Fontana, l'étude du Dr Plisson (14) retrouvait toujours la notion de désinvestissement de l'espace salle d'attente par les médecins. Après l'analyse des locaux, l'auteur concluait que ces derniers étaient peu impliqués dans l'aménagement de leur salle d'attente. Ceci était d'autant plus vrai qu'ils exerçaient en campagne, que le médecin était un homme, et qu'il n'y avait pas de secrétaire au cabinet. Les médecins jeunes ou non conventionnés semblaient y accorder un peu plus d'importance. Cette étude mettait aussi en avant le faible impact des campagnes de prévention : quand 90% des patients lisaient les magazines à disposition, seulement 26% lisaient les affiches médicales. Les patients interrogés verbalisaient leur souhait de magazines légers type presse féminine, à sensation, journaux locaux et livres pour enfants. L'excuse récurrente des médecins pour justifier l'absence de matériel ou d'investissement en salle d'attente était le vol. A nouveau cette étude soulignait que les enfants étaient les oubliés de la salle d'attente alors qu'ils apparaissaient paradoxalement plus difficiles à faire patienter.

C'est en 2010 que le Dr Guyot (15) aborde la salle d'attente sous un angle nouveau. L'attente dans un cabinet médical y revêtait une symbolique singulière, elle devenait un temps d'émotions et de vécu individuel chargé d'angoisses et de questionnements. Même si l'information médicale faisait partie des éléments attendus en salle d'attente, elle proposait de « démedicaliser l'attente », et d'envisager un espace de respiration, de transition, avant l'entrée dans la relation de soin proprement dite. *"Dans le discours des patients, on retrouvait cette idée de décor : ils exprimaient une recherche de distraction, de détente, ou une coupure avec leur rythme habituel."* Selon l'auteur, le médecin devait veiller à ne pas surcharger les murs, ni imposer d'information médicale trop agressive. Enfin la salle d'attente y était vue comme un lieu qui ressemblait au médecin, répondait à ses objectifs, et lui servait à laisser parler son goût pour la décoration, ou à la mise en œuvre de projets selon ses centres d'intérêt. Ainsi l'aménagement personnalisé des lieux reflétait la satisfaction du médecin à exercer son métier. Travailler dans des conditions confortables et valorisantes participait au bien-être du médecin sur le long terme. Dans cette étude certains patients

recherchaient la présence d'autres consultants et profitaient de la salle d'attente pour créer du lien social.

Le Dr Roghanian (16) a mené, en 2014, un travail sur la salle d'attente comme élément de la personnalité du médecin et outils de communication avec ses patients. Les résultats de cette étude montraient le cabinet médical à la fois comme un lieu de soin, d'échanges et un lieu de vie pour le médecin. Son organisation reposait sur des éléments médicaux, législatifs et personnels. Cette thèse mettait en avant une discordance entre la salle d'attente et le bureau d'un même médecin, ainsi qu'entre ce qui était dit par le médecin et ce qui était analysé. L'auteur de cette étude faisait un parallèle avec l'évolution de la relation médecin-patient de plus en plus "horizontale" où le médecin se met au niveau du patient pour une relation plus intimiste et moins anxiogène. Les médecins instrumentalisaient leurs mobiliers pour accueillir et transmettre différents messages : écoute, conseils, disponibilité, ou distance, ainsi que leurs propres conceptions de leurs outils de travail. Les médecins conditionnaient leurs relations aux patients par l'intermédiaire des outils qu'il se donnaient pour exercer et qui représentaient une part de leur identité professionnelle. La salle d'attente était le premier contact du patient avec son médecin, elle représentait un espace de transition directement lié à la personnalité du praticien et à l'idée qu'il se faisait du dispositif d'accueil, d'attente et d'introspection à offrir à ses patients.

L'article rédigé par l'observatoire régional de la santé d'Aquitaine en 2011 (17) montrait que la mutation de notre société a amené les médecins généralistes à être plus soucieux de leur environnement de vie et de travail, à accorder une importance prépondérante à leur qualité de vie aussi bien en dehors qu'au sein de l'exercice de leur métier. Ainsi il semble naturel de repenser nos espaces de travail et l'utilisation que l'on souhaite en faire.

Une étude menée en 2015 évaluait le retentissement de l'attente (18) dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients. Parmi les résultats les plus intéressants, l'attente supérieure à 30 minutes apparaissait comme un facteur dissuadant à venir consulter mais paradoxalement un gage de qualité du médecin aux yeux des patients. L'auteur mettait en exergue le propos d'un patient selon lequel « *plus le cadre d'attente est agréable, moins l'attente semble longue* ». Enfin l'attente n'entraînait aucune conséquence sur le comportement des patients envers le médecin pendant la consultation ni sur le déroulement de la consultation.

La littérature a abordé la salle d'attente d'un point de vue architectural, pratique, médical, d'éducation à la santé, ou de bien être des soignants. Il ressortait de ces études que l'usage actuel de cet espace était désuet et inefficace (19). Aucune étude n'abordait l'utilisation de cet espace de mixité sociale à des fins socio-culturelles, aucune n'envisageait d'utiliser différemment ce temps et

de le dédier à l'enrichissement individuel et commun.

Les données du baromètre santé (20) établissaient que 85% de la population française consultaient au moins une fois par an chez un médecin généraliste. À ce titre, le cabinet de médecine générale est un lieu au contact de tous les publics, de tous les horizons socio-culturels et socio-économiques, et l'ensemble de cette population se croise au sein de la salle d'attente. Ce lieu singulier est donc un vecteur d'accès à une très grande diversité sociale. Ainsi il mériterait d'être plus qu'un lieu de transition, mais un lieu de transmission, un lieu d'unité sociale et de création de liens transculturels ou transgénérationnels, et pourquoi pas un lieu d'échanges et de vie culturelle.

Nos sociétés n'ont de cesse de créer de nouveaux espaces de vie, en associant des concepts autrefois différenciés. Il est courant aujourd'hui de voir une exposition d'art dans un restaurant ou un café, de même les églises sont devenues salles de concert et lieux d'exposition. Les centres commerciaux sont de nouveaux lieux de vie, temples de la consommation. Le soin n'est pas considéré ici comme un produit de consommation, mais cette évolution questionne sur l'intérêt d'inscrire la médecine générale dans cette mouvance sociétale. Ainsi le soin doit-il rester isolé dans des structures dédiées ou peut-on concevoir de transformer la salle d'attente en un nouvel espace de vie et d'échanges ? Peut-on envisager d'utiliser cet espace pour créer du lien et en faire un lieu de partage culturel ? Cette étude avait pour objectif d'explorer l'intérêt de la population générale à voir le temps d'attente en cabinet de médecine générale enrichi par une salle d'attente transformée en espace de vie culturelle et communautaire, lieu d'échanges et de partages. L'objectif secondaire était de définir ce qu'ils imagineraient leur convenir dans ce nouvel espace de vie. Cette réflexion a intégré leurs représentations de l'attente et de l'espace salle d'attente tel qu'il était investi actuellement.

MÉTHODE

I - Type d'enquête

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et collectifs a été réalisée auprès d'un échantillon de personnes issues de la population générale.

II - Recrutement de la population

La population étudiée a été sélectionnée selon un échantillonnage raisonné de la population tarnaise. Cette procédure d'échantillonnage raisonné, non probabiliste, consiste à sélectionner des participants selon certains critères, ayant pour objectif d'assurer la diversité des représentations possibles de la population cible.

Nos critères de sélection ont été : l'âge, le sexe, le type de lieu de vie (rural/urbain), la profession, la fréquence annuelle des consultations médicales, l'accompagnement d'enfants aux consultations, le type de cabinet médical fréquenté (groupe/médecin seul/maison de santé pluridisciplinaire), la durée de la relation avec le médecin généraliste, la durée estimée d'attente chez le médecin généraliste et le degré habituel d'implication dans la vie culturelle. Ces critères de sélection ont été choisis sur la base de leur pertinence avec les hypothèses de recherche. Il a été envisagé que la durée de la relation avec le médecin et la fréquence des consultations pouvaient influencer la relation du patient au cabinet et donc sa perception des locaux. Le fait d'être accompagné en consultation par des enfants semblait pertinent car cela signifiait des besoins particuliers en salle d'attente. La durée estimée d'attente chez le médecin généraliste pouvait influencer le vécu de l'attente et sa perception. Le degré d'implication dans la vie culturelle révélait une sensibilité particulière des interviewés pour la culture. Enfin les autres critères, communs dans la littérature, avaient pour but de qualifier les interviewés en terme de catégorie socio-professionnelle, de tranche d'âge et de type de cabinets médicaux fréquentés afin d'assurer une plus grande diversité des représentations. Pour vérifier cette diversité, les participants ont répondu à un questionnaire relevant les critères de sélection, en fin d'entretien. (ANNEXE 1)

Le recrutement des personnes interrogées a été fait selon la méthode « boule de neige », chaque participant nous conseillant de contacter d'autres participants. Les personnes ont été

contactées par téléphone ou de visu sans leur communiquer le sujet de la recherche, puis pour celles acceptant de participer, un rendez-vous a été fixé. L'entretien s'est effectué dans un lieu choisi par la personne interviewée, le plus souvent à son domicile. Étaient exclus de notre recrutement les mineurs et les personnes ne parlant pas le français.

Pour la réalisation des focus group, les personnes ont été contactées par groupe d'affinité ou de lien professionnel et celles acceptant de participer ont choisi ensemble une date leur convenant. Les entretiens de groupe se sont déroulés dans des lieux choisis conjointement.

Enfin les derniers participants ont été choisis suivant les profils manquants dans l'échantillon.

III - Recueil de données et guide d'entretien

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens collectifs ou individuels, semi-directifs, basés sur un guide d'entretien composé de questions ouvertes, dont les thèmes n'ont pas été nécessairement abordés dans l'ordre. Cette trame d'entretien a été élaborée conjointement par le chercheur et la directrice de thèse, à partir des hypothèses de recherche et de données de la littérature (21). Elle a été enrichie dans les suites d'un premier entretien. (ANNEXE 2)

L'utilisation de deux méthodes d'entretien a diversifié le recueil de données. Les entretiens individuels permettant d'obtenir des données plus personnelles, afin d'approfondir l'exploration des représentations de chaque participant, sans effet de leadership. Les focus group permettant de profiter de l'émulation du groupe pour faire émerger de nouvelles idées, des divergences et des consensus.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données. Cette dernière étant établie comme le terme du développement de chaque catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle dimension n'émergeait au cours de l'analyse. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone numérique et intégralement retranscrits, les lieux et les participants étant anonymisés.

IV - Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une analyse thématique de contenu par codage et catégorisation à partir du corpus de données qualitatives. Pour cela les entretiens ont été découpés par unités de sens, constituant un code. Les codes similaires ou apparentés ont été regroupés en thèmes pour être catégorisés. Ces thèmes ont ensuite été articulés pour obtenir une arborescence

thématique afin d'avoir une représentation structurée du contenu analysé. Le chercheur a donc enrichi progressivement l'arbre thématique, en procédant ainsi pour chaque entretien.

Dans cette optique de théorisation ancrée, les données ont donc été interprétées afin qu'émerge une modélisation en réponse à la question de recherche. Les données non verbales n'ont pas été codées lors de ce travail. La validation des résultats de cette étude a été augmentée en limitant le risque d'interprétation subjective par l'obtention de la suffisance des données, la réévaluation du codage par la directrice de thèse, qualifié en recherche qualitative, et la recherche d'une congruence avec les données actuelles de la littérature. Les résultats n'ont pas été soumis aux participants.

V - Déclaration à la Commission nationale informatique et libertés

Cette étude relève de la délibération n° 2016-263 du 21 juillet 2016 portant homologation d'une méthodologie de référence (MR-003) relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé ne nécessitant pas le recueil du consentement exprès ou écrit de la personne concernée (22,23). La MR-003 est adaptée pour les recherches non interventionnelles, pour lesquelles les chercheurs en médecine générale pourraient gérer leurs projets de façon autonome. Elle établit que seules les données indirectement identifiantes peuvent être utilisées, l'information individuelle des patients est obligatoire et le responsable de l'étude s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche. Aucune demande d'autorisation « recherche » n'est requise si la recherche est conforme à une méthodologie de référence et à condition qu'un engagement de conformité par déclaration simplifiée soit réalisé par le responsable de l'étude.

Le respect des obligations réglementaires de la commission nationale informatique et libertés a donc mené à réaliser les démarches d'engagement de conformité par déclaration simplifiée comme précédemment expliqué avec le concours de Monsieur TRIPAULT, correspondant commission nationale informatique et libertés au Centre hospitalier régional universitaire de Tours. Le dossier a ainsi été référencé sous le n° 2018_065 le 9 mai 2018.

VI - Justification de la non soumission du travail au Comité de protection des personnes

Le 5 mars 2012, la loi relative aux « recherches impliquant la personne humaine », dite loi Jardé (22,24), a été publiée au journal officiel. Celle-ci remplace la notion de recherche, anciennement définie comme « l'atteinte au corps des personnes qui s'y prêtent dans une finalité autre que thérapeutique », par le terme de recherche « impliquant la personne, dans une finalité de production de connaissances ». Ainsi « ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, (...) visent (...) à effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients ou à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ».

Aussi, cette étude, dont la méthodologie a été précédemment établie, ne relevait pas du champ d'application de la loi Jardé. Elle ne nécessitait donc pas l'avis du Comité de protection des personnes, pour deux raisons : il s'agissait de travaux sous la forme d'entretiens dans le champ des sciences humaines et sociales ; et ces entretiens ne comportaient pas d'enjeu de protection de la personne humaine, dès lors qu'ils s'intéressaient à des adultes sans vulnérabilité spécifique, recrutés dans la population générale.

L'avis éthique de l'Espace de réflexion éthique Région Centre-Val de Loire a été néanmoins requis par le chercheur, en transmettant un dossier au groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au Comité de protection des personnes. Un avis FAVORABLE a été rendu le 1er juin 2018, sous le numéro de projet : 2018 031 (ANNEXE 3)

Sur leurs conseils, une notice explicative de la démarche de recherche a été réalisée pour les participants de l'étude avec recueil contractuel de leur « non opposition » à l'utilisation des données obtenues lors des entretiens. (ANNEXE 4)

RÉSULTATS

I - Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée était composée de 17 interviewés, dont 10 femmes, résidant dans le Tarn. L'âge moyen était de 41,7 ans variant de 23 à 76 ans. Toutes les personnes sollicitées pour cette étude ont accepté de participer. Douze d'entre elles résidaient en zone qualifiée d'urbaine contre seulement 5 en zone rurale. Six interviewés consultaient un médecin travaillant en cabinet de groupe, seulement une consultait dans une maison de santé pluridisciplinaire et 10 voyaient des médecins exerçant en cabinet isolé. La durée moyenne de la relation des interviewés avec leur médecin généraliste était de 15 ans, avec des extrêmes allant de 1 an et demi à 34 ans. Deux participants n'ont pas renseigné cette information car ils ne bénéficiaient pas de suivi régulier par un médecin. La fréquence annuelle des consultations variait de 1 à 10 fois par an, et seulement 3 participants consultaient accompagnés de leurs enfants. La durée moyenne d'attente estimée par les patients était de 29 minutes, variant de 10 minutes à 1 heure. Les caractéristiques de la population étudiée sont exposées dans le tableau 1.

intervenant	Age	Sexe	Type de lieu de vie	Profession	Exercice Med. Gé.	Ancienneté relation Med/Pat.	fréquence annuelle de consultation	Durée d'attente moyenne	accompagne ou est accompagné par enfant	Evaluation « l'implication culturelle »
E1	36	F	URBAIN	administratrice de spectacle vivant	GRUPE	1AN6MOIS	1	20min	NON	SOUVENT
E2	58	F	RURAL	assistante Sociale	GRUPE	5ANS	2À3	1H	NON	DE TEMPS EN TEMPS
E3	27	F	URBAIN	étudiante en médecine	ISOLÉ	1AN6MOIS	3À4	25-30MIN	NON	DE TEMPS EN TEMPS
E4	26	F	URBAIN	psychologue	ISOLÉ	2ANS	3À4	30-45MIN	NON	DE TEMPS EN TEMPS
E5	69	M	URBAIN	Retraité direction industrie	ISOLÉ	3ANS	3	10MIN	NON	SOUVENT
E6	74	F	RURAL	Retraîtée éducation nationale	ISOLÉ	30ANS	4	<10min	NON	SOUVENT
E7	76	M	RURAL	Retraité	ISOLÉ	34ANS	4	10min	NON	DE TEMPS EN TEMPS
FG1	62	M	RURAL	IADE*	GRUPE	??	1	??	NON	SOUVENT
FG2	36	F	RURAL	Aide Soignante	GRUPE	10ANS	10	15-30MIN	OUI	SOUVENT
FG3	48	F	URBAIN	secrétaire	GRUPE	28ANS	6	1h-1h30	OUI	SOUVENT
FG4	23	F	URBAIN	infirmière	GRUPE	23ANS	2	30MIN	NON	JAMAIS
FG5	46	M	URBAIN	Médecin	Maison de santé Pluridisciplinaire	??	??	??	OUI	SOUVENT
FG6	25	F	URBAIN	kinesithérapeute	ISOLÉ	25ans	1	20min	NON	DE TEMPS EN TEMPS
FG7	24	M	URBAIN	étudiant infirmier	ISOLÉ	4ans	1	20-30min	NON	TRÈS SOUVENT
FG8	29	F	URBAIN	étudiante vétérinaire	ISOLÉ	8ans	½	35min	NON	DE TEMPS EN TEMPS
FG9	26	M	URBAIN	étudiant kinésithérapeute	ISOLÉ	26ans	2À3	30MIN	NON	TRÈS SOUVENT
FG10	24	M	URBAIN	étudiant médecine	ISOLÉ	24ans	1À3	20min	NON	SOUVENT

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

*Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

II - Caractéristique des entretiens

Les 7 entretiens individuels réalisés entre janvier et mai 2018 avaient une durée moyenne de 35 minutes, avec des extrêmes de 18 à 59 minutes. Les deux entretiens de groupe réalisés en avril et mai 2018 avaient, quant à eux, une durée moyenne de 1 heure et 4 minutes. La suffisance des données a été atteinte au deuxième focus group, et confirmée par les deux entretiens individuels suivants.

III - Analyse thématique

Etudier l'intérêt de la population générale pour l'utilisation de la salle d'attente comme un lieu de vie culturelle et d'échanges s'est avéré complexe. Cela a généré une analyse thématique en deux parties : les facteurs influençant la réponse puis la réponse en elle-même.

Cette dernière s'est déclinée, à son tour, en 4 parties : l'idéalisation de la salle d'attente ; les nouvelles utilisations que la population étudiée pouvait envisager de cet espace ; les contraintes, intérêts et craintes liés à l'association du soin à d'autres types d'activités ; et enfin leur avis sur la place de la culture en salle d'attente (figure 1).

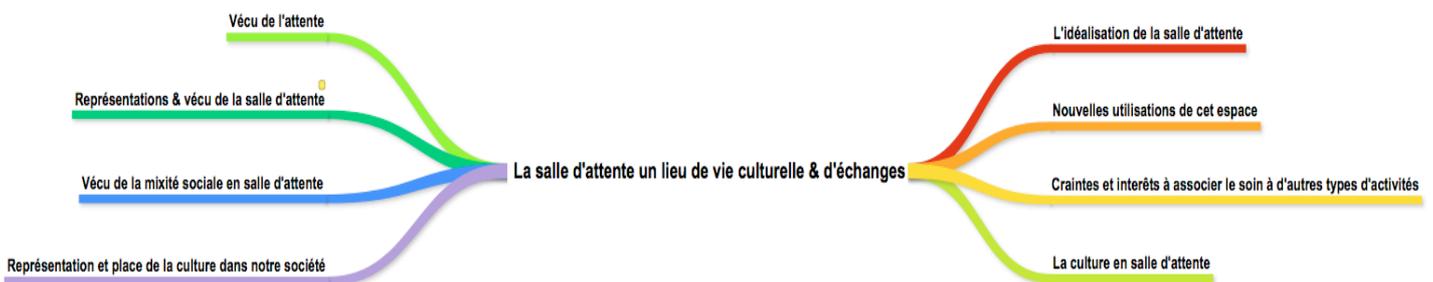


Figure 1 : Schématisation globale de l'analyse thématique

III. 1 - Facteurs influençant la réflexion

A - Vécu de l'attente

A.1 - Éléments influençant le vécu de l'attente

Pour les interviewés apporter leur **propre occupation limitait l'intérêt** pour l'offre de divertissement proposée « *Mais moi j'avais mon magazine donc j'ai pas fait très attention mais c'était assez tristounet.* »(E5), ou **rendait plus acceptable** l'offre actuelle : « *Pour moi elle est suffisante. Parce que moi (...) j'arrive avec mon journal et je lis le journal.* »(E7) voire était **nécessaire** au vu de l'offre « *Ça c'est moyen dans les salles d'attente... Il vaut mieux amener son bouquin.* »(FG1). L'attente pouvait générer un **sentiment de bénéfice** dès lors qu'elle était **utilisée** : « *Pour les gens qui passent... qui sont obligés de passer beaucoup de temps, je pense que ça pourrait être utile oui... pour optimiser le temps passé.* »(E5). Inversement, l'**absence de stimulation** en salle d'attente était à l'origine d'un malaise : « *J'avais la sensation d'être un peu assise, en attendant mon tour, sans avoir un environnement autour qui aurait pu me solliciter.* »(E1). Certains pensaient même pouvoir **prendre du plaisir dans l'attente** : « *Un temps à prendre plaisir... euh... Ben ça dépend qu'est-ce que je fais... euh oui ben je...* » (E1).

Le **motif de consultation** influençait le vécu de l'attente d'un point de vue **émotionnel** : « *En fonction du motif de consultation on peut ressentir des choses variées, de l'inquiétude, l'impatience, des choses comme ça.* »(E2). L'**état physique** limitait l'anticipation de l'attente : « *Mais bon si je pensais à prendre un bouquin ou des trucs que j'ai à faire, je les prendrais et là je pourrais utiliser ce temps, ça me dérangerait pas. Mais j'y pense jamais. Surtout quand t'as, 'fin voilà quand t'es complètement malade, je pense pas que tu penses à ça quoi* » (E4) . Parfois la nécessité de consulter en **urgence** influait sur le temps d'attente : « *Mais quelques occasions où j'ai été obligé d'aller sans rendez-vous pour une urgence je pouvais passer pas mal de temps.* »(E5). Le vécu de l'attente semblait simplifié par la **connaissance de sa durée**: « *C'est quand même agréable de savoir quand on arrive, si c'est demi-heure d'attente... qu'on nous dise... Déjà mentalement on se prépare à attendre demi-heure.* » (FG4).

La présence de la **secrétaire** en salle d'attente était un élément influençant le vécu de l'attente, parce qu'elle créait une ambiance **conviviale**, servant de catalyseur aux **conversations** : « *Dans la salle d'attente du Dr. X il m'est arrivé de discuter avec des personnes qui étaient à côté*

de moi. Mais parce que la conversation avait été engagée par la secrétaire. »(E6). Elle attirait l'attention et ainsi **occupait l'attente** : « d'abord ça occupe, les gens la regardent travailler et c'est quelque chose qui est là quoi, en plus, au lieu d'être plantés là sur une chaise à attendre... je trouve que c'est quelque chose de plus. »(E7). Enfin elle assurait un **contact humain** et une forme de **réassurance** : « oui pour accueillir et pour arriver à faire, bêh, à communiquer, à dialoguer. Voilà, parce qu'il y a des gens qui sont seuls, y a des gens... Enfin voilà... angoissés... »(FG3). La présence de la secrétaire offrait la **sensation d'être considéré** : « qui communique bien avec les gens « Ah bonjour comment allez-vous ? ... » et bon, moi elle ne me connaissait pas c'était la première fois et un monsieur qui arrivait et qui certainement allait se faire opérer elle lui a dit « mais j'espère que ça se passera bien... » et bon vraiment quelqu'un qui, qui communique quoi (...) Et je pense que ça c'est important. »(E6).

La **prise de rendez vous** paraissait être un élément influençant le vécu de l'attente. Pour la quasi totalité des interviewés elle était perçue comme un élément **écourtant l'attente** « quand on prend rendez-vous en général chez ce médecin on n'attend pas très longtemps. »(E5) et les patients exprimaient clairement leur **préférence** pour ce mode de fonctionnement « Sincèrement mon objectif c'est de limiter le temps que je passe donc en général je prends rendez-vous. »(E5). Pour certains elle leur donnait le **droit** d'être pris à l'heure : « Si tu as rendez-vous tu es en droit d'estimer que tu dois être pris... après pas à une minute pile... mais tu dois être pris dans un créneau relativement proche de l'heure de rendez-vous posée ! »(FG5) et le **retard** en devenait encore **plus difficilement supportable** : « Voilà ! Y a pas de rendez-vous ! Mais c'est sans rendez-vous. Tel jour ! Mais le jour du rendez-vous c'est vrai que c'est... important je pense, d'arriver à tenir... les horaires. » (FG1). Le **délai de prise de rendez-vous** renforçait le droit du patient à être **pris à l'heure** : « Surtout que t'as 3 ou 4 jours de délai d'attente... »(FG2).

Le **regard de l'autre** rendait la perception de l'attente plus longue : « donc en général tu regardes tes pieds pour pas croiser le regard des autres quoi, donc euh... c'est encore plus long à attendre... »(E4). Dans l'attente, les participants décrivaient une **mise en scène de soi** liée à la gêne du regard de l'autre : « voilà peut-être dans un autre sens on a pas forcément envie euh... que les gens qui sont à côté entendent que nous on discute euh... Voilà comme si euh... tout allait bien alors que effectivement on se présente souvent, enfin en règle générale parce qu'on est malade. »(E3). Ils exprimaient une forme **d'interdit lié au regard de l'autre** : « bin plutôt que de se regarder dans le blanc des yeux et puis détourner le regard et puis regarder ses pieds et se dire « qu'est-ce qu'il pense ? » ou « et si jamais je fais ça, est-ce qu'il va me juger ? » ou encore « si elle elle va me juger » 'fin, « la pauvre mamie elle n'a pas l'air bien mais j'ose pas lui demander... ». (E4). Le **promiscuité** était un facteur de stress modifiant le vécu de l'attente : « y a le tout venant qui est là,

et la proximité avec les autres justement ça met très mal à l'aise (...) ça peut être très étouffant. »(E4).

Le discours des participants était emprunt d'un certain **fatalisme** : « *Ou on continue à attendre bêtement, effectivement comme on a toujours fait et c'est pas grave non plus* »(E4). Ils **ne se questionnaient pas** sur la possibilité d'utiliser ce temps d'attente : « *Je me demande même, dans quelle mesure il y aurait pas de gens qui se poseraient des questions sur le lieu, sur la salle d'attente... est-ce que ça peut m'apporter quelque chose ? est-ce que je peux rencontrer des gens ?... je sais pas s'ils se la posent vraiment la question. Je pense que c'est un endroit où ils vont, entre deux trucs.* »(E6).

Le vécu de l'attente était influencé par l'**ambiance générale** de la salle d'attente : « *il y avait une ambiance qui était plutôt agréable donc l'attente était... était agrémentée par l'atmosphère plutôt sympathique.* »(E5). Pour certains l'attente était devenue un temps où **les gens n'échangent plus** ce qui rendait l'attente plus **triste**: « *Euh... bin c'est... assez triste parce que les gens ne parlent plus* »(E5) plus **froide** : « *comme ça, il y a les gens qui sont alignés, personne se parle... c'est... c'est très froid quoi.* »(E7).

L'un des derniers facteurs influençant le vécu de l'attente était **le rapport au temps** dans notre société, qui doit toujours être mis à profit: « *de pas être venue non plus juste pour attendre. Ça reste une notion très importante après pour moi, mais peut être dans la société aussi... bin je pense quand même que dans la société le temps c'est de l'argent donc bin on perd pas son temps et on continue à le remplir et à faire quelque chose* »(E4). Cette notion semblait d'autant plus importante que les patients **consultaient souvent** : « *pour les gens qui passent énormément de temps dans les salles d'attente euh... il faut peut être chercher des manières d'optimiser ce temps*»(E5).

Le plus important facteur influençant le vécu de l'attente était **l'utilisation actuelle** de ce temps. L'attente était dédiée à **la lecture** : « *j'ai toujours les magazines et mes bouquins(...) Le temps disponible pour lire.*»(E5), ou à l'utilisation des **téléphones portables** « *Alors moi en général euh... Quand je commence à attendre, je lis mes mails, euh... je me balade sur internet sur mon smartphone* » (E3). Il s'agissait donc d'un **temps d'échange via les smartphones** : « *j'essaye effectivement de rendre ça utile ou agréable en discutant avec euh... des amis par messages, ce genre de choses.*» (E3). L'attente était parfois consacrée à la **préparation de la consultation médicale** : « *Moi je pense que ça peut éveiller des questions, ça peut te laisser le temps de réfléchir à qu'est-ce que je dois demander, est-ce que j'ai rien oublié ?* » (FG6). Elle était mise à profit pour **se recentrer** : « *Comme ça je me pose un peu avant d'aller chez le médecin, et en 15 minutes lui*

*expliquer exactement tout le cadre que ça fait depuis un an et demi que je ne traite pas »(E1). Ce temps était alors un **temps de transition** entre le quotidien et la consultation : « C'est vraiment un sas de transition »(E2). Certains évoquaient même la possibilité d'utiliser l'attente pour prendre du **temps pour soi** : « Dans la pratique courante euh... on se dégage pas souvent ce temps là pour soi et que... Voilà si c'est 20 minutes que je peux dédier à moi dans l'attente du médecin (...) Comme ça je me pose un peu. »(E1). Ils profitaient de ce **temps de calme** : « Dans un moment de calme... avant d'aller justement parler avec quelqu'un de quelque chose qui ne va pas. »(E1), qu'ils consacraient souvent à l'**observation de leur environnement** : « parce que du coup comme on a le temps de le voir, et qu'on sait pas quoi faire, on est forcé de lire ce qui nous entoure, et du coup on lit vraiment. On prend BIEN le temps de lire chaque mot pour bien comprendre la phrase et on s'attarde un peu plus. »(E4).*

A.2 - Le vécu de l'attente

L'attente a été à l'unanimité qualifiée de **trop longue** : « passage qui est censé être court et qui souvent est bien trop long... »(E2). Tous exprimaient leur volonté de **l'écourter** : « c'était très difficile de pas vouloir que le temps passe le plus vite possible »(E1). Certains évoquaient leur **compréhension et leur acceptation** : « j'apprécie vraiment pas le fait d'attendre, si longtemps, même si je comprends et j'accepte y a pas de souci, je connais l'enjeu et il n'y a pas de problème » (E4). D'autres expliquaient être prêts à l'accepter au nom de l'**affection qu'ils portaient à leur médecin** : « Mais elle est super et donc tout le monde attend... »(FG8).

L'attente était empreinte d'**inquiétude** : « on peut ressentir des choses euh... variées euh... de l'inquiétude, l'impatience, des choses comme ça. »(E2). L'attente en elle même apparaissait comme une **source de stress** : « Stressée par la rencontre dans le sens que, je rencontrais quelqu'un que je ne connaissais pas du tout (...) j'attendais de rencontrer pour la première fois mon médecin »(E1). Parfois c'était, plus précisément, l'**inconnue liée à la durée de l'attente** qui générait agacement ou angoisse : « mais c'est vrai que le problème, c'est que souvent on ne sait même pas, voilà, on peut voir combien il y a de personnes dans la salle d'attente avant nous, mais on ne sait pas combien de temps ça va prendre, on ne sait pas pourquoi elles viennent, est-ce qu'elles sont en avance sur leur rendez-vous qui est après le nôtre, ou est-ce qu'elles sont avant nous ? »(E3).

L'**ennui** était un des principaux ressentis liés à l'attente : « bin je finis vite par m'ennuyer » (E4) associé souvent à une sensation de **temps perdu** « Et parfois plus précisément un temps sans intérêt, considéré comme perdu »(E3) et parfois à la volonté de trouver comment l'**occuper**

intelligemment : « *il faut peut être chercher des manières d'optimiser ce temps (...) parce que j'aime pas le temps gaspillé de rester assis dans une salle d'attente sans exercer mon boulot ou apprendre quelque chose.* »(E5). L'attente était aussi pour certains un temps **désagréable**: « *c'est toujours désagréable en fait. Et là mon expérience aussi était très désagréable.* »(E4), un temps **d'inconfort** : « *passer 20 minutes dans un espace, assise sur quelque chose d'inconfortable, ça reste encore vivable. Mais c'est vrai que voilà c'est vraiment pas du tout quelque chose d'agréable* »(E3). Un temps qu'ils n'aimaient pas **par sa nature même** : « *Parfois malgré tout ce qu'il pouvait y avoir autour (...) Ben c'est pas un temps que on, qu'on aime* »(E1), **quelle que soit la façon dont on l'occupe** : « *Si on arrive on voit qu'on va attendre 2 heures c'est... c'est l'horreur ! Quel que soit le confort de la salle d'attente !* »(FG5). Le fait d'attendre était problématique en soi car l'attente **ne devrait pas exister** : « *C'est dommage que la question ce soit l'attente... Déjà la bonne question c'est : peut-on ne pas attendre ? Parce que finalement si on arrive à bien caler les rendez-vous... Faut peut-être déjà gérer ça...* »(FG5). L'attente n'avait de sens **ni pour le patient** : « *fin j'sais pas j'vais pas chez le médecin en me disant « oh oui trop chouette je vais avoir 10 minutes d'attente » ...* »(FG7) , **ni pour le médecin** : « *Et je crois que le médecin se dit pas non plus « oh j'ai 5 minutes de retard tant mieux ils vont attendre un petit peu et avoir le temps de réfléchir sur eux-mêmes »* »(FG10). Pourtant ils évoquaient tous **l'habitude d'arriver plus tôt** à un rendez-vous : « *C'est vrai que dans nos têtes c'est toujours, il faut au moins un quart d'heure d'avance.* »(FG8). Certains l'expliquaient par leur **respect** pour le médecin et leur **éducation** : « *Alors que c'est pas fondé euh... Moi j'ai... ils sont jamais en avance quoi. Ouais c'est vrai que c'est une question de respect. Je pense que c'est ça, d'éducation là dessus.* »(FG8).

Enfin le vécu de l'attente semblait unanimement **plus difficile pour les enfants** : « *Mais je crois qu'un enfant en salle d'attente attend beaucoup moins facilement que nous aussi.* »(FG9). Ils soulignaient leur incapacité à saisir **le sens de l'attente** : « *Oui et le gosse comprend pas pourquoi il doit attendre 20 minutes euh... avant de voir un médecin qu'il a pas spécialement envie de voir non plus...* »(FG9), ce qui semblait potentiellement **traumatisant** : « *Alors que si tu fais une expérience de merde à l'enfant où il doit attendre 20 minutes sans péter un mot et qu'après il se fait tordre les dents par le dentiste, t'as pas envie d'y retourner la fois suivante...* »(FG10).

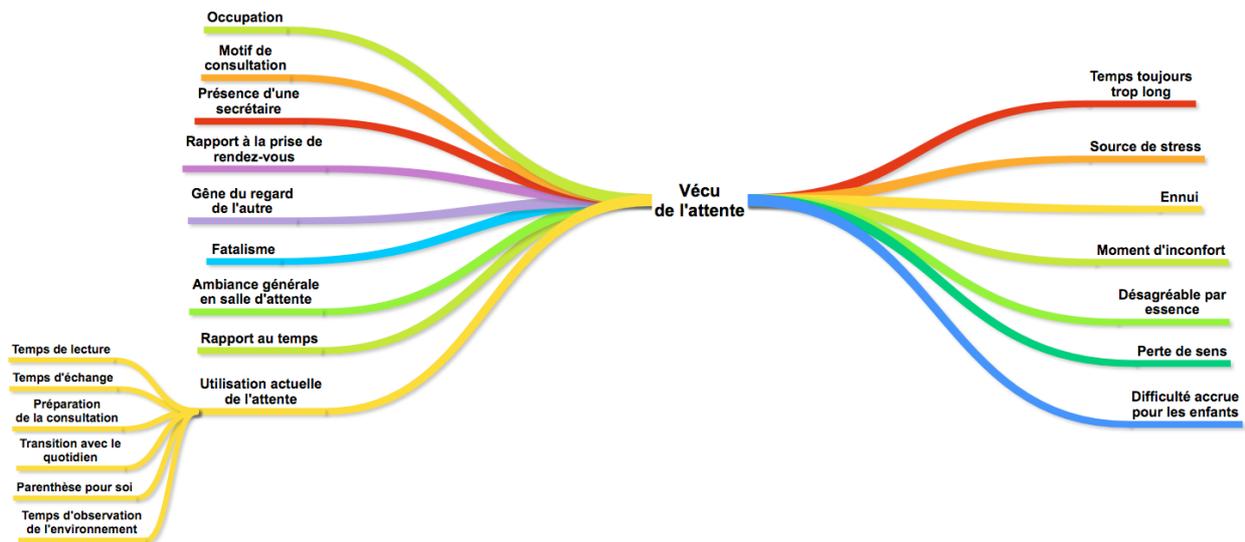


Figure 2 : Vécu de l'attente

B - Représentation et vécu de la salle d'attente

B.1 - Les facteurs influençant

B.1.1 - Existence d'une image préconçue

Les interviewés ont mis en évidence l'existence d'une **image préconçue** de la salle d'attente : « Alors c'est peut être, parce que je garde un schéma très classique de la salle d'attente mais à priori »(E2). Ainsi une salle d'attente devait :

- Être une **salle dédiée** : « Oui essayer d'avoir des lieux qui soient quand même agréables, une pièce euh... une vraie pièce et pas juste un couloir. »(E3).
- Être un lieu contenant des **informations** sous forme d'**affiches de prévention** : « toujours de euh... Des affiches informatives euh... En général, mais là, je n'ai pas spécialement le souvenir. »(E1).
- Être un **lieu de détente** : « fin tu te détends pas quoi c'est trop bizarre ouais ça va pas avec le contexte de la consultation du médecin quoi. 'fin c'était très étrange »(E4).
- Contenir des **magazines** : « voilà je pense qu'il y a quelques magazines à disposition mais je ne sais pas... en général je ne lis pas trop donc je... Donc voilà »(E3) caractérisés par leur manque d'intérêt « Evidemment... Du coup j'ai commencé à regarder un magazine mais

c'est des magazines à la con, Femme Actuelle, Marie-Claire et euh ça m'intéresse pas »(E4).

- Être un espace caractérisé par **l'absence d'interactivité** : *« tout ce qu'il pouvait y avoir autour, qui est pas très interactif d'habitude »(E1).*
- Être un lieu **contaminé par les germes** : *« parce qu'on va quand même chez le médecin c'est qu'il y a des germes des miasmes, tout c'que tu veux et qu'il y a plein de malades qui passent »(E4).*
- Être un lieu où l'on **côtoie des enfants** : *« en médecin générale, forcément, il y a présence d'enfants euh... »(E2).*

B.1.2 - Lieu de transition

La salle d'attente apparaissait comme un **lieu de transition**, pour attendre d'être **reçu ailleurs** : *« fin c'est quand même un endroit où on est censé aller pour attendre qu'on nous appelle pour un soin médical. »(E3).* C'était un lieu où les gens **ne restaient pas** : *« puis les gens qui sont là, défilent. Y a pas tellement de... de relations entre les gens parce que (...) quand quelqu'un arrive l'autre repart etc... »(E6).* La salle d'attente était perçue comme un lieu de **paradoxe**, où ils **devaient se rendre** : *« on y va, on y va parce qu'on est obligé d'y aller quoi... ouais, c'est pas l'idéal »(E7)* **sans vouloir y être** : *« Je pense que c'est un endroit où ils vont, entre deux trucs de travail, ils s'en vont ils vont... »(E6).* L'idée permanente était d'y **aller pour en repartir** : *« L'idée c'est toujours de euh... y aller et que le temps passe le plus rapidement possible »(E1).* Pourtant tous savaient qu'ils y **passeraient du temps** : *« Si c'était juste un lieu de passage où on s'assoie 3 minutes avant d'être appelé voilà... là la réalité c'est que bien souvent on attend quand même beaucoup plus que ça. »(E3).* Le fait d'être en transit **affectait l'intérêt** qu'ils portaient à la salle d'attente : *« Parce que pareil t'arrives tu t'assoies t'attends les... 5-10 minutes... alors c'est pareil y a les vieux magazines... des fauteuils confortables... mouais... mais tu t'en fous quoi ! En 5 minutes t'es pris ! »(FG5).*

B.1.3 - Motif et fréquence de consultation

Le **contexte personnel** du patient semblait être aussi un facteur influençant : *« Ben disons que ça dépend dans quel contexte moi je suis au moment où j'y vais. »(E3).* Le ressenti en salle d'attente semblait complètement dépendant du **vécu émotionnel** de la situation par le patient : *« Alors en ce qui me concerne donc la dernière fois où je suis allé en salle d'attente c'était pour*

accompagner un ami qui donc avait un suivi sur un cancer (...) qu'est-ce que je peux dire sur une salle d'attente ? Ben c'est impersonnel, c'est... je vais pas dire lugubre mais bon... c'est pas le top»(FG1). La **fréquence** des consultations rendait la relation à la salle d'attente plus importante : « Et puis des gens qui pour une raison ou pour une autre sont contraints de passer pas mal de temps, y a... ou qui viennent assez régulièrement ils pourraient... sur le cumul de temps passé peut être ils aimeront les utiliser. »(E5). Le **type de soin** prodigué par le médecin consulté modifiait les attentes : « Par contre, les jeunes couples avec des enfants, chez les pédiatres, ou autre... ça peut être un endroit qui... qui nécessite beaucoup de convivialité je pense. Voilà. Parce que ils sont un peu euh... un peu perdus quand ils amènent un bébé (...) là c'est important. Très important. Qu'il y ait de l'échange. »(E6). Ainsi le vécu de la salle d'attente semblait **plus agréable** quand les patients n'étaient **pas malades** : « une salle d'attente avec de belles couleurs... de la musique ! Alors ça c'était super cool ! (...) J'étais pas malade donc ça va je me sentais bien ! »(FG2). Le **motif** de consultation **limitait les échanges** entre patients : « J'étais pas très abattue, j'étais pas euh... voilà vraiment malade. Je pense qu'effectivement là c'est des moments où je pourrais essayer de... si l'occasion se présentait de discuter avec quelqu'un mais c'est euh... Après si je viens pour une gastro-entérite, ou une grippe, ou des choses, où mon état physique est pas... Voilà je pense que ni pour moi ni pour la personne en face euh... ça présente de grand intérêt d'essayer de euh... de discuter »(E3) et l'**aspect ludique** de la salle d'attente : « 'fin souvent on est quand même malade donc euh... 'fin... je ne sais pas si c'est un endroit où on va aller passer du temps dans un objectif ludique »(E3).

B.1.4 - Lieu public aux règles tacites

La salle d'attente apparaissait comme un lieu soumis à des règles tacites de **courtoisie forcée** : « y a un truc que j'apprécie pas aussi c'est quand il y a des personnes qui arrivent après toi, qui décident que c'est plus important ce qu'elles ont à faire et qui du coup te demandent de passer devant et... tu vas pas dire non parce que tu sais pas ce qu'elle a vraiment et tu te dis bon... c'est vrai que moi à la limite (...) c'est rien je peux attendre 5 minutes de plus »(E4) ou à l'inverse d'**ordre des choses à respecter** : « Un coureur automobile de l'époque (...) Et qui est arrivé en disant, bonjour je m'appelle euh... je n'sais plus comment, et ça avait jeté un froid dans cette salle d'attente parce qu'il y avait des gens qui attendaient normalement... et il avait pensé qu'il arrivait et qu'on allait le faire passer ou se mettre euh... et tout le monde s'est mis à rire. Et ça ça m'avait plu »(E6). Une forme de **pression sociale** semblait s'y exercer : « bin plutôt que de se regarder dans le blanc des yeux et puis détourner le regard et puis regarder ses pieds et se dire « qu'est-ce qu'il pense ? » ou « et si jamais je fais ça, est-ce qu'il va me juger ? » ou « si elle elle va me juger » 'fin,

« la pauvre mamie elle n'a pas l'air bien mais j'ose pas lui demander... ». »(E4). Certaines choses semblaient **tacitement établies comme inappropriées** : « Moi la dernière fois il y avait une jeune qui proposait des trucs à tout le monde (...) « Ah ! Qui veut du jus d'orange ? Qui veut du jus d'orange ? » Bon c'était pas méchant de sa part mais elle faisait simplette... Enfin... garde-le ton jus d'orange ! Enfin bon je... Y avait tout le monde qui refusait quoi ! (...) c'était pas du tout approprié... »(FG4). Pour certains le **contact entre les individus** y était tacitement réglementé : « Je crois que le fondamental d'une salle d'attente chez un médecin n'est pas un lieu de rencontre. Bès... je ne m'imagine pas, exemple à la salle d'attente, me mettre à côté : « bonjour mademoiselle, vous habitez chez vos parents ? » (...) Si je vais chez le médecin je dis bonjour à tout le monde, je me mets dans mon coin et j'attends mon tour. »(FG1).

B.1.5 - Esthétisme et confidentialité du lieu

L'**esthétisme** de la salle d'attente était un élément important : « Et la salle d'attente c'était une salle d'attente nouvelle parce que le cabinet a changé d'endroit.(...) C'était un endroit tout neuf, tout propre. »(E6). Ce dernier était **apprécié** par la plupart des interviewés : « Euh... une salle d'attente avec de belles couleurs (...) Alors ça c'était super cool ! »(FG2). Il permettait même parfois de **faire accepter l'inconfort** : « C'est voilà... mais elle est très propre par contre, très moderne et elle est très agréable mais trop petite »(E4). Parfois les gens s'attardaient sur **l'architecture** de la structure qui permettait d'**apprécier la salle d'attente** : « il a un appartement dans ce vieil immeuble (...) un immeuble un peu bourgeois (...) Avec des jolis sols... 'fin bon, bien arrangé. J'aime beaucoup ce... le... le lieu. Voilà. Donc du coup la salle d'attente me convient très bien »(E6).

A contrario, une salle d'attente **vétuste était source d'inconfort** : « C'est un cabinet qui est dans un ancien appart du coup c'est... assez la torture à chaque fois. »(E4). La **petitesse** de la salle était un facteur majeur d'inconfort : « c'est pas très grand. 8 chaises, j'étais la seule personne... assez tristounet. »(E5), qui augmentait la **sensation de promiscuité** et entraînait un **malaise** : « on se marche dessus à chaque fois, ils nous enjambent faut faire attention aux sacs, donc c'est vraiment très très petit (...) 'fin tu te détends pas quoi »(E4). L'**agencement** de la pièce influençait la perception de l'espace : « donc la personne qui est là elle est juste complètement coincée entre la petite table, le mur et la personne à côté d'elle (...) C'est pas terrible. »(E4). Enfin la **luminosité** et la sensation de **propreté** étaient des éléments déterminants du ressenti en salle d'attente : « c'est une salle d'attente sans fenêtre. Donc euh... évidemment, la lumière du jour, ça serait peut être la première chose pour avoir l'impression d'espace et de euh...dans la réalité de pouvoir aérer les lieux aussi peut-être pour qu'ils soient plus sains. »(E2).

Les interviewés accordaient une importance majeure à la **confidentialité** : « *La notion de confidentialité c'est très important.* »(E4). Laquelle était étroitement liée à la **configuration et l'architecture** du cabinet : « *Et ce que j'aime bien aussi c'est quand on n'entend pas vraiment ce qui se passe dans le cabinet, et là on entend... du coup, c'est parce que c'est vachement exigü, et donc du coup je me dis qu'on m'entend aussi donc c'est pas agréable.* »(E4).

B.1.6 - Relation au personnel soignant

La **relation au médecin** était un élément déterminant du rapport à la structure où il exerce : « *De cette salle d'attente. Euh... Et beh, c'est ce que je te disais moi je me... comme on est un peu... on est bien avec ce médecin... On a, on connaît bien (...) On est bien* »(E7). Il en allait de même pour la **secrétaire** : « *Ah moi je m'y sens bien. Faut dire que je connais bien la secrétaire, bon Marie-France je la connais ça fait maintenant... 30 ans. Ce qui fait que... je discute avec elle*»(E6). Ainsi ils trouvaient la salle d'attente d'autant plus **conviviale et sympathique** qu'ils appréciaient le personnel du cabinet : « *c'est sympathique, c'est convivial, mais je sais pas si c'est convivial parce qu'on connaît bien. Hein. On connaît bien la secrétaire, on discute souvent avec elle. Ou euh... ou alors c'est le euh... parce qu'on a affaire à ce médecin qu'on est bien là-bas.*»(E7).

B.1.7 - L'affichage préventif

De manière générale tous considéraient l'affichage préventif comme une source d'**information potentielle** : « *j'ai pu lire pas mal de choses intéressantes (...) Donc c'est une source potentielle d'informations utiles.* »(E5). Il pouvait amener à une **réflexion** : « *ça amène au moins les réflexions quoi.* »(FG7), voire à **évoquer des problématiques** lors de la consultation : « *quand on entre dans le bureau, on vient de lire tout ça, donc si on est concerné (...) c'est peut être l'occasion d'éveiller des questions.* »(E3). **Un seul interviewé** évoquait un **intérêt personnel** : « *oui je pense que c'est pas mal du tout car à l'occasion ça m'a déjà interpellé et je suis allé un petit peu plus loin.* »(E5). **Les autres** considéraient que cela **n'avait pas vraiment d'utilité** même pour **autrui** : « *en tout cas je pense que les gens qui se sentent pas particulièrement concernés par ce genre d'affichage (...) je pense pas qu'ils repartent avec beaucoup de choses apprises* »(E3). A titre personnel il leur **arrivait de retenir des informations** mais **sans générer d'action** : « *Ça ne veut pas dire que je vais déclencher des actions vis-à-vis de ce qui est proposé mais c'est vrai que c'est quelque chose que j'observe, pour ma culture générale* »(E1). **Les visuels avaient parfois marqué :**

« FG1 : La prévention du cancer du côlon, du cancer de machin...FG5 : Avec la petite cuillère avec le petit caca dessus ! « N'oubliez pas ! »... [rire général] ». Mais globalement **peu de personnes lisaient** cet affichage : « Et j'ai remarqué qu'il y avait pas beaucoup de gens qui le lisaient. »(E6). S'il était lu c'était **par ennui** : « Ils sont chez le médecin généraliste, ils s'ennuient, donc du coup ils vont se mettre à les lire je pense. »(FG7). **Peu de personnes s'en souvenaient** : « rien parce que je ne m'en souviens pas (...) c'est pas très marquant en l'occurrence ! »(E2). Certains le trouvaient **complètement inutile** : « FG1 : Oh c'est nul ! FG4 : C'est nul ! FG3 : Alors ça euh ! FG4 : Ouais ! C'est nul ! ». L'intérêt était **limité par l'état physique** des patients : « parce qu'avec 39°5 de fièvre je ne sais pas (...) si on lit attentivement l'affichage. »(E3). L'affichage était souvent **rébarbatif** : « la plupart du temps des choses qui ne m'ont pas étonné quoi. »(E7), **négligé** par les praticiens : « FG4 : Souvent c'est vieux, c'est... FG3 : Voilà soit c'est pas réactualisé c'est euh... des... FG4 : Ouais ! C'est nul ! », **mal mis en avant** dans les salles d'attente : « sur une porte qui est condamnée, et qui sert de tableau d'affichage donc. Et je crois que seules les personnes qui cherchent quelque chose vont consulter »(E6) et **concernait une population restreinte** : « Plutôt des affichages qui puissent toucher un large panel de population (...) ce genre de choses qui touchent quand même une population restreinte. »(E3).

B.1.8 - Vécu de l'offre actuelle de divertissement

L'**offre occupationnelle** proposée en salle d'attente ne **convenait pas** aux usagers : « Ben c'est nul... »(E1). Certains avaient du **mal à identifier** une offre de divertissement : « pas beaucoup d'expérience de quelque chose de divertissant. »(E5). Elle se résumait à une **offre de presse** ce qui n'était **pas consensuel** : « je ne suis pas une grande liseuse de magazines donc en général, voilà ce qui est à disposition ne m'aide pas vraiment. »(E3). Ces magazines n'étaient **pas actualisés** : « des journaux toujours très âgés, très usagés, pas du tout à l'ordre du jour »(E2), très **peu variés** : « c'est des magazines à la con, Femme Actuelle, Marie-Claire et euh ça m'intéresse pas »(E4), et surtout **inattractifs** : « Vu l'état des journaux, ça donne pas envie non plus de les lire. »(E1). Certains **questionnaient le sens de cette offre** de lecture : « je n'sais pas si elle répond à une demande particulière. Elle est là parce que effectivement on doit attendre, c'est un peu pénible (...) je sais pas si c'est pertinent. »(E4). **Malgré tout, les gens lisaient** ces journaux : « Il y en a parce que c'est vrai que les gens les feuilletent. »(E3). Ce type de presse pouvait intéresser car il était **inhabituel** : « comme je n'achète jamais de people, je les lis chez le médecin. »(E6). Le contenu des salles d'attente était considéré comme un **vecteur de contamination** : « chez le médecin c'est qu'il y a des germes des miasmes, tout c'que tu veux et qu'il y a plein de malades qui passent et on a qu'une seule peur c'est de les choper aussi »(E4) et surtout **les magazines** : « Et je lis pas souvent

les magazines parce que je trouve qu'en fait il y a trop de microbes là dessus... »(FG8). Les **jouets pour enfants** étaient aussi une préoccupation en terme de contamination : « Les jouets plein de miasmes... (rires) »(FG2). Ainsi il semblait important de **véhiculer une image de lieu sain** : « dans la réalité de pouvoir aérer les lieux aussi peut-être pour qu'ils soient plus sains. »(E2). Les magazines ou l'utilisation des smartphones étaient vécus comme un **facteur limitant les échanges** : « là si je suis en train de regarder mon téléphone portable (...) Et que la personne en face est sur son magazine (...) effectivement ça donne pas vraiment lieu à beaucoup de conversations. »(E3). Certains se disaient prêts à accepter l'absence de divertissement s'il y avait des **interactions entre les gens** : « Je discute un petit peu avec la secrétaire quand il n'y a personne hein. euh... c'est suffisant. »(E7).

B.2 - Vécu actuel de la salle d'attente

La salle d'attente était unanimement décrite comme **sommaire** : « Très sommaire... »(E2), **peu mémorable** : « je ne m'en souviens pas. Je ne peux pas te dire exactement. »(E7), vécue comme un lieu **triste** : « c'était assez tristounet. »(E5), un lieu « **lugubre** »(FG1). Ils décrivaient surtout un **lieu d'ennui** : « je finis vite par m'ennuyer »(E4), **d'inconfort** : « FG6 : Manque de confort. FG10 : Oui manque de confort. ». L'**absence de stimulation** était à l'origine d'un **malaise** : « J'avais la sensation d'être un peu assise, en attendant mon tour, sans avoir un environnement autour qui aurait pu me solliciter. »(E1). Parfois les **choix musicaux** étaient un élément **dérangeant** : « ils mettent des musiques bizarres des fois, (...) 'fin pas du tout possible, 'fin tu te détends pas quoi c'est trop bizarre ouais ça va pas avec le contexte »(E4). L'**absence d'espace dédié aux enfants** était **désagréable** : « FG3 : Et puis des salles d'attente trop petites où vous avez voilà les gamins qui jouent là. FG2 : Ils jouent et ils font du bruit ! FG3 : Voilà ! Alors quand on arrive on est bien malade ou que les gamins... alors ça tousse... » et source d'**angoisse de contamination** : « C'est dégueux... Tous ces enfants là qui sont malades... »(FG4). Plus globalement, la salle d'attente était vécue comme un **lieu de contamination à l'origine d'un malaise**, du fait de la **promiscuité** : « la proximité avec les autres justement ça met très mal à l'aise parce qu'on n'a pas envie de choper leurs germes... on n'a pas envie de leur donner les nôtres non plus... et euh... ça peut être très étouffant. »(E4).

Tous ressentaient l'**absence de convivialité** en salle d'attente : « c'est vrai que la plupart des salles d'attente que l'on connaît (...) c'est pas très convivial (...) je crois qu'on peut le dire c'est pas une zone de convivialité »(FG1). La salle d'attente était perçue comme un lieu de **transition entre le soin et l'extérieur** : « C'est vraiment un sas de transition »(E2), comme un **endroit de**

passage : « *je m'y sentais, vraiment, que c'était un endroit de passage* »(E1). Or certains soulignaient qu'ils passaient souvent **plus de temps en salle d'attente qu'en consultation** : « *là la réalité c'est que bien souvent on attend quand même beaucoup plus que ça. Et souvent on y est effectivement plus longtemps que la durée de la consultation.* »(E3). Pourtant cet espace apparaissait comme **désinvesti par les médecins** : « *c'est un lieu qui est absolument pas investi dans lequel il n'y a absolument rien* »(E2). Le **meublement était inadapté** : « *le mobilier n'est peut-être pas très adapté à une attente.* »(FG1). Les interviewés ressentaient une volonté du médecin de ne **pas investir financièrement** : « *Chez l'orthodontiste y a une playstation Kinetech, (...) Mais y a de l'argent ! Ça va pas être la même chez le médecin généraliste...* »(FG5). Parfois les patients eux-mêmes **ne voulaient pas investir** ce lieu : « *t'arrives tu t'assoies t'attends les... 5-10 minutes... alors c'est pareil y a les vieux magazines... des fauteuils confortables... mouais... mais tu t'en fous quoi!*»(FG5). Cet espace était vécu comme **froid et impersonnel** : « *moi je trouve que c'est très impersonnel une salle d'attente.* »(E6). Les patients exprimaient leur volonté que les médecins **prennent conscience de l'importance** de ce lieu : « *peut être qu'il faudrait que les médecins se rendent compte que on y passe souvent plus de temps que dans la consultation.* »(E3) et fassent des **efforts d'aménagement** : « *Donc je pense qu'en terme de confort et de... et d'esthétisme, il y a effectivement beaucoup de progrès à faire.* »(E3).

Enfin, une **gêne du regard de l'autre** ressortait dans de nombreux entretiens : « *C'est assez angoissant parce que tout le monde est en train de se regarder et il n'y a personne qui... si on bouge un peu trop le pied y a tout le monde qui te regarde en pensant « qu'est-ce qu'il fait... »*»(FG10). La **promiscuité** engendrait un malaise : « *la proximité avec les autres justement ça met très mal à l'aise (...) ça peut être très étouffant.* »(E4). Un besoin d'avoir **l'air occupé** apparaissait fréquemment : « *Je pense que chacun fait ça plus pour s'occuper les mains, avoir l'air occupé, euh... et rendre ça un tout petit peu plus confortable sachant qu'on sait tous qu'on est là parce qu'on est malade* »(E3). Une salle d'attente **vide était plus rassurante** : « *À mes yeux, c'est plus rassurant quand il n'y a pas de monde* »(E1). La présence d'autres personnes engendrait un **désintérêt pour le contenu** de la salle d'attente et la **volonté d'écourter** l'attente : « *ça m'est arrivé d'attendre dans une salle remplie. Et là, du coup, il pouvait y avoir, je pense, tout type d'activité mais c'était très difficile de pas vouloir que le temps passe le plus vite possible.* »(E1). La sensation d'une salle d'attente **pleine était dérangeante** : « *parce que parfois on rentre dans des salles d'attente où bon c'est... c'est... c'est bondé. Donc ça c'est extrêmement désagréable pour moi.* »(E6)

B.3 - Les représentations de la salle d'attente

B.3.1 - Lieu de rencontres au-delà des différences et de lutte contre l'isolement

La salle d'attente était vue comme un **lieu commun à tous** : « Effectivement qu'il y a tous les âges, tous les horizons, et euh... qu'on est tous concernés par notre santé. Et que, au final, c'est peut être effectivement un lieu qui rassemble des gens »(E3). C'était un lieu d'**égalité** : « C'est un des lieux où on se retrouve, et qu'on est tous pareil, quelque part »(E1). Un lieu où les **différences se rencontraient** : « c'est un endroit où il y a des tas de gens qui se retrouvent (...) Tous les milieux, y a des gens qui sont un peu éclairés et d'autres qui le sont moins... et donc ça apporte quelque chose aux gens qui attendent...ça leur ouvre un peu le...voilà. »(E7). Ce lieu rassemblait sous un **but commun** : « on est tous concernés par notre santé, par la maladie, c'est quelque chose d'assez euh... trans-générationnel et puis trans-culturel »(E3). Ce **contact avec la différence** pouvait susciter des **craintes** : « La seule chose que je souhaite, souvent, c'est ne pas rencontrer les gens que je croise à titre professionnel. »(E2). Cette différence pouvait parfois **limiter les échanges** : « C'est pas vraiment un lieu où c'est facile pour donner lieu à un échange avec l'autre »(E1).

La salle d'attente était perçue comme un **lieu de rencontre** par la plupart des interviewés : « les salles d'attente c'était, on pouvait bavarder, on pouvait voir des gens... Je pense que c'est bien. »(E6). Ils **appréciaient l'idée** d'y rencontrer la diversité : « Et c'est intéressant parce que, c'est un endroit où effectivement on peut rencontrer des gens qui sont vraiment différents de nous, et de nos amis, de notre entourage, et du coup ça pourrait être un lieu de rencontre. »(E1). Parfois même ils y retrouvaient des **gens de leur entourage** : « Et un monsieur qui s'est assis à côté de moi, que je connaissais donc on a parlé un petit peu tous les deux »(E6). Certains ont évoqué leur **envie d'y échanger** avec l'autre : « parfois ça donnerait envie, rien que parce que parfois, l'autre, il lit à coté de toi et tu te dis « Ben tiens, qu'est-ce qu'il lit ? » Et t'aimerais peut être... Ben... En discuter quoi... »(E1). Parfois c'était l'autre qui transmettait son **besoin d'échanges** : « Parce qu'on croise souvent dans les salles d'attente des personnes qui euh... qui ont envie, et besoin, d'échanger avec les personnes présentes »(E2). Ainsi la salle d'attente était perçue comme un lieu de **lutte contre l'isolement** des plus fragiles : « Donc oui on peut rencontrer des mamans, et discuter avec les mamans au sujet des enfants qui sont là, des personnes âgées euh... qui souvent peuvent être en manque de contact chez elles et on... pour lesquelles on ressent bien le besoin d'échanger avec toute personne à disposition. »(E2). Elle devenait un lieu de **renforcement des liens communautaires** : « ça permettrait de faire du lien effectivement avec des gens et de les rapprocher un peu plus (...) ça pourrait être pas mal pour certaines personnes qui sont

complètement isolées d'avoir des contacts en plus »(E4).

B.3.2 - Lieu de soin

Cet espace d'attente était perçu comme un **lieu de soin** : « *c'est un endroit où on va, dans l'objectif de prendre soin de soi, euh... de se soigner etc... »(E3), un espace **médicalisé** : « *on se retrouve dans un milieu où vraiment le truc médical quoi... vraiment le... dans l'ambiance où en fait on n'aime pas... »(E7), faisant **partie du rendez-vous** médical : « *C'est à dire que c'est quelque chose qui fait partie de la prise en charge »(E1). Les **messages transmis** en salle d'attente appartenaient à la **parole du médecin** : « *Donc tu l'affiches sur ton lieu de salle d'attente, c'est pareil que ce que tu dis à tes patients dans la consultation pour moi. C'est le message du médecin à son patient en soi dans la salle d'attente ou pendant la consultation c'est la même chose. »(FG10). L'affichage en salle d'attente était le **reflet de la pensée médicale** : « *FG9 : ça montre que t'as un certain jugement aussi vis-à-vis des avis des autres...c'est dire « moi je pense ça et si vous ne pensez pas ça bin... » FG10 : C'est même pas « moi je pense ça », c'est « ça c'est la bonne réponse » si tu l'affiches dans ta salle d'attente. ».*****

Le médecin était une **figure universelle** : « *c'est souvent porté par des figures qui ne sont pas universelles, pas comme le médecin. »(E1). Sa **parole** diffusait donc un message à **grande échelle** : « *le médecin généraliste à sûrement dans sa salle d'attente un panel plus large de population c'est sûrement euh... dans des endroits de passage comme ça où (...) Voilà qu'on peut toucher le plus large »(E3). Le médecin était une **figure d'autorité** : « *Parce qu'il y a aussi une belle vision du médecin, un peu d'autorité »(FG7), sa parole était un **avis d'expert** : « *on a tous à un moment donné besoin de l'avis d'un expert »(E4). Certains évoquaient même un **rapport de hiérarchie** : « *Mais clairement y a quand même un rapport de force et puis c'est un rapport de force médical. »(FG10), une **emprise du médecin** sur son patient : « *Quand le patient va chez son médecin, d'office t'as une emprise sur lui »(FG10). Le médecin ne devait **pas donner son opinion** politique ou sur les enjeux de société car il risquait d'**influencer** son patient: « *je trouve qu'on est professionnel de santé, il faut parler de santé, parce que si je commence à donner mes opinions politiques (...) le médecin a quand même une... une influence sur son patient donc aller imposer ses idées écologiques ou politiques, ça n'a pas du tout sa place quoi. »(FG10). Le médecin **ne devait pas sortir de son champ d'expertise** : « *Si y a plus de lien avec la médecine j'trouve que ça... t'es pas là pour imposer non plus tes idées à ta patientèle. »(FG9).********

Dans cette optique l'**affichage en salle d'attente** ne devait pas **imposer d'idées** : « *tu le reçois dans ta salle d'attente tu ne peux pas commencer à lui imposer des idées... 'fin t'as pas à lui parler de ça quoi.* »(FG10). Mais la **différence entre imposer une idée et informer** sur cette idée était mise en exergue : « *faut faire la différence... j'impose et j'informe quoi !* »(FG7). Le médecin devait **éduquer les patients au bien-être** : « *J pense qu'on peut essayer d'éduquer les patients sans parler de voter pour machin ou truc... On peut essayer de les sensibiliser à l'importance que ça a aussi pour leur santé.* »(FG6). En ce sens il était **légitime dans la transmission d'information**, si c'était fait avec **bienveillance** : « *il te propose, dans la bienveillance de faire le geste (...) parce que c'est ceux qui par leur métier, ils s'intéressent à ta santé, et que du coup, ils pourraient aussi s'ils avaient l'opportunité, je pense, de renseigner* »(E1) et dans le **respect des positions de chacun** : « *il faudra juste, suivre une position je pense, soit faire attention à l'égoïsme, soit rester sur ses positions et accepter que tout le monde ne puisse pas y adhérer et ne puisse pas se servir du coup de ce que nous lui proposons... je pense mais, la légitimité, oui, évidemment, je pense... carrément.* »(E4). Utiliser le soin à l'autre pour véhiculer des informations semblait **légitime** : « *effectivement à un moment donné, c'est légitime je pense pour le soin médical (...) de véhiculer euh... d'autres choses et du débat et d'instaurer du lien entre les personnes.* »(E4).

L'**écologie** semblait pour certains assimilable à un **enjeu de santé publique** : « *l'écologie c'est quand même... ça peut être très large mais ça peut aussi être lié à la santé* »(FG6) ainsi elle pouvait tout à fait trouver sa **place dans un discours de soin** : « *Non mais pour moi on peut parler de l'écologie dans un rapport de soin hein.* »(FG6). Ce d'autant que la parole médicale donnerait de l'**ampleur au message** : « *sensibiliser les gens à l'écologie, l'agro-alimentaire, et les problèmes alimentaires, et tout ça, ça pourrait être pertinent et avoir surtout un impact d'écoute intéressant, par la légitimité du lieu, et du métier que porte le médecin.* »(E1). Mais le médecin n'était **pas formé sur l'écologie** donc **illégitime** dans ce discours : « *c'est pas ton rôle de parler d'écologie et si toi t'es dans le domaine médical, t'as fait des études médicales* »(FG10). De même il n'était **pas formé aux renseignements culturels** et donc **inefficace** dans ses conseils : « *Bien évidemment, c'est pas son métier. Donc il te propose, dans la bienveillance de faire le geste, mais qui finalement euh... Voilà ça donne le résultat.... Voilà ça, de pas vraiment adapté* »(E1). Ainsi les interviewés ont questionné la **légitimité du médecin dans la transmission d'informations hors de son champs d'expertise** : « *un médecin a quoi comme formation en écologie par exemple ? à peu près rien. Donc pourquoi est-ce qu'il a une meilleure opinion que son patient dans le domaine de l'écologie ?(...)* Si tu commences à parler de choses pour lesquelles t'es pas formé pourquoi t'as une meilleure opinion que le patient alors ?(...) j pense que t'as pas l'autorité pour le faire. »(FG10), le **rôle du médecin dans l'éducation à la santé dans son sens le plus large** : « *FG8 : C'est pas les parents ça ? c'est pas du domaine des parents de faire ça ? FG6 : Les parents ?*

bin... pfff... y a plein de parents qui n'ont pas non plus accès à cette information là tu vois, je me dis ça peut permettre juste de dire euh... voilà moi je suis là pour votre santé mais, il y a d'autres choses à côté qui sont aussi importantes pour votre santé », ou encore **la limite du soin à l'autre**: « FG10 : Alors où est la frontière de dire à ton patient « moi je vote à gauche, votez à gauche aussi. » tu vois ? FG6 : Mais non. Ça n'a rien à voir avec la politique l'écologie... ça a rien à voir avec la politique... FG10 : Bin si, c'est une question d'opinion... ». **Le rôle du médecin dans les questions de société semblait donc difficile à définir pour certains** : « Mais je trouve... enfin j'essaie de cadrer le rôle du médecin tu vois ? » (FG10), quand **pour d'autres il était clair** : « je pense que dans la salle d'attente, y a largement moyen d'ouvrir (...) je pense qu'il y a des sujets qu'on peut intégrer quoi ! Y a des sujets qui sont possibles de... voilà ! ouvrir un peu le débat... voilà ! Proposer aux gens quelque chose » (FG6).

B.3.3 - Lieu à exploiter

L'espace de la salle d'attente était un lieu où **beaucoup restait à faire** : « Y a... beaucoup à faire sur les salles d'attente en général. » (FG1). Des efforts **en terme de confort** étaient espérés : « Donc je pense qu'en terme de confort et de... et d'esthétisme, il y a effectivement beaucoup de progrès à faire » (E3). Les interviewés évoquaient des efforts en terme d'**offre de divertissement** : « On pourrait mettre des... des choses pour s'occuper » (FG1). Ils évoquaient aussi le fait que cet espace soit un **lieu de diversité et une opportunité à exploiter** : « La proximité (...) je pense que c'est intéressant, que ça existe. Euh... c'est une occasion à prendre... » (E3).

B.3.4 - Lieu de silence

La salle d'attente apparaissait comme un lieu de **silence imposé** : « c'est toujours des endroits où on cherche toujours de faire un certain silence pour le respect de l'autre » (E1). Comme si ce silence était une **règle tacite** : « chez des généralistes, on attend notre tour et on ne parle pas » (E5). Il était vécu comme **pesant** : « Parce que c'est assez pesant ces relations où tu... du silence et on s'évite » (E4), et à l'origine d'un **malaise** : « FG7 : Silence d'église. FG9 : Le malaise est palpable. ». Ce silence était pour d'autres un **élément agréable** : « Ça peut être de rester dans le silence (...) qui peut être agréable et intellectuellement stimulant. » (E2).

Ce silence était **justifié par la promiscuité** du lieu : « la proximité elle aide pas vraiment... on n'a pas non plus envie de déranger les gens qui sont en consultation, qui sont à côté si on fait du bruit » (E4), par le **manque d'intimité** : « Voilà c'est vrai que des vraies conversations euh... c'est

un peu plus compliqué parce qu'il y a pas effectivement, il n'y a aucune intimité »(E3), par la **structure du cabinet** : « il y a une seule porte qui divise cet espace, ou en tout cas un petit couloir, donc on est assez proche, c'est pas hyper discret ou isolé, parce que la porte est toujours ouverte. »(E1). Tous évoquaient la **crainte du jugement de l'autre**: « T'as peur que les autres se demandent pourquoi t'es là ? »(FG6).

Ce silence était décrit comme une **marque de respect** : « faire un certain silence pour le respect de l'autre »(E1), de **respect du médecin** : « on interagit pas, parce qu'il y a du respect pour le lieu, pour la motivation du lieu »(E1) **et de son travail** : « le médecin est de l'autre côté en train de faire sa consultation donc on essaye de respecter un peu le silence pour le travail qui se passe à côté. »(E3). La notion de silence semblait associée au **secret médical** : « Moi je l'explique parce que j'sais pas... tu vas chez le médecin c'est déjà... c'est quelque chose qui est secret en fait. »(FG8).

L'**état émotionnel** dû aux motifs de consultation était aussi une explication de ce silence : « l'appréhension peut être ? l'appréhension (...) Je pense que c'est dû à ça »(E7). L'**évolution individualiste de la société** a aussi été évoquée comme explication : « Je pense aussi depuis quelques années on est devenus beaucoup plus égoïstes mais euh (...) on est bloqués dans ses propres pensées. »(E5), « c'est...une évolution de la société qui fait ça. »(E6).

Enfin ce silence semblait imposé **par les règles de « savoir vivre » inculquées depuis l'enfance** : « vois les mamans avec les enfants, qui dès qu'ils commencent à faire du bruit, elles font « chut ! » Aux enfants « Ben tu te calmes, il faut faire doucement ! » »(E1). Et cette notion semblait s'étendre **au delà de nos frontières** : « Depuis toute la vie et dans tous les pays où j'ai habité... Ça a toujours été le cas. Donc c'est un endroit où on attend dans le silence et dans le respect de l'autre »(E1).

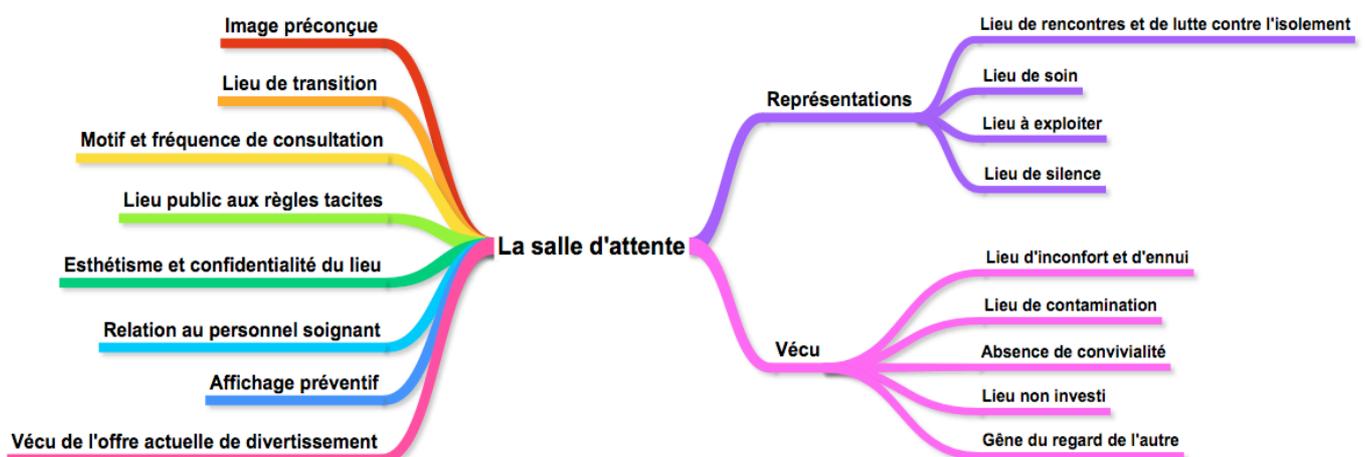


Figure 3 : La salle d'attente.

C - Mixité sociale en salle d'attente

La mixité sociale en cabinet de médecine générale était une **évidence** pour tous : « *la mixité elle est de fait. Euh... c'est une évidence.* »(E2). Elle était **visible** pour la plupart : « *c'est vrai que c'est visible dans les salles d'attente. Euh... effectivement qu'il y a tous les âges, tous les horizons* »(E3). Certains l'apparentaient à quelque chose de **naturel** : « *Et ben moi je trouve ça tellement naturel quoi !* »(FG7), à quelque chose de **normal** : « *C'est tout à fait normal !* »(FG9). Elle était pourtant **non conscientisée** : « *C'est intéressant parce que je... j'avais jamais réfléchi à ça* »(E1). La question **perturbait** les interviewés : « *enfin c'est une salle d'attente quoi ! C'est une salle d'attente ! T'as pas... je vois pas pourquoi on devrait même parler de mixité sociale (...) Juste si tu te poses la question je te dis ça me gêne déjà* »(FG7).

La présence de **plusieurs médecins** semblait **augmenter** la mixité sociale : « *il y a 1 médecin ou 2 médecins euh... dans le même lieu c'est évident qu'on croise dans ce lieu là toute la... tous types de personnes qui habitent dans cette zone* »(E2). La **situation géographique** du cabinet semblait **sélectionner la patientèle** : « *ça dépend les lieux où tu es, le médecin où je vais, il est dans un quartier assez étudiant donc c'est beaucoup de jeunes en fait, très peu de personnes âgées* »(E4), et **limiter la mixité** : « *suivant le... l'endroit où se trouve le cabinet, on cible un quartier plus qu'un autre, donc, peut être que, ça limite plus.* »(E2). Le **type d'activité** pratiquée par le médecin **sélectionnait** la patientèle et en **limitait la mixité** : « *peut être pas chez tous les médecins. Chez mon médecin acupuncteur et homéopathe (...) disons qu'elle reste à un certain niveau quand même. Mais par contre (...) je pense que Dr. X a toujours été quelqu'un qui... qui a eu cette grande mixité sociale hein, dans sa salle d'attente.* »(E6).

La mixité sociale n'était **pas vécue comme un problème** : « *le fait de croiser tout type de personnes euh... Ça ne me pose aucun problème.* »(E2). Elle pouvait même être considérée comme une **opportunité** : « *je pense que c'est intéressant, que ça existe. Euh... C'est une occasion à prendre...* »(E3), certains la vivaient comme un **point positif** : « *J'ai passé beaucoup de temps dans une banlieue multiculturelle, multi-ethnique et euh... c'est vrai les salles d'attente c'était euh... on pouvait bavarder, on pouvait voir des gens... Je pense que c'est bien.* »(E5). Tous s'accordaient à trouver la mixité sociale **représentative de notre société** : « *c'est représentatif de la société, tout le monde va chez le médecin, donc c'est normal qu'il y ait tout le monde dans la salle d'attente* »(E4). Et pour certains la différence était une **forme de beauté** : « *je trouve la différence c'est magnifique* »(FG7).

La mixité sociale permettait la rencontre de gens qui **ne se côtoient pas en temps normal** : « je trouve que c'est bien parce qu'on a... pour beaucoup de gens, ils ne voient pas... ils n'ont pas des opportunités d'être avec des personnes un peu différentes. »(E5). Elle donnait l'**opportunité de rencontrer** les gens et **d'ouvrir** l'échange : « dans une salle d'attente tu as des gens de... de... qui sont, qui sont issus de... de tous les milieux sociaux... de... de toutes les professions donc euh, c'est intéressant. »(E6). Mais surtout elle **confrontait** les gens à d'**autres réalités** : « Je pense que ça permet de se confronter à des univers auxquels on n'est pas confronté dans la vie de tous les jours »(FG9). Elle ouvrait les yeux sur **d'autres difficultés** : « Se rendre compte qu'il y a des différences et différents modes de vie qu'on ne veut pas avoir »(FG6). Elle était **inoffensive** et permettait de **mieux comprendre l'autre** : « Ça permet de faire comprendre à certains que c'est pas aussi facile, pour d'autres. S'ils arrivent à le comprendre »(E6). Cette confrontation semblait nécessaire à **l'éducation de notre société** : « je pense que c'est absolument nécessaire d'être confronté sans arrêt à tous les problèmes autour et tout ce qui se passe hein. Tu sais quand tu regardes (...) il faut quand même qu'il y ait certaines personnes qui se rendent compte que ça existe encore ! Et je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne le réalisent pas »(E6). Selon certains la différence devait être **accompagnée et expliquée** aux gens qui y sont confrontés : « Moi je crois qu'il faut... qu'il faut l'expliquer. Enfin le... euh, de même que le... que la couleur de la peau, tout ça, ça fait partie des êtres humains qui sont là, qui vivent là, qui... bon, c'est comme ça. Au moins le savoir, les connaître. »(E6). Ce d'autant que la mixité sociale semblait **disparaître des lieux d'éducation** : « y a des endroits où on n'a pas fait l'effort de préserver cette mixité et où il y a un tel pourcentage d'enfants à problème et même à la limite d'enfants délinquants »(E6). Cette évolution était **regrettable** pour beaucoup : « c'est tellement... malheureux qu'on arrive à se dire que c'est positif d'être mélangé avec des gens qu'on n'a pas l'habitude de fréquenter »(FG9).

Les différences culturelles pouvaient être une **limite à l'impact** ou à **l'accès aux messages** transmis en salle d'attente : « je pense qu'ils se sentiraient juste pas concernés du tout (...) accepter que tout le monde ne puisse pas y adhérer et ne puisse pas se servir du coup de ce que nous lui proposons... »(E4). Ainsi la mixité sociale imposait **de s'astreindre à toucher le plus grand nombre** : « Donc il faut que tout le monde puisse s'y retrouver et s'y reconnaître quoi (...) mais c'est pertinent. »(E4). La façon la plus simple d'atteindre tout le monde, semblait être de **laisser chacun s'exprimer** et transmettre ce qu'il jugeait nécessaire : « pour ça, bin le meilleur moyen c'est de laisser les gens proposer, faire, ils savent mieux que nous en fait... ce qui leur correspond, ce qui leur convient »(E4), ou de **varier les messages** afin que tous puissent s'y retrouver : « FG4 : recouvrir l'ensemble de la population parce que... même sans parler de... voilà niveau social enfin... un ado n'a pas envie de la même chose qu'un adulte que... un enfant...FG3 : Cibler en fonction de euh... des tranches d'âge... ou voilà !... ».

Enfin la mixité sociale était une source **d'inconfort** pour certains : « moi j'ai conscience que c'est normal, c'est pas pour autant que c'est toujours confortable »(FG6), parfois même de **gêne** : « Alors si t'es à côté de quelqu'un qui a pas d'argent ou qui pue, ça gêne ?! »(FG10). Pour certains cette mixité était simplement **imposée** : « t'as pas le choix mais par contre je dis, je vois pas l'intérêt. »(FG10) et ne présentait **aucun intérêt** : « La mixité c'est pas évident pour tout le monde et je ne sais pas si tout le monde y trouve euh... quelque chose d'enrichissant ou une occasion de... d'apprendre des choses. »(E3). Elle heurtait même parfois les **limites de leur tolérance**: « Le seul problème pour moi concernant la mixité sociale, c'est que... qu'il y ait une femme enturbannée, avec un type à côté... qui l'accompagne, qui l'escorte. Voilà. Pour moi c'est insupportable. »(E7). Parfois les différences **mettaient en difficulté** : « je me suis retrouvée devant une telle misère (...) je me disais « mais t'es dégueulasse quand même de pas vouloir les » ... c'était pas de ne pas vouloir leur parler ou quoi, mais j'ai pas su comment faire. »(E6), ou qu'elle faisait **peur** : « t'as des gens qui sont propres sur eux-mêmes, et puis ils sont super stressés parce qu'autour d'eux c'est différent ! »(FG8). Certains trouvaient simplement que la différence était un **frein aux échanges** : « La mamette ou le papy qui a envie de papoter, ben là oui. Mais je suis désolée la famille de manouches qui arrive là, qui sont 15, qui se croient tout permis... »(FG3). D'autres étaient tellement dérangés qu'ils **refusaient de se mélanger** : « FG1 : Il faut dire les choses, moi je mélange pas les...FG4 : les torchons et les serviettes FG1 : Ouais... FG8 : Ben oui c'est... c'est vrai ! Enfin c'est complètement vrai ! Ya des gens qui se mélangent pas ! ». L'évolution **individualiste de la société** a été évoquée comme une explication au **refus** des gens de **voir les difficultés d'autrui** : « il y a des tas de gens qui ne veulent pas entendre que certaines personnes ne peuvent pas se soigner (...) Ils veulent pas l'entendre. Parce que, parce qu'ils sont devenus très égoïstes (...) il y en a beaucoup beaucoup qui oublient ça, qui oublient que, il y a des gens dans la peine. »(E6).

D - Représentation et place de la culture dans la société

D.1 - Représentation et lieu commun sur la culture

Aucune définition consensuelle n'a été établie, la culture appartenait à **tous** : « *on parle de culture donc de quelque chose qui est de... de... à tout le monde.* »(E1), elle était de **sens multiples** et en **toute chose** : « *Tout ! Culture familiale, culture institutionnelle, culture ethnique, culture religieuse, culture... la culture y en a partout* »(E4). La culture était une forme d'**enrichissement** : « *ça peut être que de la richesse.* »(E2), c'était une forme d'**aide** et de **nourriture de l'esprit** : « *Et ben ce serait intéressant, très intéressant, justement (...) parce que ça aiderait à nourrir euh... les gens* »(E1). La culture était un **plaisir** qui nécessitait de **percevoir autrement l'enrichissement personnel** : « *la culture c'est quelque chose qui sédimente, qui fait de la sédimentation dans le cerveau. Plus lentement mais qui a aussi cette euh... Ce côté enrichissant (...) Des choses qui ne sont pas, voilà, soient liées à la consommation* »(E1). Elle était une forme d'**ouverture sur le monde** : « *En tout cas ça peut effectivement être une ouverture bien sûr.* »(E2), une autre manière de **percevoir ce qui nous entoure** : « *Mais ça serait une nourrir, sur ce qui se passe autour de soi* »(E1). Le plaisir lié à la culture était fait pour se **partager** : « *une performance, une œuvre littéraire, c'est des choses qui ont été faites pour partager un plaisir* »(E1), était un **vecteur d'échanges** : « *Justement parce que ça pourrait générer des échanges de savoir et de ressentis aussi donc un échange humain réel.* »(E1), car tout le monde l'abordait d'une manière **subjective** et développait une **opinion** : « *Après ça devient subjectif, c'est son point de vue* »(E1). **Chaque milieu** : « *on a pas tous la même façon d'être éduqués ou d'avoir grandi, on n'a pas tous grandi aux mêmes endroits donc la culture de la rue, la culture de la campagne* »(E4), **chaque génération** avait sa **propre notion de la culture** : « *Ou même si c'est quelque chose d'hyper contemporain ou hyper lié à un âge comme les adolescents.* »(E1). La culture n'était donc **pas** considérée comme **consensuelle** : « *je pense que ça ne va pas toucher tout le monde parce que on n'a pas tous, on n'est pas tous partis avec les mêmes choses* »(E4). Se **cultiver** résidait dans le fait d'**apprendre de nouvelles informations** : « *j'en reviens avec une information que avant j'avais pas... Donc je me cultive* »(E1), d'apprendre à **voir le beau** : « *C'est une éducation de l'œil à ce qui est beau, et c'est déjà pas mal hein, parce qu'on voit suffisamment d'horreurs hein...* »(E6). Mais surtout se cultiver s'apparentait à **prendre soin de soi** : « *culturel dans le sens de prendre soin de soi-même. Parce que prendre soin c'est aussi bien la tête que le corps (...) « un esprit sain dans un corps sain »* »(E5).

D.2 - Place de la culture dans notre société

La culture ne semblait **pas accessible à tous** : « *des choses de la culture, auxquelles par exemple des gens qui ont très peu de moyens n'ont pas forcément l'occasion de...* »(E3). Un sentiment de **regret** était exprimé face à ce manque d'accessibilité : « *Mais qui malheureusement n'arrive pas à tout le monde souvent.* »(E1). Les interviewés notaient un **décalage entre volonté de société et réalité** : « *En France, heureusement, il y a des activités (...) pour rendre la culture accessible à tout le monde, mais ce n'est pas la réalité.* »(E1). Certains **lieux communs** ont été évoqués, notamment **l'accès à la culture difficile** pour les populations **défavorisées** : « *On a la tendance, je suppose, à partir dans notre réflexion, toujours par les catégories plus défavorisées* »(E1). La culture essentiellement **accessible aux riches** : « *je pense que l'accès à la culture c'est quand même un truc de riches. 'fin on va pas... faire semblant quoi.* »(FG8). L'accès à la culture semblait **difficile à généraliser** : « *Mais c'est vrai qu'on a de la difficulté à toucher la majorité des gens possibles...* »(E1). Car les **différences** entre les gens étaient de **plusieurs natures** : « *différentes au niveau des possibilités, de l'échelle sociale. Mais c'est aussi vraiment différent au niveau des pratiques dont notamment il y a des quartiers prioritaires où la femme elle ne peut pas sortir de la maison toute seule (...) Et donc tu te dis « comment je peux arriver avec de la culture chez eux ? »* »(E1). Ces différences socio-culturelles **complicquaient le partage ou l'échange** autour de la culture : « *Je ne savais pas.(...) Même pour partager la plus petite culture. Quand les différences sont trop grandes...* »(E6). L'**absence d'éducation** à la culture **inhibait la curiosité** et en **dé légitimait l'accès** : « *y a des gens qui n'ont pas été stimulés plus jeunes et qui sont pas curieux d'aller voir ce qui se passe ailleurs... qui vont pas se sentir légitimes à aller voir une pièce de théâtre ou aller voir la Joconde au Louvre quoi.* »(E4). La culture représentait un élément **indispensable à l'intégration sociale** : « *culture ça veut dire aussi intégration dans un tissu social* »(E1). L'accès culturel offrait aux générations futures la possibilité de **s'intégrer** : « *D'élever des générations avec euh.... un... les rêves dans la tête, que c'est plus un rêve, mais que c'est une possibilité réelle de s'intégrer...* »(E1).

Accentuer l'accès à la culture pouvait avoir pour objectif d'**estomper les inégalités** : « *essayer de rééquilibrer les choses et de faire en sorte que la population qui y a le moins accès puisse y avoir accès au même titre que d'autres* »(E4). Le développement de l'accès à la culture débutait par **l'information sur l'offre existante** : « *La première façon, c'est de leur parler de ce qu'il existe comme offre culturelle* »(E1). Actuellement l'accès à la culture semblait **limité par le manque d'information** : « *on y a pas spécialement accès, soit parce qu'on ne les connaît pas* »(E1), limité par **l'isolement social** : « *on y a pas spécialement accès (...) soit parce qu'on se sent seul, et on a pas le courage d'aller intégrer des réseaux qui existent déjà* »(E1). La culture

restait un moyen de **rapprocher** les individus : « *la culture c'est quelque chose (...) potentiel de comment tu disais ?... de rapprochement...* »(E1). Parfois, les **échanges culturels** amenant à côtoyer la différence pouvaient amener à **questionner sa propre culture** : « *ça permet effectivement à un moment donné d'appréhender les différences (...) ça amène à un moment donné aussi une réflexion et un travail de réflexion et de mise à distance un petit peu aussi de sa propre culture* »(E4).

Au cours de ces réflexions, une **opposition entre culture et consommation** a émergé. Interpeller les gens par l'art semblait **plus difficile que pour la consommation** : « *C'est un des premiers vecteurs d'échange la culture (...) Pas plus malheureusement que le commerce, j'allais dire... En réalité non ? Parce que le commerce c'est facile c'est pour ça que les publicités et la consommation ça marche* »(E1). Le **plaisir** lié à la consommation était **immédiat et facile** : « *la consommation ça marche vite. Parce que c'est (claquement de doigts) voilà c'est un bien-être qui est là tout de suite, là maintenant, je consomme vite* »(E1). Par opposition le **plaisir** lié à la culture était un **bien-être différé** : « *la culture c'est quelque chose qui sédimente, qui fait de la sédimentation dans le cerveau... Plus lentement* »(E1). Ce bien-être **nécessitait une implication** de l'individu : « *Il faut s'impliquer plus (...) il faut toujours s'impliquer, et les gens ils sont euh... paresseux* »(E1). Se cultiver demandait **une forme de travail** : « *ça amène à un moment donné aussi une réflexion et un travail de réflexion .* »(E4). Or notre société semblait **préférer les plaisirs faciles** : « *On est tous très paresseux quoi, donc moins de fatigue on fait dans la vie, et plus on est bien quoi. Parce que, voilà, le bonheur arrive et on a rien à faire.* »(E1). Cette **tendance générale à la facilité** semblait **diminuer l'attrait** pour la culture : « *Donc quand il faut s'impliquer, c'est là que ça devient un peu plus fatiguant et on est... et la culture est... Voilà.* »(E1).

III. 2 - Nouvelles perspectives pour la salle d'attente

A - Idéalisation de la salle d'attente

A.1 - Les facteurs influençant l'idéalisation

L'imagination des interviewés reposait essentiellement sur ce qu'ils **connaissaient** : « *je fais en regard de la salle d'attente de mon dentiste où j'étais il y a 2 jours* »(E5), aussi ils limitaient leur imagination à des situations qu'ils avaient rencontrées : « *Je trouve que c'est bien, je n'ai pas suffisamment de représentations pour savoir* »(E7).

L'**image du cabinet médical** était aussi un frein à l'idéalisation : « *Mais si je pense aux cabinets généralistes (...) J'arrive pas à imaginer qu'est-ce qu'il pourrait y avoir autour* »(E1). Les interviewés avaient tous tendance à **relativiser l'importance** de la salle d'attente au profit de l'espace de consultation : « *Du temps qu'il y a un espace à un moment donné pour le médecin et son patient, en fait au final après on s'en fiche...* »(E4).

L'existence d'une **image préconçue** de la salle d'attente limitait l'imaginaire : « *je n'arrive pas encore à imaginer qu'est-ce que... Et là, la question est tombée, comme ça, j'arrive pas à imaginer comment ça peut... Pourrait être investi mais... Je ne sais pas vraiment* »(E1). La salle d'attente devait correspondre à leur représentation d'un **lieu « sain »** : « *en gros voilà, propre, rangé, un peu design* »(E4), à leur image d'un **lieu « médical »** : « *assez épuré aussi, 'fin voilà, pas trop de bibelots, pas trop de choses, 'fin parce que ça prend la poussière pour les allergies, 'fin vraiment le truc qui fait euh... médicinal.* »(E4). Pour certains il était impossible de **dissocier la salle d'attente de la notion de soin** : « *Vraiment là, sur le coup, je n'arrive pas à dissocier l'endroit de sa fonction.* »(E1). Imaginer une **nouvelle utilisation** de l'espace salle d'attente ne pouvait être envisagé qu'en préservant sa **fonction de soin** : « *Alors, je ne m'imagine pas à priori, que ça puisse être un espace dont l'utilité est complètement déconnectée de ce pour quoi on y vient (...) je l'imagine en lien avec le domaine médical. Prévention, information, euh... accompagnement, mais en lien avec le milieu médical.* »(E6). Dissocier la salle d'attente de la **conception actuelle de l'attente** entraînait une **perturbation des représentations** : « *Je ne m'imagine... enfin, je ne me suis jamais projetée aller dans la salle d'attente d'un médecin pour y faire autre chose que d'attendre d'y être reçue.* »(E1). Une salle où l'on faisait **autre chose que d'attendre** ne pouvait **plus être une salle d'attente** : « *Alors à ce moment là ça devient autre chose qu'une salle d'attente.*

*C'est plus une salle d'attente (...) Alors ça devient autre chose »(E3). Et parfois cette idée pouvait être **dérangante** : « Surtout dans un cabinet médical, je pense qu'à un moment donné, peut être que ça pourrait déranger certains. Moi ça me dérangerait. »(E4). Ainsi envisager une activité non médicale en salle d'attente entraînait une **redéfinition du lieu** : « Ce ne serait plus seulement le cabinet du médecin, mais ce serait aussi le lieu où je vais chez le coiffeur (...) ce lieu pourrait s'habiter et cet espace aussi (...) avec d'autres choses, et prendre comme tu dis un emploi différent. »(E1). Ce questionnement semblait **difficile à cerner** car loin des représentations : « c'est une question que je ne me suis jamais posée. Ce qui fait que... que pour moi là maintenant c'est un peu difficile à imaginer. »(E6). L'**absence de bonne réponse** était parfois perturbante : « Nan, euh oui, c'est pas la bonne réponse, ou pas c'est si ça répond ou pas (...) Je ne sais pas si j'arrive à imaginer. Voyons si j'ai bien compris la question »(E1).*

La **situation personnelle** des interviewés semblait influencer leur idéalisation de cet espace : « il faut le contextualiser aussi... C'est à dire euh... Tu le demandes à moi, qui me retrouve dans une situation actuelle de ma vie, qui ne me permettrait pas de pouvoir bénéficier, par exemple, euh... de services autres où je puisse investir de l'argent. »(E1), leurs **habitudes de vie** aussi : « c'est le chef d'entreprise qui parle parce que j'aime pas le temps gaspillé de rester assis dans une salle d'attente sans exercer mon boulot ou apprendre quelque chose »(E5). Les perspectives semblaient **varier avec l'âge** : « je suis à un âge où j'ai moins... c'est moins bénéfique pour moi d'avoir ces échanges 30 ou 40 années de là, pouvoir... bavarder, comprendre un peu plus les autres cultures, oui ça aurait été utile. »(E5).

L' idéalisation de la salle d'attente se limitait à des **considérations pratiques, coût financier** : « Les sièges massants ça a un coût (...) donc on peut comprendre que tout le monde ne puisse pas investir »(FG4), **gestion de l'espace** : « Il faudrait que le cabinet soit... soit déjà super grand. Ce qui à mon avis est assez exceptionnel dans les cabinets de médecine générale. Souvent c'est tout petit. »(FG5), **risque de dégradations** : « bon tout le monde n'est pas prêt à respecter »(E6), peur de la **gestion du temps** : « tu occupes ton temps à faire des démarches administratives. Et puis là le médecin veut te prendre, qu'est-ce que tu fais ? Tu lui dis « Non excusez-moi je suis avec ma banque. » Et alors du coup il va prendre quelqu'un d'autre »(FG5), peur de la gestion du **secret médical** : « Et puis y a le côté secret médical. »(FG4) et question sur la **consensualité** des choix : « par contre si on met... de la musique... voilà... seulement on n'aime probablement pas la même musique... c'est difficile. »(E6). La notion de **contamination** était aussi un facteur limitant les possibilités en salle d'attente : « une tierce personne pour nous aider. Cette personne là, elle est quand même exposée à des gens malades »(E3).

L' idéalisation de cet espace a soulevé un questionnement sur le **jugement de la population** qui considère que le médecin doit rester **proche des gens**, ce qui ne correspondait pas à une image de luxe : « FG8 : tu te dis « bin le médecin il a mis ses consultes à 55€ quoi pour faire une salle d'attente avec une PlayStation... » 'fin voilà quoi. (...) je trouve qu'il y a une connotation un peu (...) je trouverais ça trop bizarre quoi. D'arriver avec un écran plat dans un... même si il y a des pubs genre de prévention dessus je me dirais euh.... Ok quoi. FG7 : Il a les moyens quoi. »

Enfin l'imagination d'une salle d'attente parfaite était limitée par la question de la **légitimité de ce lieu** : « est-ce que il faut donner des intérêts à la salle d'attente, je n'sais pas... L'intérêt à donner c'est de supprimer cette salle d'attente et que les rdv aient lieu tout de suite quoi. »(FG10).

A.2 - La salle d'attente idéale

L'**esthétisme** de la salle d'attente semblait extrêmement important : « Qui soit jolie. (...) Une salle d'attente belle c'est une salle d'attente avec des belles couleurs, gaies »(E7). Elle devait être **moderne** pour certains : « si je rentre dans un endroit où il y a des vieilles chaises... des vieux trucs C'est pas... c'est pas agréable »(E6). L'**atmosphère** devait y être **accueillante** : « J'aimerais que ça soit un endroit propre et accueillant. »(E1), l'**ambiance apaisante** : « mettre des (...) couleurs euh... taupe, du vert euh... je sais pas quoi... des trucs apaisants. »(FG5). Elle devait véhiculer l'**image d'un lieu de repos** : « il faut un environnement où il faut être (...) être relax et euh... reposé quoi »(E5), où l'on se **sentait bien** : « Et oui une salle d'attente plaisante, agréable quoi. Un endroit où on est bien quoi. »(E7). La salle d'attente idéale était **lumineuse** : « il y avait pas mal de lumière donc il y avait une ambiance qui était plutôt agréable »(E5). Et un accent important était porté sur la **propreté** : « je pense que c'est très important d'avoir quelque chose qui fait vraiment propre. Qui fait hygiénique, pas stérile pour le coup, mais, limite. »(E6), qui s'assimilait entre autres à un **espace rangé** : « j'apprécie le fait que ce soit bien propre, bien rangé. »(E4), ou à la mise à disposition de **désinfectant** : « des distributeurs d'Anios ! »(FG5).

Le **confort** était un élément fondamental : « Donc je pense qu'en terme de confort (...) il y a effectivement beaucoup de progrès à faire. »(E3). Notamment en **terme d'assises** : « mettre plutôt des fauteuils que des chaises dures et inconfortables »(E3). La présence de **plantes** augmentait le confort du lieu : « aussi quelque chose de confortable, à savoir, qu'il est là euh.... Des plantes vertes et des fleurs. Des choses vivantes. »(E1). L'idée de **sièges massants** est revenue à plusieurs reprises : « Des sièges massants tiens ! »(FG2). L'élément majeur de la sensation de confort était que la salle d'attente soit **spacieuse**, en offrant une **superficie adaptée** au nombre de patients :

« essayer d'imaginer le nombre de patients qui peuvent se croiser à cet endroit là et faire un espace qui est suffisamment grand pour que chacun s'y sente à l'aise »(E3), le **moins de monde possible** présent en même temps : « le moins de monde possible autour de toi (...) c'est plus rassurant quand il n'y a pas de monde »(E1). La **musique** augmentait aussi le confort de cette salle d'attente idéale : « Peut-être justement avec euh... De la jolie musique qui passe »(E1). La possibilité d'une **offre de boissons** était citée à de multiples reprises : « avoir un coin avec une boisson chaude, on peut imaginer un sachet de thé et de l'eau bouillante »(E2), à minima un **accès à l'eau** : « ne serait-ce qu'une fontaine d'eau, pour pouvoir boire un verre d'eau »(E3). La salle d'attente idéale comprenait des **lieux d'aisance proches** : « Un toilette et une salle de bain proches »(E1), **isolés** : « l'intimité mise à disposition par les toilettes du cabinet »(E3), et **adaptés à tous** : « mettre des (...) toilettes handicapés, »(FG5). Elle comprenait une **offre d'occupation pour les enfants** : « des espaces pour enfants dans les... qui sont bien faits avec des petites chaises, des petits trucs des jouets pour les enfants, »(E6). Elle proposait aussi une **offre de divertissements** tels que des **ateliers créatifs** : « une salle d'attente qui serve euh... je sais pas moi, d'atelier tricot »(E2), des accès à **l'art** : « par exemple dans la salle d'attente on peut avoir une exposition de peinture par exemple, ce que je disais une bibliothèque »(E6), des **activités sportives** : « oui pourquoi pas, une salle de gym »(E6) **ou encore** : « FG5 : Un babyfoot. FG2 : Du vélo (rires) Je rigole ! FG1 : Une salle de squash ». La **gratuité** des offres proposées en salle d'attente était **indispensable** pour ne **pas stigmatiser** : « si c'est mis à disposition, oui... Parce qu'il faut le contextualiser aussi (...) Tu le demandes à moi, qui me retrouve dans une situation actuelle de ma vie, qui ne me permettrait pas de pouvoir bénéficier, par exemple, euh... de services autres où je puisse investir de l'argent. »(E1).

La présence d'une **secrétaire** qui rendait l'**atmosphère conviviale** : « c'est vrai que je reviens toujours à la secrétaire mais moi je trouve que c'est important quelqu'un qui euh qui détend un peu l'atmosphère (...) Et quelqu'un qui soit sympathique... l'accueil aussi »(E7). Ou en l'absence de secrétaire les interviewés espéraient une personne qui **assure l'accueil** : « quelqu'un qui me reçoit oui. Qui me dit bonjour... qui... à qui je dis « bonjour, j'ai rendez-vous » qui me dit « voilà, le docteur va vous prendre, asseyez-vous... » »(E6).

Une offre de **médias d'intérêt** était espérée : des **journaux à jour** : « à minima avoir des journaux actuels donc ça pourrait être le moment effectivement de feuilleter euh... le journal du jour euh... la revue de la semaine »(E3), avec des **thèmes variés** : « s'il y a des journaux, avec des thèmes différents »(E1). Certains rêvaient d'une **bibliothèque** : « les livres etc... je pense que ce serait pas mal (...) un style bibliothèque »(E6). D'autres de la **diffusion de vidéos**, sans son pour ne pas déranger : « Des dessins-animés libres de droits sans parole, pour pas que le bruit... gêne les patients. Voilà. Et pour pas qu'on ait à écouter quoi »(FG5). La diffusion des **informations**

télévisées était un autre élément souhaité : « *des salles d'attente avec des télés. Pourrait y avoir des infos ou j'sais pas... des choses comme ça* »(FG8). Ou encore la diffusion de la **radio** : « *l'utilisation d'une radio, un peu intéressante* »(E1). L'**accès à internet** était un élément récurrent : « *Donner un accès à internet ça suffit. Des prises électriques, du wifi* »(FG5). Il semblait important de faciliter l'utilisation des **téléphones mobiles** : « *mettre des prises électriques pour les téléphones portables* »(FG5). Ceci permettait aux gens de **s'occuper indépendamment** du contenu de la pièce : « *Les gens amènent plutôt leur téléphone et leur tablette pour s'occuper (...) Tu peux écouter sa propre musique* »(FG5). L'utilisation des **ordinateurs** offrait la possibilité de travailler : « *des sortes de bureaux pour travailler. Enfin travailler... amener l'ordinateur* »(FG5). La salle d'attente idéale offrait un moyen à chacun de pouvoir **optimiser le temps d'attente** : « *il faut peut être chercher des manières d'optimiser ce temps* »(E5).

Il semblait important pour les interviewés que les médecins travaillent leur **politique d'accueil** : « *dans la... culture médicale, il n'y a pas cette culture de l'accueil, que moi j'ai rencontré dans d'autres domaines, où là les mecs ils y mettent des tunes, vraiment, pour accueillir.* »(FG1), un **parallèle était fait avec le commerce** : « *Donc les mecs ils reçoivent des clients. Chez le médecin, c'est peut-être qu'il y a une nuance, mais le... le médecin ne reçoit pas des CLIENTS dans sa salle d'attente. Il y a aucun effort qui est fait dans les salles d'attente médicales.* »(FG1). D'autant que cela semblait témoigner de leur **considération pour les patients** qui attendent : « *Et d'un autre côté je trouve que c'est aussi... 'fin moi je trouve que c'est aussi montrer de l'intérêt euh...à tes patients euh... pour leur confort* »(FG6).

Enfin l'**idéal d'une salle d'attente** semblait être **qu'elle n'existe pas** : « *Je pense que de toute façon, allez, dans le monde idéal, la salle d'attente elle n'existe pas... dans le monde idéal, t'as rdv à 4h, ton médecin il est là devant sa porte à 4h, il t'ouvre à 4h tu rentres. Et y a pas de salle d'attente.* »(FG10).

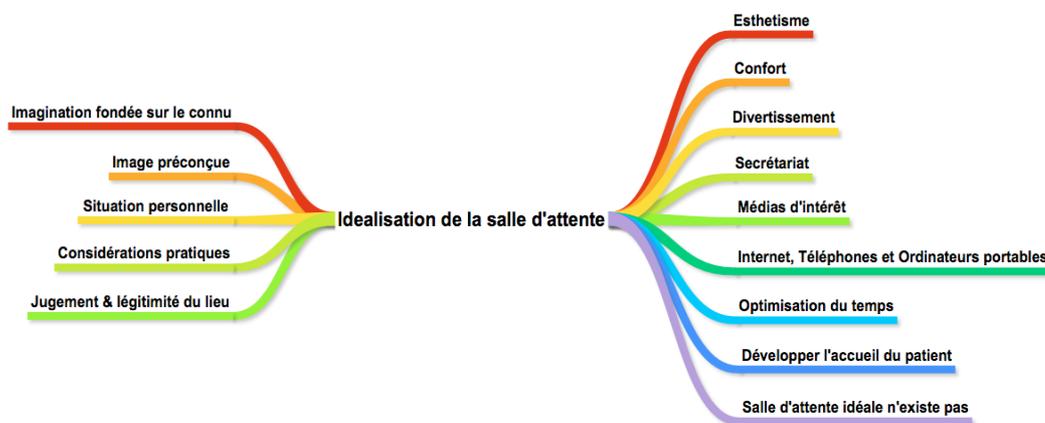


Figure 4 Idéalisations de la salle d'attente

B - Nouvelles utilisations de l'espace salle d'attente

B.1 - D'autres formes de soin

Il a été envisagé d'utiliser la salle d'attente du médecin généraliste pour mettre en place d'**autres formes de soin** qui pourraient s'associer à la médecine générale :

> Un intervenant chargé d'un **accompagnement psychologique** : « *ça pourrait être intéressant par exemple d'avoir un psychologue qui est psychologue de salle d'attente. Non mais c'est vrai et puis ceux qui veulent aller lui parler peuvent aller lui parler pendant le temps d'attente* »(FG10).

> Un **interlocuteur centré patient** en salle d'attente: « *J'aurais bien aimé avoir quelqu'un qui n'est pas... Voilà... Qui s'intéresse un peu plus de qui est la personne qui arrive* »(E1), qui leur témoigne un **intérêt particulier** : « *Qui... alors... rêvons ! Qu'il y ait une hôtesse d'accueil... Donc l'hôtesse d'accueil qui vous reçoit* »(FG1).

> D'autres formes de **soins à la personne**, comme par exemple des **soins esthétiques** ou de bien-être : « *des soins liés à la personne comme tu disais tout à l'heure, comme une esthéticienne, ça peut-être euh... une coiffeuse euh... Ça peut-être quelqu'un qui fait des massages... Tu vois un autre service, mais plutôt lié au bien-être* »(E1), ou encore un accès à la **médecine communautaire** : « *genre une infirmière qui ferait un truc de santé communautaire, pourquoi pas.* »(FG7).

> Un accompagnement dans les **démarches sociales et administratives** : « *pour une patientèle peut être un peu âgée, avoir quelqu'un qui effectivement les accompagne dans les démarches administratives qui sont un peu trop compliquées maintenant, ou numériques, maintenant que tout a été dématérialisé* »(E4).

> D'autres formes d'accès à l'**information médicale** : « *Des questionnaires aussi en général sur la santé, peut être qui peuvent être intéressants (...) d'autres fiches de renseignement sur certaines maladies qu'on n'ose pas trop d'habitude demander (...) ou une boîte à questions, on peut poser une question comme ça, on mettrait notre mail et on... 'fin tu vois des trucs comme ça (..) qu'on se demande et qu'on n'ose pas poser à son médecin* »(E6).

> Ou encore un service d'utilité comme une **halte garderie** : « *J'ai immédiatement pensé quand tu disais ça, à une halte garderie. Je pensais à ça, je pensais à un endroit où les mamans pourraient laisser les enfants euh pendant qu'elles vont chez le médecin ou qu'elles vont à la bibliothèque à côté* »(E6).

B.2 - Transmission d'informations

La salle d'attente était pour tous un **lieu de transmission d'informations** : « *je pense que ça peut être un endroit où on a accès à, à des choses qu'on a à apprendre concernant notre corps, notre santé* »(E3). Car ce lieu mettait l'information à la **portée de tous** : « *ça peut apporter à certaines populations des découvertes (...) parce que c'est un endroit où il y a des tas de gens qui se retrouvent* »(E7). Les gens n'avaient plus le **temps de s'informer** donc utiliser l'attente pour le faire semblait pertinent : « *Parce que c'est des choses où les gens ne sont pas informés... ils sont informés par la télévision, par quoi ? par... mais pas suffisamment... et même ils n'ont pas le temps de s'informer !* »(E6).

Informé sur la **santé et l'hygiène** de vie semblait être un sujet important : « *c'est un endroit où on va, dans l'objectif de prendre soin de soi, euh... De se soigner etc... Donc je pense, et je pense qu'on a beaucoup de choses à apprendre dans ce domaine là* »(E3). Informé sur les **questions de société** semblait aussi intéressant : « *de l'information sur « l'ecosusténibilité » euh... sur euh... les moyens de faire du recyclage... euh... D'écologie, tu vois d'autres choses qui n'ont rien à voir avec la consommation, ou la médecine, la prise de soin, oui là ça serait déjà plus euh... Ça m'intéresserait plus* »(E1). Utiliser la salle d'attente pour donner **plus d'impact aux messages sur l'écologie** était un avis récurrent : « *sensibiliser les gens à l'écologie, l'agro-alimentaire, et les problèmes alimentaires, et tout ça, ça pourrait être pertinent et avoir surtout un impact d'écoute intéressant, par la légitimité du lieu, et du métier que porte le médecin.* »(E1), car l'**écologie** était perçue comme un problème de **santé publique** pour certains : « *c'est comme l'exemple du tabac, ou (...) sur les maladies sexuellement transmissibles ou la... le... les problèmes cardiovasculaires.* »(E1). Quand pour d'autres elle était **trop politisée** pour être abordée en salle d'attente : « *Tu vois l'écologie aujourd'hui euh... très vite ça déborde sur la politique.* »(E5). Ainsi les **sujets d'actualité** touchaient tout le monde et en ce sens étaient un **vecteur d'échanges** : « *tout le monde a un avis, on ne peut pas dire le contraire. Si on n'a pas envie de le donner on ne le donne pas, mais si on n'a jamais l'opportunité de le donner mais qu'on a envie de débattre à un moment donné ou d'en discuter un petit peu* »(E4).

Enfin la salle d'attente pouvait devenir un lieu d'**informations sur l'offre culturelle locale** : « *Mais là, je l'avais trouvé positif, je me suis dit : « bah tient s'il y avait vraiment quelqu'un de vraiment informé, sur qu'est-ce qui se passe autour et qui aurait pu me renseigner vraiment bien »* »(E1). Voire même devenir un **accès à la culture** : « *un petit coin de bibliothèque avec des jeux... et j'ai trouvé que c'était intéressant parce que... chez un médecin généraliste, où il y a*

beaucoup de ces petits ils ont pas accès hein à tout ça parce que bon tout le monde les amène pas à la bibliothèque euh hein ?... et puis ça peut donner des idées aux mamans »(E6).

B.3 - Un espace d'échanges

Les interviewés étaient nombreux à souhaiter faire de la salle d'attente un **lieu d'échanges entre les gens** : *« discuter avec des gens oui oui bien sûr. Bien sûr. C'est un peu particulier parce que souvent les gens ne euh.. les gens ne sont pas euh... non mais on peut, on peut discuter. (...) quand j'ai des gens qui sont un petit peu ouverts et qui discutent, je discute »(E7).* Stimuler l'échange semblait pouvoir **écourter le temps d'attente** et le rendre **plus agréable** : *« S'il peut y avoir un temps d'échange ça pourrait être super intéressant au contraire, et là ça passerait plus vite le temps »(E7).* Les interviewés reconnaissaient chercher des **vecteurs d'échange** : *« ce qui aide à ça c'est les enfants. L'enfant qui... tu as un petit à côté qui... tu peux engager une conversation avec une maman »(E6).* Les échanges pouvaient être **catalysés par la mise à disposition de boissons** ou la présence d'une **hôtesse d'accueil** : *« je le ferais peut-être par l'intermédiaire justement de... de boissons à disposition. Donc la personne pourrait aller boire et se retrouver avec quelqu'un qui fait comme elle « Pardon excusez-moi je voudrais un verre » Et la conversation pourrait se... commencer »(FG1).* Utiliser la salle d'attente comme lieu d'échanges semblait plus intéressant dans le cadre d'un **rapport régulier au médecin** : *« si je m'imagine plus âgée, et que j'ai besoin d'aller plus souvent, ben oui, c'est intéressant que ça puisse devenir un lieu... un lieu... un espace où rentrer en relation avec d'autres gens aussi. »(E1).* Utiliser la salle d'attente comme lieu d'échanges et de rencontre était plus bénéfique pour les **patients jeunes** : *« je suis à un âge où j'ai moins... c'est moins bénéfique pour moi d'avoir ces échanges 30 ou 40 années de là, pouvoir... bavarder, comprendre un peu plus les autres cultures, oui ça aurait été utile. »(E5).* Créer de nouveaux lieux d'échanges entre les individus, semblait aider à **stimuler l'esprit civique et communautaire** : *« ça va les encourager peut être à... devenir un petit peu plus ouverts, un petit peu civiques. »(E5).*

Les interviewés exprimaient un vif intérêt pour stimuler l'**échange entre les générations** : *« Oui oui oui, je pense que ça peut être très utile »(E5).* Cet échange pouvait amener **plus de respect** et de **transmission de valeurs** : *« ça peut être utile parce que les plus jeunes ils peuvent apprendre beaucoup des vieux (...) devenir un petit peu plus ouverts, un petit peu civiques. »(E5).* L'échange entre les générations pouvait **revaloriser le troisième âge** dans notre société : *« Et aussi les vieux peuvent prendre le temps d'être intéressants et de raconter leurs expériences. »(E5).* Les différentes générations étaient bien **trop souvent séparées les unes des**

autres : « ça c'est un des défauts de notre société. Ou les vieux dans les maisons de retraites, alors de temps en temps on y emmène une école maternelle parce que ça fait longtemps qu'ils ont pas vu les grands-parents alors ils vont voir les vieux de la maison de retraite.... Y a une coupure »(E6).

Enfin certains interviewés **s'opposaient** à l'utilisation de la salle d'attente comme lieu d'échange : « FG5 : Je veux pas parler avec les gens FG1 : Si je veux échanger avec les gens je vais pas dans une salle d'attente de médecin. » Parce que leur **état de santé** ne les incitait pas à échanger : « Ouais moi non plus quand je suis en salle d'attente je suis mal j'ai pas envie de parler avec des gens... Enfin... Si je suis pas bien non hein ! »(FG3), ou parce que **les gens ne les intéressaient pas** : « les gens je les trouve un peu... soûlants quoi ! »(FG4), ou encore parce qu'ils ne trouvaient pas que **le lieu s'y prêtait** : « FG1 : Je vais pas aller dans la salle d'attente du... du toubib. C'est pas le... forum, c'est pas un forum ! (...) FG5 : « Vous avez pris rendez-vous ? Non je suis juste venu pour discuter ! » (rire) ».

B.4 - Lieu de vie communautaire

L **laïcisation** de notre société semblait avoir favorisé la **disparition des lieux de vie communautaires** : « La paroisse était un lieu euh... de communauté et donc de vie sociale de la... des gens qui habitaient à un endroit. Aujourd'hui entre... Voilà... la laïcisation de la vie, de notre culture (...) c'est devenu un choix parmi d'autres, pour se socialiser avec les gens. Mais ça a enlevé quelque part »(E1). De même la **croissance urbaine** avait favorisé la dissolution des liens communautaires : « les villes qui sont devenues de plus en plus grandes (...) Par exemple, moi là, j'habite dans le centre ville d'une petite ville, 52000 habitants. Et franchement je connais pas mes voisins, et je ne sais pas ce qu'on pourrait échanger ensemble »(E1). Dans les **lieux isolés** la salle d'attente semblait être un potentiel **centre de vie** aux multiples activités : « dans le centre du hameau qui est le seul endroit où les gens du hameau se voient... bien évidemment qu'il peut y avoir le médecin d'un côté, des activités euh... culturelles de l'autre, et pourquoi pas le point relais épicerie qui touche aussi. »(E2). Et ainsi devenir un **lieu de vie communautaire** : « le médecin pourrait, du coup, devenir un lieu de vie un peu communautaire comme ça... »(E1).

B.5 - Un vecteur d'accès à la population & outils d'analyse sociale

La salle d'attente était un lieu où se retrouve **toute la population** : « FG2 : *Tout le monde est mélangé. La population est mélangée. Et du coup y a (...) La société elle est là. FG5 : C'est comme le métro ! Les gens sont obligés de se retrouver ensemble* ». Ce qui en fait un excellent **vecteur d'accès aux gens** : « *l'entière de la population euh est amenée à venir (...) on peut toucher le plus large* »(E3). La salle d'attente pouvait être considérée comme **un outils** : « *C'est vrai que voilà, peut être que ça peut être utile et être utilisé.* »(E3) et cet outils **dédié à l'analyse sociale** : « *Si on arrive, par exemple, à imaginer un travail aussi qui est autre d'analyse sociale euh... c'est-à-dire, c'est qui les personnes qui viennent ici ? Ils ont quel âge ? Pourquoi ils s'adressent au médecin au delà de la maladie ?* »(E1).

B.6 - Anticiper sur la consultation

Le temps passé en salle d'attente pouvait servir à **anticiper sur la consultation médicale** :

>Par des **questionnaires sur les motifs** de consultation : « *ce qui pourrait être fait (...) c'est de... anticiper la consultation. (...) remplir des fiches papier ou informatiques de... pourquoi il vient... si c'est un renouvellement d'ordonnance, si c'est euh... si c'est truc, et peut-être remplir des questionnaires déjà ciblés* »(FG5). Questionnaires qui pourraient être **informatisés** : « *par internet. tu dis pour quoi tu viens* »(FG2).

>Par une anticipation sur la **mesure des constantes** par une infirmière : « *peut-être une infirmière qui peut déjà prendre des constantes.* »(FG5)

> Par une **cabine de télé-médecine** : « *Rêvons, rêvons, rêvons hein ! Mettons dans la salle d'attente une cabine !* »(FG1).

Ceci permettrait d'**occuper l'attente** en donnant l'impression d'être **pris à l'heure** :« FG5 : *T'es vu avant... Et du coup l'attente est fragmentée (...) on a l'impression d'avancer FG3 : Psychologiquement t'as l'impression, tu te dis que t'es passé à l'heure alors que c'est faux parce que le médecin tu l'auras pas vu plus tôt. FG5 : Oui mais les choses avancent !* », ou d'**adapter le temps d'attente au motif** de consultations : « *Oui donc ça aurait un intérêt parce qu'en fonction du pourquoi on vient ben peut-être que... le temps d'attente... enfin serait différent de la consultation c'est pas la même durée.* »(FG3).

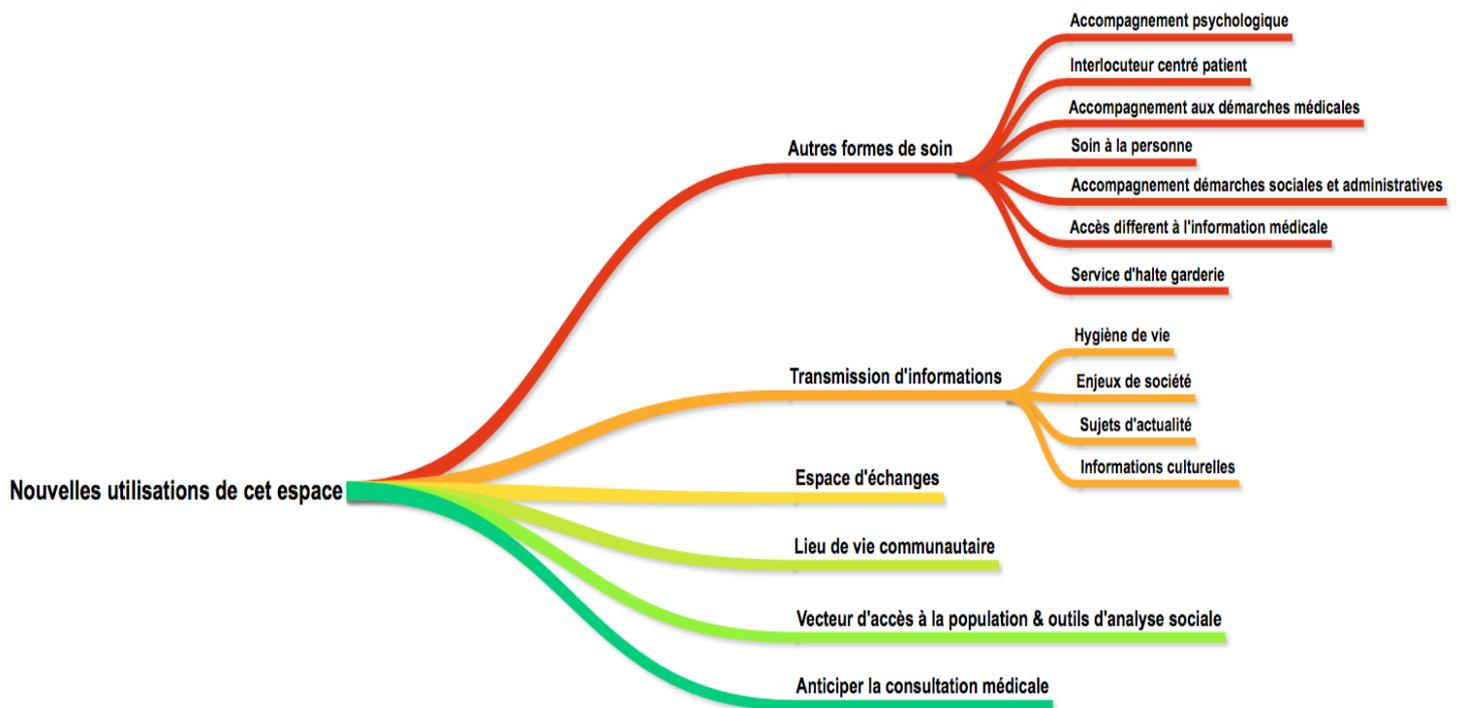


Figure 5 : Nouvelles utilisations de cet espace

C - Craintes & intérêts à associer le soin à d'autres activités

C.1 - Les contraintes

C.1.1 - Relatives à l'état physique des patients

Il semblait important d'adapter l'offre en salle d'attente à l'**état des patients** : « *beaucoup de gens vont dans un état qui n'est pas forcément optimal. Et du coup ça dépend quoi comme activité euh... Et ça dépend pour quelle maladie on se présente chez le médecin* »(E3). Parfois leur état physique **limitait les possibilités d'échange** : « *j'ai pas trop envie qu'on vienne me parler de la politique internationale si t'as 40° de fièvre...* »(FG6), ou **limitait les possibilités d'activités** : « *on va pas avoir la capacité de se concentrer pour (...) faire ma commande la Redoute (...) C'est que je suis amorphe et que... vite que je vois un médecin que je... voilà que je reparte chez moi me coucher.* »(FG3). La présence d'**enfants malades** limitait aussi les possibilités d'activités : « *Ouais et puis quand j'accompagne mes enfants c'est qu'ils sont pas bien aussi... que... ils ont plus besoin qu'on soit... qu'on s'occupe d'eux* »(FG3). L'**exposition des enfants ou des personnes âgées aux infections** semblait problématique : « *Le papy va attraper la gastro que le gamin lui aura donnée... ou vice versa* »(FG3). Il semblait important de **laisser le choix** aux gens de pouvoir **s'isoler pour leur confort** : « *il faudrait quand même donner le choix aux gens de pouvoir s'isoler euh... Si justement ils se sentent pas euh... en mesure de pouvoir euh... se relationner.* »(E1), ou pour **limiter la contagion** : « *en même temps il faut aussi que les autres aient un espace dans lequel ils puissent aller simplement s'asseoir parce qu'ils sont H.S. et contagieux quoi.* »(FG3).

C.1.2 - Relatives à l'état d'esprit des patients

C.1.2.1 - Leur gestion du temps

Devoir attendre un rendez-vous ne donnait **pas le temps de faire autre chose** : « *quand on est dans l'attente d'un rendez-vous, c'est un peu compliqué de se lancer dans ce genre de choses (...) Il faudrait trouver, alors, des choses qui sont rapides à faire pour que si jamais on nous appelle on soit pas coincé* »(E3). Les interviewés exprimaient leur nécessité de pouvoir **anticiper** le temps d'attente pour envisager d'en faire quelque chose : « *avoir quelqu'un qui nous indique combien de temps on va attendre quand on arrive. Ça ça peut être intéressant de savoir, si le médecin a une demi-heure de retard, alors on sait qu'on va avoir une attente un peu plus longue, et qu'on sait, qu'on peut peut-être se permettre d'aller faire quelque chose en attendant* »(E3).

C.1.2.2 - Leur conditionnement

Identifier un **lieu dédié à la médecine** permettait de se conditionner au soin : « *qu'il y ait des espaces euh... entièrement dédiés à... au médical, au corps, (...) clairement, on sait pourquoi on y va.* »(E3). De même chaque activité nécessitait de se **préparer au contexte** dans lequel évoluer : « *Je pense qu'on est pas dans le même état d'esprit, si on se dit, on va au café du coin, parce que ce soir il y a une réunion sur tel et tel sujet d'écologie, euh... on est pas dans le même état d'esprit, on sait pourquoi on y va et on y va euh... en connaissance et le cadre est différent.* »(E2). Chez le médecin il était important de garder en tête les **motivations** de consultation : « *je ne sais pas dans quelle mesure, on est très disposé à parler de ce sujet là, quand on va chez le médecin, et qu'on doit, quand même, garder en tête les objectifs de la conversation* »(E3). Ils se rendaient chez le médecin dans un **but précis**, et n'étaient **pas disposés** à faire autre chose : « *je vais chez le médecin je vais pas faire autre chose en fait* »(E4). Consulter en médecine générale n'était **pas un plaisir** mais la recherche d'un **service** : « *FG3 : c'est pas un moment de plaisir d'aller chez le médecin ! Enfin... c'est pour être soulagé (...) FG1 : On va chercher un service* ». Se cultiver ou prendre soin de soi relevait de **conditionnements** différents : « *quand on a envie d'apprendre des choses culturelles etc... On n'est pas dans la même mouvance, qu'au moment où on pense à son corps, sa santé physique et mentale* »(E3). La **maladie ne prédisposait pas à la sensibilité à l'art** : « *quand on est au restaurant en train de manger, et de discuter, effectivement on a plus de temps de regarder euh... à des fins esthétiques plus que euh... quand on est malade* »(E3), ces deux domaines ne semblaient donc **pas associables** a priori : « *Pour moi c'est des activités qui sont euh... quand même un peu séparées (...) qui sont pas euh... forcément naturellement associées* »(E3).

C.1.2.3 - Leur état d'esprit

Certaines personnes ne semblaient **pas rechercher** d'accompagnement : « *Si j'ai envie de faire une démarche je me penche dessus et je me débrouille toute seule, je suis assez autonome, et demander de l'aide parfois ça ne sera pas trop mon délire.* »(E4). Certains interviewés ne voulaient **pas consacrer plus de temps** que nécessaire chez le médecin : « *vous croyez qu'on va chez le médecin... « Tiens aujourd'hui je vais passer l'après-midi chez mon médecin ! » ? (...) Si je prends rendez-vous à 8h chez mon médecin, j'escompte sortir à 11 heures pour faire autre chose (...) Je vais pas dire « Bon bès je vais chez le médecin, il est 14 heures, je rentrerai ce soir à 18 heures. » »(FG1). La présence d'**informations inattendues** dans un lieu à priori inadapté **dérangeait** : « *Est-ce qu'il n'y a pas des gens même que ça peut déranger ? (...) je pense que quelqu'un qui n'est pas forcément très ouvert, ou pas très disponible, ou suffisamment malade pour**

ne pas avoir l'esprit (...) aura peut être pas envie d'assister à un débat »(E1). De même certains patients étaient **gênés par le contenu** proposé s'il ne correspondait pas à **leurs affinités** : « la télévision je suis pas fan parce que généralement ils ne passent pas ce que j'aime à la télé... La musique... Ils passent pas la musique que j'aime à la radio... Les tableaux ils sont moches... Les jeux pour enfant c'est pas ceux que j'aime. »(FG5). Dans un contexte de soin le patient n'avait pas **la disponibilité d'esprit** pour des sujets totalement différents : « je ne sais pas si, dans ce contexte là, tout le monde serait très disposé à donner son point de vue sur le réchauffement climatique. »(E4), ni pour des activités qui ne soient **pas en lien avec le soin** : « Si je vais chez le toubib c'est pas... je vais pas à la banque. Si je vais à la banque je vais pas chez le toubib »(FG1), ou pour **échanger** avec les gens : « Je viens pas dans la salle d'attente d'un médecin pour discuter avec les gens qui y sont. D'abord je ne les connais pas... Et je ne suis pas là, je ne suis pas venu pour ça. »(FG1). Ils semblait donc nécessaire de ne pas s'éloigner des **sujets de santé** : « Les gens n'y vont pas pour autre chose que de voir le médecin. Si ils peuvent apprendre plus sur le côté médical, à travers les salles d'attente, des informations utiles, sur d'autres maladies ou sur des exercices utiles pour leur santé. Ça ça peut être utile, mais euh... je pense qu'il faut que ce soit des activités liées à le bien-être, des informations sur la santé »(E5).

C.1.2.4 - Le risque de conflits

Certains sujets d'échange faisaient appel aux **croiances des individus** pouvant générer des **conflits** : « on a des idées politiques qui ne sont pas forcément rationnelles, ça vient de la foi et euh... tu peux jamais convertir quelqu'un (...) donc ça risque de dégénérer très vite. »(E5), surtout les sujets en rapport avec **la politique** : « la foi n'est pas discutable donc euh... Si on entre dans une salle d'attente, on est socialiste ou écologiste comme ils disent, tu vas ressortir socialiste ou écologiste. Et si en face tu as quelqu'un qui l'est pas (...) ça déborde. »(E5). Certains sujets semblaient **ne pas pouvoir se nourrir de l'échange** avec l'autre : « Sûrement pas. On avait un principe en Angleterre, dans les pubs, il ne faut jamais parler de la monarchie, de religion ou de politique. »(E5). Aborder des sujets polémiques semblait **dangereux** : « ça peut entraîner des drames ! (...) On va attaquer des sujets un petit peu difficiles hein... à polémiques »(FG1). Et un **centre de soin** n'était **pas un lieu** où introduire des **conflits d'opinion** : « Parce que c'est pas un endroit pour commencer à mettre du conflit, mettre des différentes opinions... »(FG10). Avoir ce type de discussion semblait **contre l'image d'un lieu sain** : « dès que tu commences à avoir un débat géopolitique ça revient souvent sur la politique et c'est pas sain de... d'avoir ce genre de discussion dans des environnements qui sont destinés pour autre chose... »(E5).

Pour certains, tous les sujets semblaient **s'enrichir dans l'échange** avec l'autre : « *C'est toujours enrichissant, même des sujets à polémique. Bien sûr.* »(E7). Mais certaines **typologies de patients** semblaient **restreindre l'intérêt des échanges** par leur **état d'esprit** : « *quelqu'un qui est stressé parce qu'il sait pas ce qui va se passer ou qui est inquiet pour sa santé hein, euh... il n'a pas trop envie d'échanger hein... et de ce fait les gens qui sont à côté (...) c'est un peu délicat quoi.* »(E7). Ceci semblait d'autant plus vrai que le patient était **âgé** : « *beaucoup de gens d'un certain âge qui sont chez le toubib ils ont tendance de... on les appelle les « t'as mal où » quoi... donc faut assurer que la conversation soit productive et pas gênant.* »(E5). L'impossibilité d'**anticiper les réactions** des inconnus constituait une **prise de risque** dans le débat : « *C'est que des gens qu'on connaît pas, dont on ne connaît pas les réactions ni les avis spécialement* »(FG9), notamment dans l'hypothèse de **patients psychotiques** : « *j'allais dire... surtout en face d'un schizophrène ou quoi...* »(FG8), ou plus simplement si le sujet faisait **écho à une souffrance personnelle** : « *Donc effectivement tu sais pas toujours à qui t'attendre, tu peux pas tomber effectivement sur quelqu'un de très véhément ou quelqu'un qui va décompenser tout d'un coup, tu sais pas, selon le sujet dont on parle, ça peut être un sujet d'actualité à un moment donné qui peut être tellement douloureux aussi avec le vécu* »(E4).

Il fallait donc limiter les sujets abordés en salle d'attente à des choses **consensuelles** : « *FG5 : Donc il faut parler de choses... qui sont pas polémiques. FG1 : Donc euh... bon le beau temps, il fait beau, le vent (...) on va en rester là !* », ou **encadrer les échanges** : « *Faudrait que ce soit bien rodé quand même (...) mais ça peut être hyper intéressant si c'est quand même bien encadré,* »(E4), et **structurer la transmission d'informations** en passant par l'intervention d'**un tiers** : « *faut assurer que la conversation soit productive et pas gênant. De les orienter peut être... Que quelqu'un puisse stimuler le débat.* »(E5).

C.1.3 - Relatives au contexte du lieu de soin

Stimuler l'échange en salle d'attente semblait nécessiter une **restructuration du lieu** : « *Maintenant est-ce que l'aménagement seul euh ? (...) voilà j'imagine qu'avec une proportion de la patientèle, c'est sûrement possible. euh... Dans un lieu qui, à ce moment là, est vraiment propice à ce genre de choses.* »(E3). Cette nouvelle utilisation de l'espace nécessitait aussi la présence d'une personne jouant le rôle de **catalyseur, rôle attribué spontanément aux secrétaires médicales** : « *peut être le rôle du, par exemple, de la, d'une secrétaire qui est là (...) elle discute avec quelqu'un puis elle prend quelqu'un d'autre à témoin tu vois et on engage une conversation comme ça hein (...) Et je pense que c'est, qu'il faut que quelqu'un soit là (...) Pour animer ou pour lancer quelque chose tu vois.* »(E7). L'évolution de la **charge de travail des secrétaires** semblait ne plus leur

permettre de faire ce **travail d'accueil** : « FG1 : Donc l'hôtesse d'accueil qui vous reçoit, vous accepte (...) FG3 : Enfin ça c'était le rôle quand même de la secrétaire avant ! Dans les cabinets médicaux. Maintenant même ça y a plus donc euh... FG4 : Ben y en a mais euh... c'est vrai que quand on a tendance à aller la voir, elle est débordée ! (...) FG1 : La pauvre fille elle est derrière un comptoir avec un ordinateur devant le nez... FG4 : Et elle a le téléphone qui sonne en permanence. FG3 : Ouais voilà ! (...) Soit y a plus de secrétaire, soit la secrétaire n'a plus son vrai rôle d'accueil. ». Le **remplacement des secrétaires médicales par des plateformes** semblait **détruire l'aspect humain** de leur profession : « FG3 : Parce que y a certains médecins chez qui on arrive à quand même encore quand on téléphone à avoir quelqu'un en direct au téléphone. Y a de plus en plus de euh... FG1 : plateformes... FG3 : prises de rendez-vous... Doctolib ou... FG1 : Ouais... FG3 : je sais plus quoi... Où y a même plus de... relationnel, de... FG1 : Mmm... FG3 : Enfin de verbal avec euh... avec une personne. ». Stimuler l'échange en salle d'attente semblait **augmenter le temps d'attente** pour permettre aux gens la rencontre : « il faudrait qu'il y ait un délai d'attente un peu plus long... que les gens soient obligés de rester un peu plus longtemps »(E7). Proposer d'autres activités pouvait amener à prendre **plus de temps** avant une consultation : « peut être que oui, arriver plus tôt que d'habitude (...) Mais ça c'est encore quelque chose qui me ferait arriver encore plus tôt dans la salle d'attente ça »(E7). La **salle d'attente** devait prendre **un sens différent** pour susciter l'envie d'y passer plus de temps : « Oui, avec d'autres choses, et prendre comme tu dis un emploi différent. Et donc l'envie de rester... »(E1). **Par définition** un centre de soin n'était **pas un lieu récréatif** : « on peut y aller pour discuter mais pas de la pluie et du beau temps quoi. Donc je trouverais ça un peu bizarre (...) qu'il y ait d'autres activités hyper récréatives dans la salle d'attente quoi. »(FG7).

Enfin la transmission culturelle devait veiller à respecter la laïcité du lieu : « je pense que ce sera respecter, le médical à un moment donné... en tout cas dans notre vision des choses en tout cas... occidentale encore une fois, c'est laïque (...) Donc il faut que tout le monde puisse s'y retrouver et s'y reconnaître quoi »(E4).

C.2 - L'intérêt d'associer le soin à d'autres types d'activités

Le cabinet de médecine générale était un lieu où l'on pouvait proposer d'**autres services** : « Ah oui absolument. Bien sûr. Oui oui ça pourrait avoir un intérêt (...) autre chose que le milieu... médical »(E7), et ainsi **légitimer l'accès pour tous** à d'autres domaines d'activités : « si on fait un lieu ouvert à tous (...) à d'autres choses qui se passent dans la salle d'attente, bin si c'est pas polarisé ou stigmatisant, tout le monde va se dire qu'il est légitime d'aller mettre le pied là

dedans »(E4). On pouvait alors **limiter l'exclusion** : « j'veux dire que si c'était dans des lieux qui étaient peut-être un peu moins isolés y a des gens qui y auraient peut-être plus accès que... »(FG6), ouvrir encore plus l'accès à la **diversité** : « si c'est un lieu où il est pas exclusivement médical, peut-être que ça apportera justement la diversité et l'ouverture. »(E4), l'ouvrir à ceux qui **n'en expriment pas le besoin ou n'en ont pas les moyens** : « l'ouverture justement nécessaire au soin à la personne qui n'en estime pas le besoin ou pas les moyens »(E4).

Isoler le soin dans des structures exclusivement dédiées le **détache de la réalité** des gens : « c'est vrai que du coup ça en fait quelque chose de euh... d'isolé qui fait pas partie de la vie quotidienne des gens (...) d'un autre côté ça en fait quelque chose de pas très quotidien. »(E3). L'associer à d'autres activités de la vie permettait d'**intégrer la santé aux problématiques quotidiennes** : « Soit ça veut dire que la santé ça fait aussi partie de trucs vachement plus de la vie de tous les jours quoi... »(FG6), de l'**ancrer dans la réalité** par la multiplication des moyens d'information : « Si on est peut être informé par plusieurs biais, à un moment donné, on se rend compte que ces choses là sont pas que un petit dépliant que je trouve là »(E1).

Offrir d'autres activités permettait à la salle d'attente de devenir un lieu où l'**ambiance était plus légère** : « pour respirer un peu quoi. Ne pas être trop Pfff... ne pas que l'ambiance soit trop... trop lourde »(E7). Cela **limitait le stress** lié aux soins en offrant une **diversion** : « tu as une salle d'attente (...), avec (...) quelque chose qui ne te fasse pas penser au milieu médical »(E7). Ce concept pouvait amener les patients à vouloir passer **plus de temps en salle d'attente** : « on a presque envie d'y aller pour euh... de se dire « bon j'ai un rendez-vous, je vais attendre » (...) il y aura toujours quelque chose d'intéressant à voir. Ou à entendre. »(E7). Permettre aux gens de pouvoir **allier plusieurs activités** en une dans une société où le **rapport au temps** est difficile semblait avantageux : « ça peut être pratique de trouver un centre dans lequel on peut un peu tout. Parce que ils ont pas à courir en ville (...) et de ce fait, pour eux, c'est moins de perte de temps. »(E6).

Enfin **investir la salle d'attente** d'un cabinet de médecine générale renvoyait l'image d'une **ambiance de travail plus agréable** : « Je me dis que même pour lui c'est pas vraiment un espace de travail agréable. euh... voilà. »(E3).

C.3 - Les craintes à associer le soin à d'autres types d'activités

Pour certains, il semblait important que la salle d'attente reste un **espace déconnecté du quotidien** : « *c'est quand même un lieu qu'il faut garder « calme » entre guillemets et pas commencer à encore faire 10 000 trucs parce que déjà dans nos vies on fait déjà un milliard de choses. (...) faut aussi que ça s'arrête à un moment donné. Et c'est chez le médecin que ça s'arrête en fait* »(FG8). Elle devait rester **protégée** : « *On a besoin que ça reste un endroit protégé (...) Je pense que plus c'est parfois isolé ou protégé euh... mieux je me sens quoi...* »(E1), rester un **lieu de calme** : « *Dans le sens que ça ne me génère pas trop de... de... de sollicitations autres, à me fatiguer encore plus, par rapport à mon état...* »(E1). L'**hôpital** était cité comme **exemple** de mélange de lieu de vie et de soins devenu **chaotique** : « *il y a des fonctions différentes dans l'hôpital euh... c'est intéressant de voir qu'il y a d'autres choses, où je peux prendre une pause, dans le cadre de mon attente, descendre, etc, mais ça reste très très chaotique, et bruyant* »(E1).

La salle d'attente véhiculait un message de **proximité soignant-soigné**. Orienter l'ambiance pouvait alors **sélectionner la patientèle** : « *Et t'as pas peur de sélectionner ta patientèle ? De dire « Allez je vais me faire une salle d'attente de bobos ! » ?* »(FG8). Ce lieu était synonyme d'un moment de **réflexion sur sa santé** : « *quand on va chez le médecin à ce moment là on se pose la question de « qu'est-ce qui est important pour sa santé ? »* »(E3). La médecine ne devait donc en **aucun cas être associée à la notion de consommation** : « *Je le prendrais pas trop bien, par exemple, parce que je me dirais « à mince tu vois même chez le médecin le fait de devoir consommer de la consommation ça m'envahit ! » euh... Même là non ?* »(E1) au risque de **perdre en crédibilité** : « *moi je trouve que ça perd un peu de sa crédibilité, ça fait un peu centre commercial* »(FG10).

Enfin l'**investissement de la salle** d'attente générait la crainte de **dégradations** : « *FG5 : Quitte à arracher des pages autant prendre tout le bouquin on va dire que c'est mieux ! FG1 : Maintenant oui, y aura toujours des cons qui vont les arracher les (...) Y a rien de plus bête qu'une foule hein ! Une foule c'est bête !* », et **de vols** : « *parce que le tableau oui ! Y en a un qui... ça lui plaît il va le prendre sous le bras quoi hein !* »(FG3). Investir cet espace semblait risquer **d'augmenter** ou de **normaliser l'attente** : « *FG9 : Bin ça créerait un deuxième temps d'attente FG10 : Ouais le problème c'est le temps en fait. FG8 : Ouais oui, et c'est surtout qu'alors on s'habitue à ce que le médecin il ait toujours une demie-heure d'attente* ». Proposer un **intérêt à l'attente** en **modifiait le sens** et elle n'était plus envisagée de la même manière : « *Mais ce qu'il y a alors c'est qu'on part du principe qu'on doit préparer le temps d'attente pour se dire « j'ai envie*

d'aller partager mon avis »... 'fin... ça commence vraiment à être dans la planification »(FG9).

L'ultime crainte face à ce nouveau concept était la **modification de l'ordre établi**, par **peur du changement** ou en **l'absence de questionnement** : « si on le fait c'est qu'il y a bien une raison non ? Donc après je ne sais pas laquelle effectivement... Parce que c'est déjà de base comme ça, le soin souvent c'est... regroupé dans un cabinet où il y a certes plusieurs métiers mais qui restent des métiers du soin et pas autre chose. »(E4).

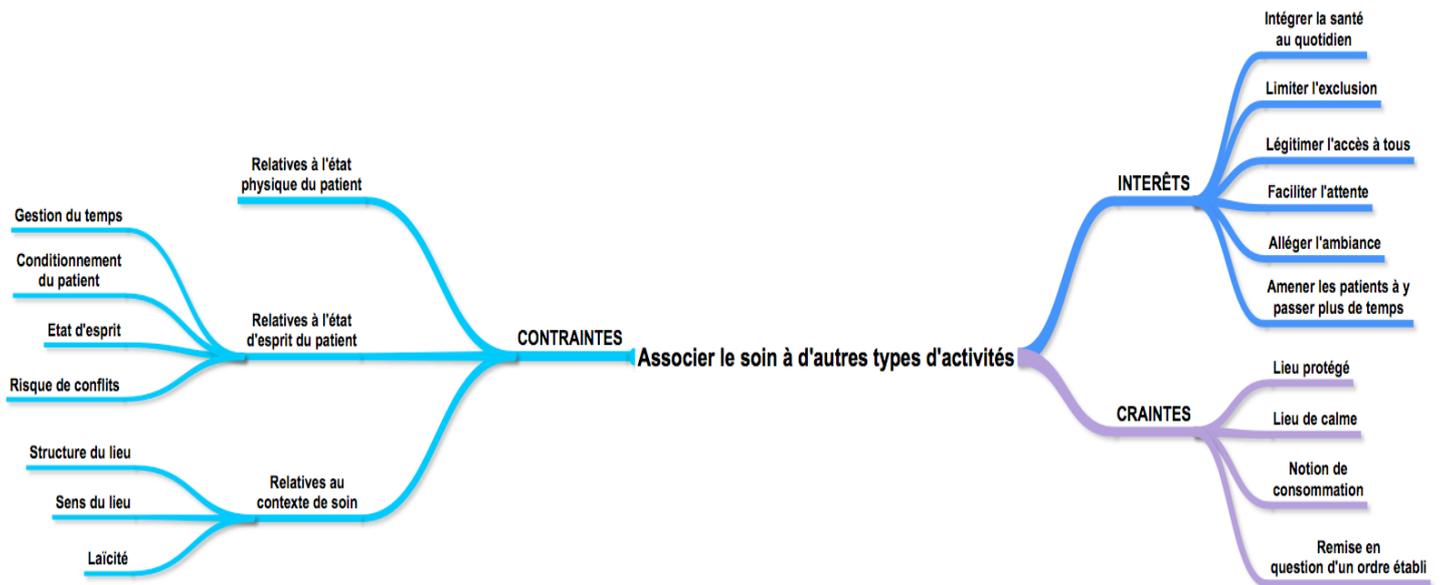


Figure 6 : Contraintes, craintes et intérêts de nouvelles perspectives en salle d'attente

D - La culture en salle d'attente

D.1 - les facteurs influençant

La culture en salle d'attente n'était **pas une idée nouvelle** : « *C'est quand même quelque chose qui est... courant on va dire, c'est une des choses les plus courantes les tableaux... d'artistes en salle d'attente.* »(FG4). Le plus souvent cette initiative se retrouvait chez les **spécialistes** : « *c'est une expérience que j'ai vécue, c'était pas chez le généraliste, mais c'était chez quelqu'un d'autre. C'était un autre spécialiste* »(E1). Elle existait le plus souvent sous forme **d'exposition de tableaux** : « *Peut-être pas chez les médecins généralistes mais quand on va dans les centres de radiologie tout ça y en a souvent des... des tableaux justement* »(FG4) ou **de photos** : « *chez qui j'avais vu ça ?... chez quel médecin... de très belles photos des dunes du Sahara...* »(E6). Bon nombre d'initiatives de partage culturel existaient déjà. Certains interviewés trouvaient intéressant de **l'envisager en salle d'attente de médecine générale** : « *Il y a des environnements où oui les gens peuvent partager la culture, les connaissances et pourquoi pas dans une salle d'attente oui.* »(E5).

Pour d'autres l'accès à la culture n'était **pas suffisamment une priorité** pour mériter qu'on lui consacre un vecteur aussi puissant que la salle d'attente : « *est-ce que la priorité c'est euh... la culture ou l'éducation quoi. (...) Voilà je pense que c'est une occasion à prendre, après pour moi il y a des choses peut être plus primordiales, dans un premier temps en tout cas* »(E3). **L'art** était **moins intéressant** que de transmettre des informations sur **la santé** : « *ça peut être intéressant, même si pour moi je pense que c'est plus un lieu (...) qui pourrait être intéressant à des fins plus éducatives sur la santé, le corps, quoi faire pour être en bonne santé, voilà. Plus que sur la culture, l'art,(...) je ne sais pas si ça ne devrait pas être d'abord cette priorité là* »(E3). Ainsi certains faisaient une différence entre se **cultiver et s'éduquer** : « *Maintenant de nouveau, pour ces gens là, la priorité est-ce que c'est vraiment la culture ou l'éducation?* »(E3).

L'intérêt pour la **culture hors des lieux** dédiés semblait être un facteur influençant leur avis sur ce concept : « *c'est intéressant effectivement, euh... c'est, c'est euh... mêler l'utile à l'agréable, euh, ou l'agréable à l'agréable hein (rire gêné)* »(E3). Certains évoquaient leur **attrait naturel** pour la culture : « *moi de par ma nature effectivement je suis très curieuse j'aime beaucoup ça, donc effectivement moi ça me plairait à fond.* »(E4). D'autres encore évoquaient leur **histoire personnelle** qui influençait leur relation à la culture et leur perception de celle-ci hors des lieux dédiés : « *je trouve ça génial. (...) Je viens d'un endroit hyper petit où il faut aller chercher ce genre*

de choses mais... C'est quelque chose qui serait hyper important... »(E1). Offrir un accès supplémentaire et inattendu à la culture ne pouvait **pas faire de mal** : « au pire vous ferez pas de mal d'essayer en fait. »(E4). Pour certains la culture ne devait en **aucun cas se cantonner à des lieux dédiés** : « je pense que la culture elle va pas se limiter à des salles, à des espaces culturels hein... la culture elle peut se voir n'importe où, dans la rue, n'importe où. Dans les restaurants, dans un bar, dans une salle d'attente »(E7). Certains considéraient que la culture était **à sa place partout** : « J'sais pas si y a vraiment moyen de délimiter des endroits où ça n'a pas sa place en fait. »(FG9). Pour certains l'art s'appréciait simplement en regardant sans forcément nécessiter **d'expérience** : « n'importe quel individu, est capable de regarder avec ses yeux de regarder un tableau (...) Et après chacun, en fonction de sa culture (...) sera capable de l'apprécier à sa façon. Et un mec il peut dire « Et ben moi je le trouve joli. » Sans savoir ce que c'est ! »(FG1) ou **d'explications** : « L'art, ça te plaît... ou ça te plaît pas ! Avec explication ou sans explication »(FG1). Pour d'autres, l'art n'était **pas accessible spontanément et naturellement à tous** : « Pas tout le monde est capable... Tu vois... De regarder les tableaux (...) tu peux regarder et te dire « mais c'est quoi ça ? » N'importe quel niveau culturel tu aies ou ton niveau d'étude.. »(E1). Certains n'y accordaient **pas d'intérêt** : « Il y en a, les tableaux ils s'en foutent... »(FG1). D'autres n'avaient pas le **bagage suffisant** à sa compréhension : « Pour comprendre l'art il faut de l'initiation... »(FG5). D'autres encore soulignaient le fait que l'art n'était **pas consensuel** : « si tu regardes les dernières œuvres de Picasso, je ne suis pas sûr qu'elles soient appréciées par tout le monde »(FG5). Ainsi proposer la culture dans des **lieux inattendus pouvait ne pas être compris par le public** : « c'est pas commun d'aller chez le médecin et euh.. BIM ! j'ai droit à une exposition d'art moderne », peut-être effectivement que soit ils vont pas vraiment percuter »(E4). Ainsi l'expérience de la culture, surtout **décontextualisée**, devait être **accompagnée** : « Il faudrait quand même accompagner les gens. Surtout quand tu décontextualises... une œuvre d'art par exemple, de son contexte officiel. Parfois on a besoin de comprendre pourquoi elle est là, parce que sinon, soit on la voit pas, soit on la reçoit pas bien, soit on est pas préparé »(E1). Pour certains **il suffisait d'y apposer une explication** : « Mais si peut-être, à côté, j'avais, comme dans les musées, l'explication de c'est qui l'artiste ? de c'est quoi le contexte ? quelque chose de plus. Bah tiens, j'en reviens avec une information que avant j'avais pas »(E1).

D.2 - La culture est légitime car appartient au soin

Pour certains **la culture** semblait être une **forme de soin** : « *La culture c'est un soin. (...) c'est quelque chose qui apporte du bien, et donc ça pourrait soigner...* »(E1). L'**art** était d'ors et déjà reconnu comme une **forme de thérapie** : « *Ben d'ailleurs l'art-thérapie ou la musicothérapie et toutes ces disciplines là, sont certaines typologies de pratique d'art qui ont intégré les soins...* »(E1). L'**artiste devenait soignant** en agissant sur un mal-être : « *il travaille à travers son art sur une pathologie de quelqu'un qui y va parce qu'il n'est pas bien* »(E1). Par ailleurs **se cultiver** était une façon de prendre **soin de soi** : « *culturel dans le sens de prendre soin de soi-même. Parce que prendre soin c'est aussi bien la tête que le corps hein donc (...) « un esprit sain dans un corps sain »* »(E5). Ainsi la culture était **pleinement légitime** dans les lieux de soin : « *ça a sa place dans un lieu de soin, parce que quelque part ça devrait aider aux soins, c'est un soin lui-même (...) Ça pourrait avoir sa place* »(E1). Introduire la culture en salle d'attente prenait donc **tout son sens** : « *Et donc ça a du sens et donc pourquoi pas essayer d'autres formes d'intégrer la culture au soin de la personne bien sûr.* »(E1).

D.3 - Intérêt de la culture en salle d'attente

Dans un premier temps les interviewés ont exprimé leur **enthousiasme** à l'idée d'introduire la culture en salle d'attente : « *Ah oui oui oui... tout ce qui peut comme ça... aider à la culture ah oui, moi je suis... à 100% pour hein.* »(E6).

La culture en salle d'attente en **légitimait l'accès** en l'introduisant **dans la vie réelle** : « *ça existe, c'est là euh... j'en fais partie. C'est ça surtout, le fait de se rendre compte qu'on en fait partie, qu'on peut y participer, se donner la légitimité aussi de se dire « j'en fais partie »* »(E1). Elle permettait d'**ancrer l'art dans une réalité proche** : « *Ça peut donner effectivement aux gens, envie ensuite de retourner voir euh... l'atelier du peintre dont le tableau est accroché dans la salle d'attente. Il se trouve que l'atelier est à 10km, tiens dimanche prochain on va passer voir ce peintre* »(E2). Proposer ainsi un accès à la culture y **confrontait le tout venant** : « *FG5 : Si tu mets du Francis Bacon ou du Matthew Barney aux murs euh... Tu vas voir s'ils vont avoir envie de rester dans la salle d'attente ! FG1 : De toute façon ils seront obligés d'y venir !* », et augmentait l'accessibilité en évitant d'avoir à **la chercher** : « *Je viens d'un endroit hyper petit où il faut aller chercher ce genre de choses mais... C'est quelque chose qui serait hyper important...* »(E1). La salle d'attente était un lieu touchant **le plus grand nombre** : « *c'est sûrement euh... dans des endroits de passage comme ça où on est sûr que euh... l'entièreté de la population euh est amenée à venir...*

*Voilà qu'on peut toucher le plus large. »(E3), offrant un **accès gratuit** : « ça c'est sûr que par contre du coup c'est donner accès à des choses, à des choses de la culture, auxquelles par exemple des gens qui ont très peu de moyens n'ont pas forcément l'occasion (...) qu'ils soient plus facilement prêts à aller payer une consultation chez le médecin généraliste qu'une entrée au musée »(E3), y proposer un **concept inattendu** pouvait générer de la **curiosité** : « peut-être que vous allez créer la curiosité (...) parce que « ah c'est pas commun d'aller chez le médecin et euh.. BIM ! j'ai droit à une exposition d'art moderne » »(E4).*

La culture pouvait être un **sujet de partage** : « oui les gens peuvent partager la culture, les connaissances et pourquoi pas dans une salle d'attente »(E5), un partage **émotionnel** : « Une œuvre d'art, un spectacle (...) c'est des choses qui ont été faites euh... pour partager un plaisir »(E1), un vecteur **d'échanges** : « j'aimerais bien en discuter avec quelqu'un qui n'a jamais rien vu de tout ça, (...) C'est un des premiers vecteurs d'échanges la culture... »(E1). Echanges qui pouvaient alors prendre une certaine **profondeur** : « des échanges de savoirs et de ressentis aussi donc un échange humain réel. »(E1). Le rapport à la culture **s'enrichissait des différences** entre les gens qui s'y confrontent : « Bien sûr. Eh bin parce que déjà de voir le regard des autres (...) d'écouter les gens parler... de ce qu'ils pensent de quelque chose, d'une toile, n'importe quoi, ou d'un morceau de musique et tout hein, c'est intéressant. »(E7). Cela permettait de **comprendre** comment d'autres abordent la culture : « ça peut être que de la richesse... de comprendre comment d'autres peuvent l'aborder... »(E2). Certains types d'art pouvaient même susciter l'**envie de comparer les vécus** : « tu vois du surréalisme (...) j'aimerais bien en discuter avec quelqu'un qui n'a jamais rien vu de tout ça » »(E1). Cela offrait la possibilité de **mieux se comprendre malgré les différences** : « ça permet effectivement à un moment donné d'appréhender les différences et de se dire « ah mais vous faites comme ça ?! c'est génial ! » (...) ça amène à un moment donné aussi une réflexion et un travail de réflexion et de mise à distance un petit peu aussi de sa propre culture aussi. »(E4).

Mais pour certains il était plus intéressant d'échanger sur l'art avec des personnes **initiées** plutôt que le tout venant : « C'est pas les mêmes personnes qui vont voir euh... des expositions... Et tu seras plus à même à discuter d'un tableau... avec des... avec des personnes qui font l'effort de venir voir une expo »(FG5). Pour d'autres la culture **n'était pas un vecteur d'échange** : « Quand vous allez dans un musée, quel qu'il soit, est-ce que vous topez des gens qui sont autour « Vous avez vu cette toile, elle est magnifique ! » Moi je l'ai jamais fait ! »(FG1).

Introduire la culture en salle d'attente permettait d'**agrémenter l'espace**, en rendant le lieu **plus chaleureux** : « ça peut rendre le lieu bien plus chaleureux. »(E2), en le rendant **plus agréable** : « Et qui serait déjà dans ces salles d'attente sordides, un petit peu agréables. »(FG1), en **facilitant l'attente** par une occupation : « C'est quelque chose qui est simple oui qui peut occuper »(FG4), en **détournant l'attention** des motifs de consultation : « ça permet de s'évader un peu à titre personnel... »(FG2). Cela permettait de faire **connaître les artistes** : « y a pas mal d'artistes qui prêtent les œuvres (...) ça permet de leur faire de la pub ils peuvent les prêter pendant un laps de temps (...) Et ça leur permettait d'être connus »(FG4).

Les œuvres controversées pouvaient parfois **choquer** : « Enfin je veux dire on peut être agressé par des... des œuvres »(FG5), voire devenir une **forme de souffrance** : « Non mais je vais dans la salle d'attente... je risque de la subir l'exposition si ça me plaît pas si je la trouve dégueulasse... »(FG1). La salle d'attente étant un **lieu de passage**, la confrontation aux œuvres ne durait **pas longtemps** : « comme je ne vais pas y rester »(FG1).

La culture en salle d'attente suscitait l'**envie de se cultiver davantage** : « C'est en étant confronté à quelque chose, à ce qu'on voit, hein, quand on est attiré on a envie de voir autre chose. Et ça c'est pas une histoire de lieu, on peut le faire n'importe où »(E7). Ce concept permettait de **rééquilibrer les inégalités d'accès** : « le but c'est d'essayer de rééquilibrer les choses et de faire en sorte que la population qui y a le moins accès puisse y avoir accès au même titre que d'autres »(E4). Ce concept permettait le **partage entre toutes les classes sociales** : « Et par exemple, je me dis tu vois, les plus riches pourraient l'apprécier, et les pauvres pourraient le découvrir. C'est horrible de dire ça, mais c'est vrai. Je pense que tous les gens qui n'y ont pas accès pourraient découvrir des choses. »(FG6). Il semblait **nécessaire** d'exposer les gens à la **différence** pour qu'ils la regardent : « c'est nécessaire qu'on le voit et qu'on le regarde parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne le voient pas. »(E6). Parfois il semblait nécessaire de confronter les gens aux choses pour qu'il **apprennent à les comprendre** : « FG10 : y a peut-être des gens qui diraient « moi ça me ferait chier de voir des photos de merde sur le mur » FG7 : Bin justement ça pourrait les introduire à l'art tu vois ».

Tous les interviewés sans exception ont exprimé leur **difficulté à se projeter eux-mêmes** : « À titre personnel, après, dans l'absolu, que ça puisse présenter un intérêt euh... sur un plan purement social, oui, bien sûr »(E2). Le concept pouvait leur plaire mais **pas à titre personnel** : « Alors, moi, pour moi personnellement, je m'en ficherais, ça ne m'intéresserait pas. Mais, je trouve que ça peut être une bonne idée »(E4). Un nouvel accès à la culture ou à une nouvelle forme d'accompagnement devait être **destiné à une certaine population** : « moi j'aurais des idées et je

pense que ça peut, ça peut aider certaines (...) je pense que ça ne m'intéresserait pas. J'suis pas le genre de population visée par ça. »(E4), population à laquelle les interviewés quel que soit leur âge ou leur niveau socio-culturel ne s'identifiaient pas : « En ce qui me concerne, je vois pas (...) Mais quand je vois certaines populations... »(E5).

D.4 - La culture en salle d'attente : comment ?

La culture en salle d'attente était proposée principalement **sous forme d'expositions** : « *des expositions de photo, des expositions de tout d'ailleurs, des exposition de n'importe quoi* »(E7). **Toutes les formes** d'art étaient envisagées : « *tableaux, sculptures, poteries...* »(FG1). Il semblait important de **renouveler** régulièrement les œuvres car l'art n'était **jamais consensuel** : « *FG4 : C'est pas obligé de faire l'unanimité sur tout ! FG5 : Je sais bien ! Je sais bien ! C'est bien pour ça que je dis que c'est pas facile ! FG1 : Mais ça va pas rester une expo dans une salle d'attente ! Tu mets 1 mois(...) un peintre... 2 autres mois après tu mets... je sais pas quoi* ». Et parce que le public risquait de se **lasser et de ne plus regarder** : « *il faut que cette déco euh... passe ! Elle reste 1 mois, 2 mois et puis on passe à autre chose ! Sinon (...) Ça n'a plus le même attrait.* »(FG1). Certains évoquaient spontanément des **considérations pratiques** pour se procurer des œuvres : « *y a pas mal d'artistes qui prêtent les œuvres (...) ça permet de leur faire de la pub (...) ils étaient exposés comme ça pour eux c'était gratuit, parce qu'en plus c'est cher pour un artiste de se faire exposer (...) je suis sûre qu'il y aurait des artistes qui seraient d'accord !* »(FG4).

L'accès à la **littérature** était envisagé sous forme de **bibliothèque** : « *Tu peux mettre une bibliothèque avec des livres* »(FG8). Mais le risque d'être **interrompu dans la lecture** semblait gêner cette idée : « *Tu vas pas commencer un bouquin et puis euh... on t'appelle et... tu arrêtes le bouquin* »(FG5). Les solutions proposées étaient d'offrir la possibilité **d'emprunt** : « *Non mais t'as le droit de l'emprunter en fait* »(FG8), ou **d'adapter les supports** : « *Tu pourrais mettre une BD pour les enfants, tu peux mettre une nouvelle pour les adultes. Tu vois tu peux mettre différents trucs. T'es pas obligé de mettre un gros roman* »(FG10).

L'accès à la culture était aussi proposé sous la forme **d'échanges culturels** : « *le rapport entre les générations... les gens de différentes euh... différentes origines, différentes cultures hein, c'est un truc comme ça.* »(E7), en confrontant les **différences** : « *On fait face à des cultures différentes qui ne sont pas seulement différentes au niveau des possibilités, de l'échelle sociale. Mais c'est aussi, vraiment différent au niveau des pratiques* »(E1). Se cultiver était aussi s'ouvrir au **monde** : « *avoir un thème chaque mois... parce que bon il y a de très très belles photos sur des femmes d'Afrique* »(E6).

La culture par **la télévision** était une autre proposition : « *une télévision et passer des (...) des reportages ou des choses comme ça ouais.* »(E7). Là encore la culture pouvait être **l'accès à des reportages** : « *il y en a une flopée d'émissions intéressantes sur des pays euh... d'Afrique.* »(E6), ou **l'accès à l'information** : « *Pourrait y avoir des infos ou j'sais pas... des choses comme ça* »(FG8). D'autres supports **audiovisuels** pouvaient être envisagés : « *je parlais déjà d'un peu de musique tout à l'heure, hein ? (...) Je n'sais pas trop. Eh bin ouais si si, si avec les moyens audiovisuels* »(E7).

En résumé les interviewés exprimaient **leur intérêt pour la culture sous n'importe quelle forme** : « *Des exposition de gens qui exposent leurs toiles ou des photos n'importe quoi, ou des vêtements n'importe quoi... de mode, n'importe quoi (...) Eh bin c'est intéressant.* »(E7). Mais ils n'envisageaient qu'un **rapport contemplatif** à la culture : « *Toute forme d'art qui peut être euh... qui peut être exposée.* »(FG1), un rapport **individuel** : « *Et le côté expo et lecture justement, n'impose pas aux gens d'être dans les... en échange* »(E2). Pour certains le rapport à la culture n'était **jamais passif** : « *Je pense que le rapport à la culture (...) c'est jamais passif, il faut toujours s'impliquer* »(E1). Ne **pas accorder d'importance** à une exposition artistique était déjà une **manière d'y réagir** : « *c'est quand même une façon d'expérimenter la culture, c'est un avis comme un autre de pas regarder. (...) ça reste une expérimentation de la culture* »(E4). Il semblait important que l'on puisse toujours avoir **le choix de regarder ou non** : « *Après l'avantage de la peinture contrairement à d'autres formes d'art c'est que si ça te plaît pas t'es pas obligé de regarder !* »(FG5).

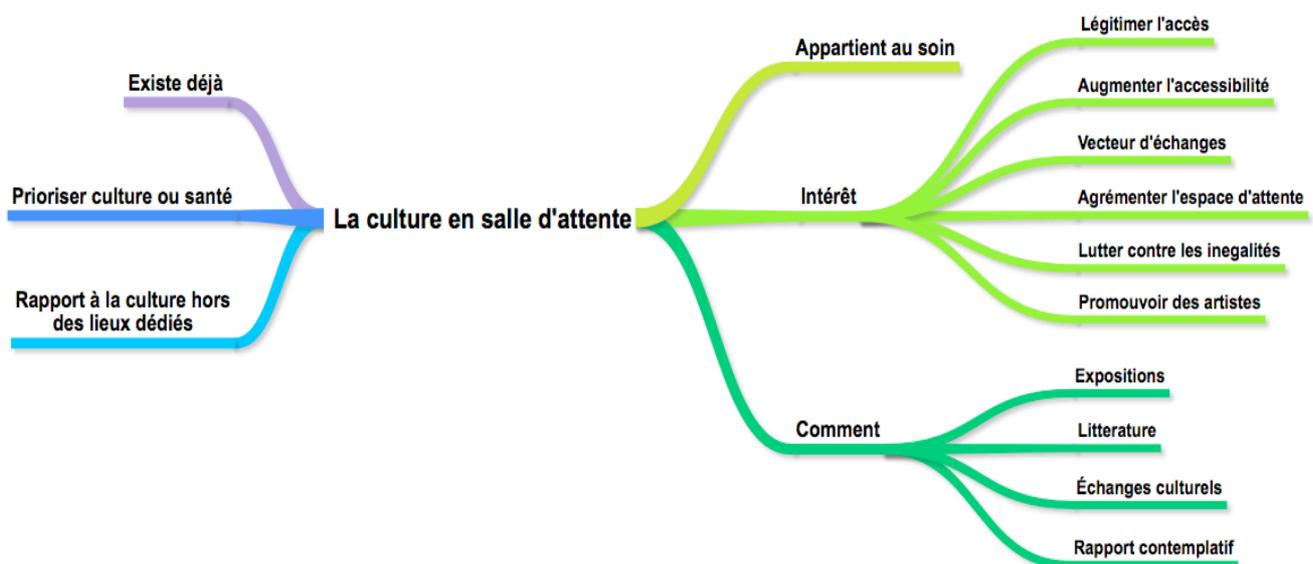


Figure 7 : La culture en salle d'attente

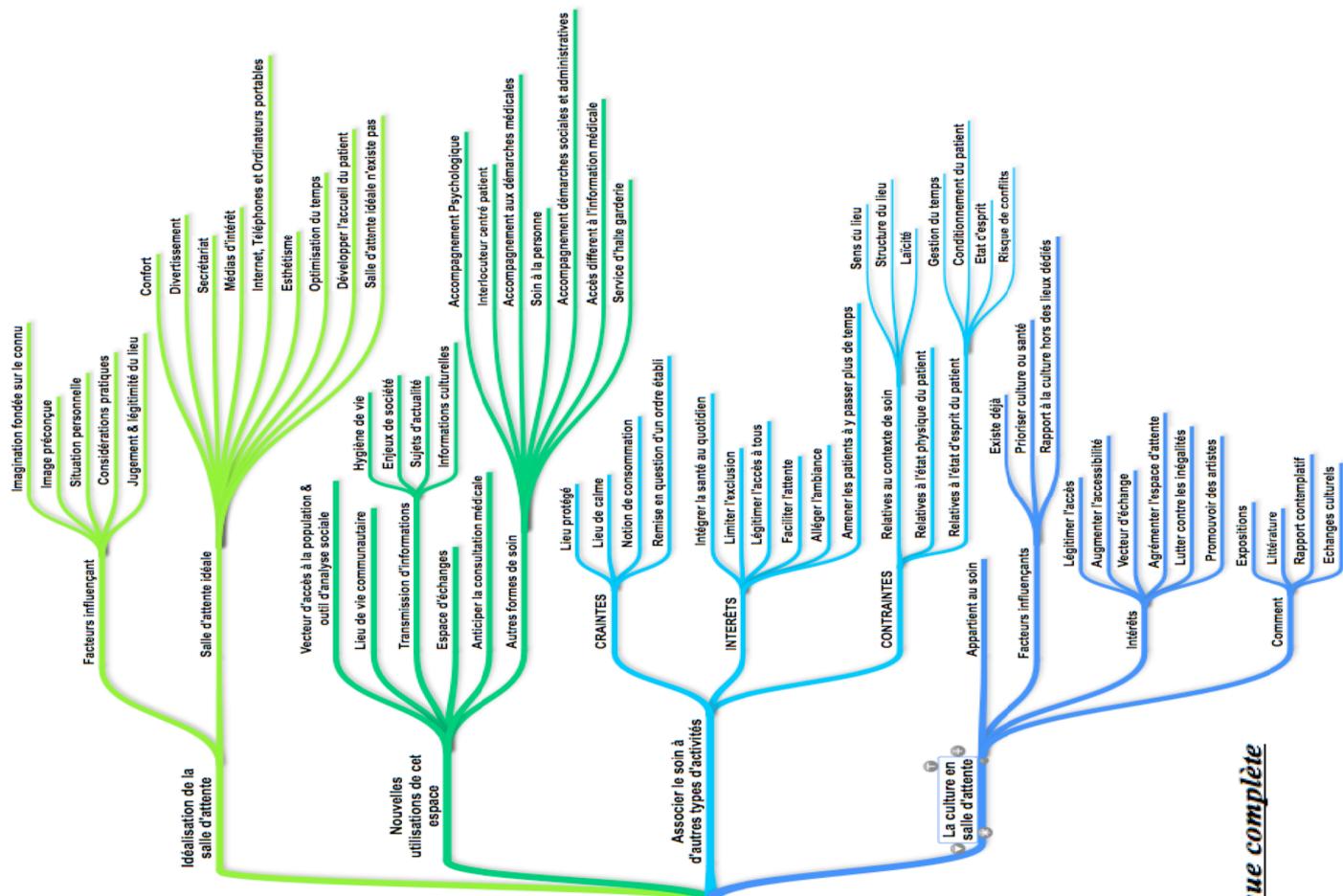
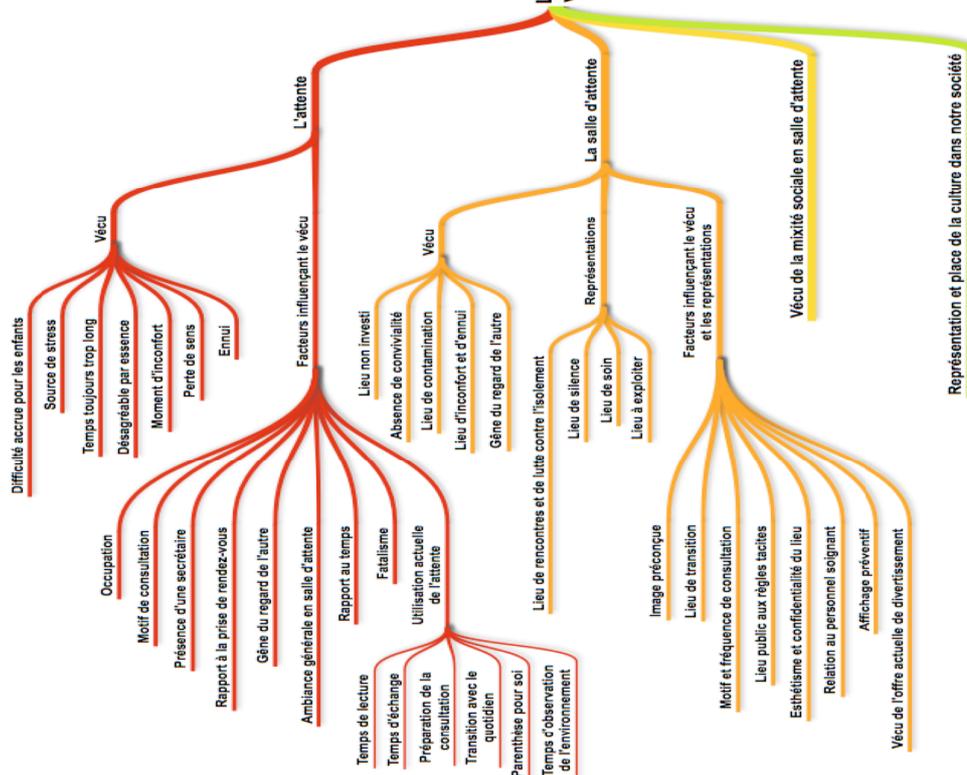


Figure 8 : Analyse thématique complète



DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'explorer ce que pensait la population de l'utilisation des salles d'attente comme lieu de vie culturelle et d'échanges. L'adhésion à cette proposition dans ce lieu riche de symboliques et de paradoxes, a soulevé des problématiques inattendues. Les débats ont tourné autour du sens de l'attente, du rôle du médecin généraliste dans le soin à l'autre, du vécu de l'attente dans une société où le rapport au temps est complexe, ou encore du sens des lieux de soin et de l'importance de l'image qu'ils véhiculent. Tous ces points ont été la richesse de cette étude, au-delà de l'intérêt manifeste pour l'idée de redéfinir l'usage des salles d'attente.

I - A propos de la méthode

A - Choix de la méthode qualitative

Le choix de la méthode dépend de la question de recherche, mais aussi des objectifs du chercheur. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à quantifier. Il s'agit de la méthode de référence pour explorer les émotions, le ressenti des patients, ainsi que leur comportement et le sens de ce dernier. Elle permet de contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement et des interactions des sujets (25). Cette étude avait pour objectif d'évaluer une opinion et d'explorer les représentations et le vécu des individus. Toutes ces données appartiennent au domaine de la subjectivité, et à ce titre une analyse qualitative était la plus justifiée.

B - Choix du type de recueil de données

La question de recherche explorait l'avis individuel mais aussi le point de vue collectif. La recherche en soins primaires nécessite une démarche de recherche rigoureuse, avec des critères de validité interne fiables (25). C'est en ce sens qu'il a été décidé de multiplier les méthodes de recueil de données, en réalisant des entretiens individuels et des focus group, jusqu'à suffisance des données. Les entretiens individuels offraient aux sujets la possibilité de livrer leurs réflexions personnelles, sans crainte de jugement, et en bénéficiant du temps nécessaire à l'élaboration d'un avis face à une problématique inattendue. Les entretiens de groupe, plus interactifs, ont stimulé la réflexion par une dynamique de groupe, amenant les différents participants à s'expliquer sur leurs choix ou à s'engager dans un champ de réflexion qu'ils n'auraient pas abordé individuellement.

C - Revue de la littérature et validité externe de l'étude

Comme pour toute recherche, le travail préalable à cette étude était de faire le point sur notre sujet par une revue de la littérature. Or cette recherche était à la limite du champ médical et approchait du domaine de la sociologie. L'exploration des publications dans ces deux champs scientifiques n'a pas permis de trouver d'études réellement en rapport avec ce questionnement. Il existait bon nombre de publications sur la salle d'attente, mais aucune l'abordant de notre point de vue. La comparaison des résultats de cette étude aux données actuelles de la science a donc été partielle. Il pourrait s'agir ici d'une faiblesse, limitant la vérification de la validité externe. Cela pourrait aussi être une force de l'étude, qui abordait la salle d'attente avec originalité et ouvrait vers de nouveaux questionnements.

D - Définition de la question de recherche

L'étape suivante était la définition de la question de recherche, devant être la plus précise et claire possible. L'objet était de proposer un concept, mais aussi d'amener les participants à une réflexion sur cet espace de vie, leur vécu et leurs attentes. Aussi le choix terminologique a été de ne pas définir la vision de la culture selon les chercheurs. Ceci a amené les sujets à proposer leur propre conception de ce terme et des moyens d'introduire la culture en salle d'attente. Une fois encore ce choix pourrait être une limite de l'étude. Les interviewés ayant spontanément questionné la définition de la culture, le raisonnement peut avoir été perturbé par ce manque de précision. Cette absence de détermination terminologique était aussi une force, car elle a permis aux sujets de développer leur propre conception d'un lieu de vie culturelle et d'échanges.

E - Population étudiée

La population étudiée devait être largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. Cette diversité était la source de la richesse des données. La population était composée de 17 personnes issues de la population générale tarnaise. Bien que restreint, notre échantillonnage raisonné a obtenu une diversité de représentations. Un biais de recrutement par affinité a peut-être limité l'éventail de catégories socio-professionnelles.

L'inclusion a pris fin à l'obtention de la suffisance des données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés, et les sujets ont été sélectionnés de manière à augmenter la moyenne d'âge de l'échantillon. Le recueil de données a été complété par deux sources variant par un trait majeur (26), l'âge, du reste de la population étudiée, renforçant la validité et la suffisance des données.

F - Conduite des entretiens et analyse des données

La conduite des entretiens et l'analyse des données ont été réalisées par un unique chercheur inexpérimenté en recherche qualitative. Ses hypothèses préalables ont pu influencer la formulation des questions et l'analyse, subjectivité quasi inévitable dans ce type d'étude. Le chercheur a tenté de faire abstraction de ses opinions personnelles et de ses propres représentations. En ce sens, les entretiens ont été menés sur la base d'une trame préalablement établie et travaillée avec la directrice de thèse et sur la base des données de la littérature, afin de limiter l'interprétation personnelle. Le choix de la méthodologie théorique par théorisation ancrée a été réalisé sur les conseils de la directrice de thèse expérimentée et qualifiée en recherche qualitative, et la subjectivité du codage a été limitée par sa relecture, permettant ainsi de trianguler l'interprétation.

G - Condition des entretiens et trame

Lors des entretiens les sujets étaient confrontés aux limites de leur imagination ce qui les a mis en difficulté. Les questions ouvertes étaient particulièrement difficiles pour bon nombre d'entre eux. Ils ne savaient pas comment répondre, perturbés par l'absence de « *bonne réponse* » et la confrontation à une problématique qu'ils n'avaient pas anticipée. Leur demander d'imaginer spontanément un concept hors de leur champ de représentation semblait être un exercice compliqué et complexe. Le même processus était retrouvé lorsqu'il s'agissait d'idéaliser la salle d'attente. Quelle que soit la manière employée pour stimuler leur imaginaire, les interviewés restaient systématiquement limités par ce qu'ils connaissaient. Leur imagination, leur idéalisation s'arrêtaient à des situations qu'ils avaient pu rencontrer, des exemples qu'ils avaient pu voir.

Par ailleurs, cette étude proposait un concept imaginé à priori par le chercheur. Ceci a eu pour impact de limiter la réflexion, aux notions proposées d'échanges et d'accès culturel. L'exploration de l'imaginaire collectif était limitée, car orientée par notre propos.

Ainsi, serait-il intéressant de questionner à nouveau la même population après un temps de réflexion et d'intériorisation de la problématique ? Ou de reproduire notre recherche en permettant aux individus de réfléchir en amont à leur idéalisation de cet espace ?

II - A propos des résultats

A - Rôle de la salle d'attente

Le rôle de la salle d'attente a été un élément fondamental des résultats. Cet espace était vécu comme un non sens, déshabité, et synonyme d'inconfort pour la plupart des personnes interrogées. Lorsqu'on allait plus loin dans le discours, ce lieu était riche de vécu émotionnel et de symbolique. Pour la plupart des interviewés, il s'agissait d'un lieu où l'information médicale était attendue, mais non souhaitée, et où l'ambiance était déjà au soin. Pour certains, ce lieu appartenait à la prise en charge médicale. La salle d'attente apparaissait comme le reflet de l'attention que portait le médecin à ses patients et de la considération qu'il avait pour eux. Beaucoup d'entre eux déploraient le manque d'investissement de cet espace, et l'absence de prise en considération par les médecins de leur confort et du temps qu'ils perdaient dans cette salle.

Dans la thèse du Dr Ruaud (3), étudiant la salle d'attente idéale des médecins généralistes, l'hypothèse principale était que la salle d'attente, en tant que premier contact du patient avec le cabinet médical, se devait d'instaurer une dynamique de respect, d'estime et de confiance, pour que la suite de l'acte médical soit optimal. Ce travail montrait que 78% des médecins pensaient que l'accueil influençait leur relation au patient. La moitié (52%) des médecins de cette étude considérait que l'attente était une étape de l'acte médical, ce qui est en accord avec les résultats de notre étude. Cette idée prédominait nettement chez les jeunes médecins (87%) et tous se disaient prêts à améliorer cet espace. Dans ce travail, les patients se disaient prêts à attendre plus longtemps si l'accueil était meilleur, ce qui était valable pour la population de notre étude.

Les jeunes médecins de l'étude du Dr Ruaud sont aujourd'hui des médecins installés de longue date. Son travail concluait à l'intérêt de ces derniers pour leur salle d'attente et leur prise en considération de cet espace. Or 17 ans plus tard, les patients interviewés lors de notre travail semblaient toujours aussi mécontents de l'utilisation faite de la salle d'attente, et s'accordaient à dire que ce lieu leur semblait totalement désinvesti par le corps médical. La communication entre patients et médecins semble donc difficile, autour de ce lieu qu'est la salle d'attente. Les patients ne perçoivent pas l'investissement et la prise en considération de cet espace par le corps médical, ou cette adaptation ne correspond pas au rôle que la population attribue à cet espace.

B - Idéalisation de la salle d'attente

Avec 17 années d'écart, ces deux études(3) ont révélé la même idéalisation de la salle d'attente par les patients : secrétaires médicales ; couleurs des murs claires propices à la détente ; luminosité naturelle ; fauteuils confortables ; fond sonore ; plantes vertes ; superficie adaptée pour limiter la promiscuité ; zone d'accueil pour les enfants ; présence d'une information médicale. Dans notre étude les patients rêvaient aussi d'une offre de boissons ou d'une offre occupationnelle plus variée. Leur vécu de la salle d'attente semblait identique : temps trop long et espace inadapté entraînant une ambiance peu relaxante. En 1999, le Dr Plisson (14) aboutissait à des résultats similaires en étudiant la population des cabinets médicaux du Cher. Cette similitude de résultats, pour des travaux aux points de vue différents et menés avec tant d'années d'écart, soulève des questions quant à l'évolution des salles d'attente. Cet espace n'a-t-il subi aucune amélioration ou a-t-on affaire à un discours stéréotypé basé sur une image pré-conçue ? Peut-être est-ce un savant mélange des deux ? Les salles d'attente de médecine générale restent des lieux partiellement ou mal investis par les médecins. Pour les patients, par leur sens, par leur fonction d'attente, ce sont des lieux de frustration, chargés d'angoisses expectatives et de sensations d'inconfort. Ce vécu émotionnel péjoratif entraînerait une perception toujours négative de la salle d'attente. Ce phénomène amènerait l'inconscient collectif à vouloir faire de la salle d'attente un havre de paix, quel que soit le décor proposé.

C - Investissement de la salle d'attente

Ce travail retrouvait un manque d'investissement en salle d'attente de la part du corps soignant, aussi présent dans la littérature. Le Dr Plisson (14) concluait, après une analyse des locaux, que les médecins du Cher étaient peu impliqués dans l'aménagement de leur salle d'attente. Ceci était d'autant plus vrai qu'ils exerçaient en campagne, que le médecin était un homme, et qu'il n'y avait pas de secrétaire au cabinet. L'auteur expliquait l'investissement accru des salles d'attente en cabinet urbain par la volonté des médecins de fidéliser leur clientèle. Ils s'appliquaient à offrir plus de confort à leurs patients pour faire face à la concurrence. Ce sujet était partiellement apparu dans nos résultats lorsque les patients évoquaient l'absence de « culture de l'accueil » chez les médecins généralistes. Un parallèle avec le commerce était fait dans le but d'expliquer la volonté de séduire la clientèle, volonté qui n'existait pas en médecine. Cette différence était discutée autour de la relation médecin-patient qui n'était pas, et semblait ne devoir jamais être, purement mercantile. Ceci était d'autant plus vrai en médecine générale, car le médecin revêtait l'image d'une personne accessible et proche de ses patients. Ainsi un investissement trop important de l'espace d'attente, donnerait une sensation de richesse en désaccord avec le message de proximité et de simplicité que

le médecin se doit de préserver. Ce phénomène était moins dérangeant chez certains spécialistes dont l'activité était associée à une notion d'enrichissement dans l'imaginaire collectif, comme les cabinets de radiologie, de dentisterie ou d'ophtalmologie. Paradoxalement, le médecin devait tout de même améliorer sa politique d'accueil des patients pour leur offrir une sensation de confort et de prise en considération de leurs besoins. Certains évoquaient leur désir de se sentir considérés, d'avoir un accueil personnalisé leur donnant de l'importance au sein du cabinet, le médecin étant un personnage important dans la vie des gens qu'il suit. Tout comme dans notre travail, l'étude du Dr Guyot (15) retrouvait l'importance du secrétariat dans la dynamique de réception des patients. Ce personnage clef du cabinet jouait un rôle fondamental pour humaniser les lieux et offrir un accueil individualisé aux consultants.

Dans le travail du Dr Plisson (14), le manque d'aménagement des salles d'attentes dans les cabinets étudiés était, comme l'ont évoqué les interviewés dans notre étude, majoritairement justifié par le vandalisme et le vol. Des résultats similaires étaient retrouvés dans plusieurs autres études (6,15).

D - Vécu de l'attente

Les similitudes entre cette étude et celle du Dr Guyot (15) ne s'arrêtaient pas à ces détails. Dans son travail, le Dr Coiffier, observait que l'attente en cabinet de médecine générale revêtait une symbolique particulière et pouvait être riche d'émotions et souvent chargée d'angoisse. Lors de nos entretiens le stress vécu en salle d'attente était très présent, expliqué par le motif de consultation ou par le poids du regard de l'autre, dans cet espace de promiscuité paradoxalement dédié à l'intimité. Pourtant, tout comme dans le travail sus-cité (15), les patients aspiraient à un lieu de tranquillité, de transition avec leur quotidien, avant l'entrée dans la relation de soin proprement dite. Ces deux travaux retrouvaient dans le discours des patients la notion de décor, ils exprimaient leur recherche de distraction, de détente, de coupure avec leur rythme de vie. La salle d'attente devait donc être un lieu de calme et de repos. Pourtant la vacuité de cet espace et de ce temps était source de malaise pour tous. Aussi il fallait offrir un environnement serein et propre à la relaxation, tout en proposant des activités pour optimiser ce temps trop souvent perdu. L'idée de diviser la salle d'attente en plusieurs espaces est alors devenue évidente. Ceci permettrait à chacun de choisir, en fonction de son état mental et physique, quel type d'attente adopter pour la vivre au mieux.

E - Un lieu de rencontre et d'échanges

Ce travail (15) évoquait, à l'instar du nôtre, l'espoir de créer du lien social en salle d'attente. La présence d'autres consultants constituait une opportunité de rencontre. Selon la population étudiée ici, la mixité sociale offrait une possibilité d'ouverture et de découverte de la différence. La société semblait souffrir de l'isolement de plus en plus accru des classes sociales et des générations. La salle d'attente, par la richesse de son melting-pot, permettait d'éduquer à la différence et d'ouvrir le champ des rencontres, pour la plupart des interviewés. Il semblait ainsi opportun d'utiliser cet espace pour stimuler les échanges trans-culturels et trans-générationnels, bénéfiques à l'évolution de notre société.

Là encore il semblait néanmoins nécessaire d'offrir le choix aux consultants. Certains ont été particulièrement virulents à l'idée d'être confrontés à l'Autre, qu'ils ne connaissaient pas, et ne souhaitaient pas connaître. La différence était parfois dérangement, et ce d'autant plus qu'il était question de niveau socio-économique et de diversité culturelle.

F - Un lieu à réinventer

La salle d'attente est un lieu d'insatisfaction que certains ont déjà pensé utiliser autrement. On retrouve dans la littérature quelques initiatives d'investissement de cet espace : l'intérêt de la population pour la mise à disposition d'une bibliothèque de livres à orientation éducative et informative en matière de santé dans l'article de Varnavides C. (12). Sherwin H. (27) proposait d'instaurer des fiches d'objectifs pour les patients afin d'orienter la consultation, ou des outils d'aide à la décision personnalisée. La plus intéressante de ces propositions était la création d'un « gestionnaire de salle d'attente » dont l'objectif serait d'offrir aux patients des documentations personnalisées et éventuellement d'anticiper la consultation par la mesure des constantes. Toutes ces propositions étaient présentes dans cette étude, bien qu'aucun interviewé ne soit documenté sur ce sujet. Ces publications issues du corps soignant proposaient de nouvelles utilisations de la salle d'attente, en accord avec les résultats de ce travail qui étudiait le point de vue de la population. Ainsi patients et praticiens imagineraient un nouvel usage similaire de cet espace s'il était à des fins médicales.

G - La culture en salle d'attente

Dans cette optique de réinventer le sens de ce lieu, le Dr Ruaud (3) souhaitait faire de la salle d'attente « un environnement de détente ouvert à la culture ». Bien que rien dans son travail de recherche n'abordait ce sujet, il l'évoquait longuement dans la discussion de ses résultats. Il y faisait le même constat que lors de ce travail : « *La salle d'attente est un lieu propice au développement de la démocratisation de la culture. En effet, son entrée est gratuite, sa population est extrêmement diverse de par les tranches d'âges, les sexes, les niveaux socioculturels qui y ont accès.* »

Tout comme l'ont évoqué les interviewés de cette étude, il proposait la collaboration avec de jeunes artistes exposés gratuitement au sein de la salle d'attente. Ceci permettait, outre la promotion des artistes locaux, un renouvellement des œuvres sans charge financière pour le médecin. En mentionnant les coordonnées de l'artiste, les patients pouvaient poursuivre l'échange, voire acquérir les œuvres. Le médecin ne serait pas considéré comme un intermédiaire commercial. Le contraire serait préjudiciable à sa relation au patient, ce d'autant que les règles de déontologie et d'éthique médicale sont claires à ce sujet. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, « *le local, annexe d'un cabinet ou service médical et dans lequel le public ne pénètre qu'en vue d'un examen médical, n'a pas vocation à être utilisé à d'autres fins que professionnelles : tout acte de commerce y est interdit, en application de l'article 19 du code de déontologie médicale* »(28,29).

Selon son argumentation, l'art au sein de la salle d'attente entraînait un échange entre les générations, offrant aux patients les moyens de s'ouvrir au monde qui les entoure. Ce point de vue était partagé par les interviewés de cette étude. Selon le Dr Ruaud, l'art était « *un instrument d'autonomie* », il aiguillait la « *vision critique* » et pourrait ainsi « *aider le patient à devenir un acteur de soin actif, autonome* ». La culture ne devait plus être considérée comme un luxe inaccessible aux indigents, aux personnes isolées ou aux malades. Il concluait son propos comme suit : « *Gageons qu'un jour nous serons entendus par l'ensemble de nos confrères pour offrir plus d'espace artistique aux patients* ». Au terme de ce travail, la population semblait adhérer à l'idée de voir les cabinets de médecine générale évoluer dans le sens du travail du Dr Ruaud. Cette étude établissait l'intérêt de la patientèle pour la mise en place d'espaces culturels au sein des salles d'attente de médecine générale.

H - Emergence d'une théorie

Au cours de ce travail de recherche certaines récurrences ont été constatées dans les schémas de réactions et de pensées des sujets interviewés.

Qu'il s'agisse d'entretiens de groupe ou individuels, ils évoluaient selon une dynamique récurrente. Chacun débutait par l'opposition plus ou moins virulente à la modification de l'usage établi de la salle d'attente. Bien que la population étudiée était majoritairement insatisfaite de la situation actuelle, tous commençaient par refuser le changement. Ils arguaient souvent la peur de dénaturer ce lieu, ou des considérations plus pratiques. Dans un premier temps, ils refusaient systématiquement l'idée de modifier ce lieu riche de représentations. Puis, lorsqu'on abordait la mixité sociale et la culture, le discours évoluait.

Lorsque les thèmes de l'art ou de la culture étaient abordés, tous les interviewés changeaient d'opinion. Ils étaient alors prêts à imaginer de nouvelles utilisations de la salle d'attente. Cette dynamique de *contradiction* entre début et fin de discours, a été constatée dans l'ensemble des entretiens. Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer ce phénomène : Est-ce un mouvement initial de l'esprit qui, systématiquement, rejette ce qui perturbe les représentations ? Un temps de réflexion est-il indispensable pour permettre d'élaborer une opinion réfléchie et non viscérale ? Est-ce la manière dont l'entretien a abordé cette question, confrontant brutalement les interviewés à une perturbation de leurs représentations ?

Des exemples ont été proposés afin de stimuler la réflexion, ce qui a pu limiter les projections individuelles. La problématique aurait-elle pu être amenée différemment, pour leur permettre d'imaginer spontanément un nouvel usage de cet espace ? Ou encore, est-ce l'influence de notre société dans laquelle il est bien vu de promouvoir la culture ? Est-ce la bien-pensance qui a amené les interviewés à se contredire en acceptant le changement lorsqu'il était question de culture ou de mixité ? Enfin, la culture sous forme d'exposition est, sans nul doute, l'usage des lieux d'attente le plus répandu, comme l'illustrent les halls de gare. A ce titre cette notion perturbait peut-être moins les représentations et semblait donc plus acceptable.

III - Ouverture

Cette insatisfaction globale, tant pour le corps médical que pour sa patientèle, quant à l'utilisation faite de ce lieu, reposait peut-être sur le paradoxe de cet espace qui ne devrait idéalement pas exister et qui pourtant est inéluctable. Ce lieu que l'on ne veut pas investir mais que l'on souhaite pourtant plus confortable et plus personnel. Ce lieu où l'on souhaite rester le moins possible et où pourtant on se présente à l'avance.

Les entretiens ont soulevé une réflexion remettant en cause le bien-fondé du projet sous-jacent à cette étude. Pour plusieurs interviewés l'idéal de la salle d'attente était qu'elle n'existe pas. Ceci les a amenés à se questionner sur le sens de ce lieu, sa légitimité. Cette réflexion allait de paire avec le vécu de l'attente comme un temps insignifiant, inhabité. Ce temps, au-delà des représentations, perdait son sens dès lors qu'on en proposait une utilisation. Mettre à profit l'attente en redéfinissait la conception. L'attente n'avait aucune raison d'être, mais devait rester un temps de vacuité, dont la perspective d'une utilisation menaçait la signification. Ainsi quand l'attente perdait son sens, la salle d'attente changeait à son tour de nature. Il existe des initiatives de la part d'entreprises de nouvelles technologies, telle que Doc Zen logiciel (13), ayant pour objectif de supprimer les salles d'attente, en informant en direct les patients de l'évolution des consultations et du temps d'attente, « *pour que la salle d'attente soit chez soi* ». La perspective de telles initiatives était à l'encontre des fondements de ce travail. Si l'évolution de notre société amène à supprimer les espaces d'attente, tenter de leur donner une utilité perd tout son sens.

Dans un second temps, les entretiens ont amené un élément clef à cette réflexion. Il était communément acquis qu'un rendez-vous imposait de se présenter en avance. Les explications ont été multiples, et les vécus variables, mais tous convenaient de cet adage, peut-être culturel, selon lequel « *on doit être en avance à tout rendez-vous, ne serait-ce que de quelques minutes* ». L'attente devenait ainsi inéluctable. Même lorsque tout est fait pour en restreindre la durée, l'attente existera toujours. En ce sens, quelle que soit l'évolution que choisira la société, ce projet conserverait une certaine légitimité.

CONCLUSION

L'utilisation actuelle de la salle d'attente ne convenait pas à la population étudiée. Le vécu était globalement négatif, avec une sensation de temps perdu et d'inconfort qui prédominait dans tous les discours. Cet état de fait était en accord avec les données de la littérature.

La salle d'attente était un lieu chargé de symboliques et de représentations. Tous en avaient une image préconçue, imposant des limites à toute réorganisation de cet espace. La mixité inhérente à ce lieu de passage et de soin, y était globalement acceptée. Elle représentait même, pour certains, une opportunité à saisir, ce qui donnait du poids et une légitimité à notre sujet.

L'intérêt de la culture dans les lieux de soin a été discuté, autour des représentations et de la place de cette dernière dans notre société. Tous concluaient à l'intérêt de faire de la salle d'attente un lieu d'accès à la culture pour tous.

Cette étude a néanmoins souligné les contraintes à la mise en place d'un tel dispositif, ainsi que les limites à imposer à un tel projet pour rester cohérent avec l'esprit du lieu de soin.

Mon projet professionnel fut à la base de cette réflexion, et avait pour objectif d'investir ce vecteur d'accès à la population qu'est la salle d'attente. La culture et la mixité sociale sont, à mes yeux, les richesses d'une société. La force de cette dernière repose, selon moi, sur la qualité de son éducation et de ses liens communautaires. Mon projet était ainsi de faire de la salle d'attente un lieu de vie culturelle et d'échanges, afin d'exploiter cet espace-temps où tous se croisent et qu'aucun ne considère pleinement utilisé. La population étudiée lors de ce travail semblait en accord avec ces conceptions, et globalement enthousiasmée par ce concept, ce qui renforce l'intérêt d'un tel projet.

Ce travail a aussi cherché à explorer les autres utilisations possibles de cet espace-temps. A ce titre, il pourrait être enrichi par une étude qui s'attacherait à développer l'imaginaire collectif au delà de ses limites. En se libérant des représentations et des lieux communs sur la salle d'attente, il pourrait alors découvrir d'autres usages de ce temps et de cet espace.

BIBLIOGRAPHIE

1. Soulé M. Centre de guidance infantile. La salle d'attente: clinique et espace méconnus. Paris : Esf; 1985.
2. Ponsar B. Psychologie de la salle d'attente [Thèse d'exercice]. Université de Nancy. Faculté de médecine; 1977.
3. Ruaud F. La salle d'attente idéale des médecins généralistes, d'après une étude nationale [Thèse d'exercice]. Université de Clermont-Ferrand 1. Faculté de médecine; 2001.
4. Bertoliatti-Fontana S. Attente et salle d'attente en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7. Faculté de médecine; 1987.
5. Playon P. Contribution de la salle d'attente des médecins généralistes à l'éducation pour la santé [Thèse d'exercice]. Tours : Université François-Rabelais. UFR de médecine; 1990.
6. Hector S. A quoi sert la salle d'attente en médecine générale? Comment les médecins la conçoivent et la perçoivent? Comment les patients la perçoivent? [Thèse d'exercice]. Creteil : Université Paris 12. Faculté de médecine; 1999.
7. Sehaki-Idris H. Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; UFR de Médecine Générale; 2009.
8. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Thèse d'exercice]. Saint-Étienne : Université Jean Monnet. Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2013.
9. Fernandez J. Influence de l'affiche utilisée en salle d'attente sur la participation à une campagne de dépistage ciblé du mélanome : un essai randomisé [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. Faculté de médecine; 2014.
10. Renard M. L'affiche dans la salle d'attente du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Université de Rennes. Faculté de médecine; 1992.
11. Shiroyama C, et al. Getting the message across: the development and evaluation of a health education video in general practice. Health Bull Edinb. 1997 Jan ;1(55):58-61.
12. Varnavides CK, Zermansky AG, Pace C. Health library for patients in general practice. Brit Med J. 1984 fev 18;535-7.
13. simplifyadmin. (cité 14 nov 2016). Salle d'attente 2.0 : un outil de communication avec ses patients – Simplify, [Internet]. <https://www.simplify.fr/salle-dattente-2-0-un-outil-de-communication-avec-ses-patients>
14. Plisson L. Etude de la gestion de l'accueil et de la salle d'attente dans dix cabinets de médecine générale du Cher [Thèse d'exercice]. Tours : Université François-Rabelais. UFR de médecine; 1999.
15. Guyot A. Représentation et enjeux de la salle d'attente: points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2010.

16. Roghanian C. La salle d'attente, Elément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients. Etude qualitative et iconographique [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
17. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature. Conseil régional d'Aquitaine; 2011 dec.
18. Christophe N. Retentissement de l'attente dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients: enquête dans l'arrondissement de Cholet [Thèse d'exercice]. Université d'Angers. Faculté de médecine; 2015.
19. Magnillat G. La salle d'attente et l'anxiété: analyse psychologique sur 100 patients [Thèse d'exercice]. Université Lyon 1. Faculté d'odontologie; 1983.
20. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. INPES éd.; 2011. [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>. Consulté le 14 novembre 2016.
21. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Mémoire de médecine générale]. Faculté Lyon Nord; 2004.
22. Rat C, Tudrej B, Kinouani S, Guineberteau C, Bertrand P, Renard V, et al. Encadrement réglementaire des recherches en médecine générale. *Exercer* 2017;(135):2-9.
23. Commission Nationale Informatique & Liberté. MR-003 Méthodologie de référence. [En ligne] <https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/mr-003.pdf>. Consulté le 5 février 2018.
24. ANRS. Typologie de la recherche impliquant la personne humaine. [En ligne] http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie_recherche.pdf. Consulté le 5 février 2018.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;19(84):142-5.
26. Van der Maren J-M, La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse? Colloque international, Recherche qualitative et gestion. Cahier de recherche n°96-11-11; 1996. Montréal, Canada.
27. Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK. L'«attente» dans la salle d'attente - De nuisance à opportunité. *Can Fam Physician*. 5 janv 2013;59(5):e222-4.
28. Deloffre B (Syndicat MGFrance). (cité 14 nov 2016). Affichage de salle d'attente, [Internet]. <http://www.mgfrance.org/index.php/services/affiches-salle-d-attente>
29. Stefani F. Informations dans la salle d'attente du médecin. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2000. [En ligne] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infosalledattente.pdf>. Consulté le 12 mars 2017.

ANNEXE 1 : Questionnaire destiné aux patients

1. Quel âge avez vous ?
2. Etes-vous un homme ou une femme ?.....
3. Décrivez-vous votre lieu de vie comme urbain ou rural ?.....
4. Quelle est votre profession ?.....
5. Dans quel type de cabinet médical exerce votre médecin généraliste : exercice de groupe, cabinet isolé, maison pluridisciplinaire ?.....
6. Depuis combien de temps êtes vous suivi par votre médecin généraliste ?.....
7. Pourriez vous estimer la fréquence annuelle à laquelle vous consultez votre médecin traitant ?.....
8. À combien de temps estimez-vous la durée moyenne de votre attente au cabinet lors de vos consultations avec votre médecin généraliste ?.....
9. Vous arrive-t-il d'accompagner ou d'être accompagné(e) par vos enfants en consultation ou dans la salle d'attente ?.....
10. Estimez-vous que vous participez à des activités culturelles type théâtre/opéra/ballet, cinéma, musées, médiathèque, ou galeries d'art :

Jamais – De temps en temps – Souvent – Très souvent

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

1. Racontez-moi la dernière fois que vous avez attendu en salle d'attente chez votre médecin généraliste?
 - *Décrivez-moi cette salle d'attente?*
 - *Qu'avez-vous fait pendant votre attente?*
 - *Comment vous sentiez-vous?*
 - *Combien de temps avez-vous attendu?*
 - *Comment avez-vous utilisé ce temps d'attente?*

2. Que pensez-vous de la salle d'attente de votre médecin généraliste?
 - *Comment vous sentez-vous dans ce lieu ?*
 - *Qu'est ce que vous appréciez quand vous êtes en salle d'attente?*
 - *Que pensez-vous des affichages de prévention en santé dans cet espace?*
 - *Que vous apporte cette phase d'attente lors de votre consultation?*
 - *Que pensez-vous de l'offre actuelle de divertissements?*

3. Si, dans cette salle d'attente, on vous proposait d'y faire autre chose que d'attendre, que pourrait-on y faire d'après vous?
 - *Pourriez-vous prendre plaisir à y passer du temps?*
 - *Comment amélioreriez-vous cet espace (Architecturalement, Décoration et ambiance)?*
 - *Quels types de divertissements ou occupations apprécieriez-vous d'y trouver?*
 - *Que penseriez-vous si on y proposait des activités d'utilité générale ou individuelle?*

(achats, soins esthétiques, démarches administratives....)

4. Que pensez-vous de la mixité sociale dans les salles d'attente de médecine générale?
 - *Comment percevez-vous le fait d'y croiser des personnes d'horizons socio-culturels différents ?*
 - *Que pensez-vous d'utiliser le temps d'attente pour faire des rencontres?*
 - *Que pensez-vous d'utiliser ce temps pour échanger avec des personnes différentes de vous sur le plan culturel ou générationnel?*

5. Que pensez-vous de l'utilisation de la salle d'attente comme un espace non médicalisé?
 - *Que pensez-vous du fait que le soin soit isolé dans des structures exclusivement dédiées ?*
 - *Que pensez vous d'associer le soin à des activités non médicalisées?*
 - *Que pensez-vous d'aborder les questions d'actualité, telles que l'écologie ou les enjeux agro-alimentaires, dans les lieux de soin?*
 - *Que pensez-vous d'ouvrir un dialogue entre les différentes générations ou les différentes cultures, dans nos lieux de soin?*

6. Que pensez-vous de l'utilisation de la salle d'attente comme un espace de vie culturelle?
 - *Quels types de cultures vous sembleraient intéressants et comment les amèneriez-vous en salle d'attente ?*
 - *Que vous évoque l'utilisation de la salle d'attente pour rendre la culture accessible à tous?*
 - *Que pensez-vous de rencontrer la culture à l'occasion d'activités à priori non culturelles, telle qu'une consultation médicale?*
 - *Que pensez-vous d'aborder la culture en la partageant avec des individus différents de vous ?*

ANNEXE 3 : Avis du groupe éthique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Lisa BOSMAN

Titre du projet de recherche : Que pense la population générale de l'utilisation de l'espace des salles d'attente de cabinet de médecine générale comme lieux de vie culturels et d'échanges ?

N° du projet : 2018 031

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE
- DÉFAVORABLE
- SURSIS A STATUER
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE

au projet de recherche n° 2018 031

A Tours, le 1^{er} juin 2018

Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique

2, Bd Tonnelé - 37044 TOURS Cedex 9 - Tél. 02.18.37.08.50
Courriel : espace-ethique@chu-tours.fr

ANNEXE 4 : Notice & consentement

NOTICE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Groupe de discussion et entretien individuel sur La Salle d'attente en médecine Générale

Investigateur principal: BOSMAN Lisa

Directrice de recherche: Dr Renoux Cécile

Institution: Université François Rabelais - Faculté de médecine de Tours

INTRODUCTION

Vous êtes invité(e) à participer à une étude conduite dans le cadre d'un travail de thèse sur « Que pense la population générale de l'utilisation de l'espace des salles d'attente de cabinet de médecine générale comme lieux de vie culturelle et d'échanges ? ». Votre participation est entièrement volontaire et vous pouvez la retirer à tout moment. Le déroulement de cette recherche vous est décrit ci-dessous. Cette notice d'information et de consentement vous informe sur les risques, la gêne et l'inconfort que vous pourriez ressentir pendant l'étude. Cette information est destinée à vous aider à décider si vous désirez ou non participer à cette recherche. Prenez le temps nécessaire pour lire ce formulaire avec attention. Si quelque chose n'est pas clair, ou si vous avez besoin de plus d'information, n'hésitez pas à demander. Ne signez pas cette notice avant d'être entièrement satisfait(e) de votre information.

OBJECTIF

Vous allez participer à un groupe de discussion, ou à un entretien individuel, destiné à explorer ce que pense la population générale de ce concept de salle d'attente. L'objectif secondaire sera de définir ce que vous imagineriez vous convenir dans ce nouvel espace de vie. Nous intégrerons cette réflexion dans votre représentation de l'attente lors d'un rendez-vous médical et de l'espace salle d'attente tel qu'il est investi actuellement.

QUI PEUT PARTICIPER ?

Nous étudions la population générale aussi tout le monde peut participer à cet étude.

QU'EST-CE QUE CELA IMPLIQUE ?

Le groupe de discussion et les entretiens individuels n'ont pas de durée prédéfinie, ils s'achèveront quand la discussion touchera à son terme. Pendant la séance, on vous demandera, ainsi qu'aux autres participants, votre avis concernant diverses questions qui vous seront posées. Vos réponses, ainsi que les échanges entre les différentes personnes du groupe, seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique et notés afin de pouvoir garder une trace précise de la séance. Il n'est attendu aucune « bonne » ou « mauvaise » réponse aux questions qui seront posées ; ce qui importe est que vous puissiez partager et échanger sur votre expérience et vos opinions.

RISQUES ET GENES EVENTUELS

Il n'y a pas de risques connus associés à votre participation à ces entretiens individuels ou à ce groupe de discussion. Cependant, certaines questions et les discussions qui en découleront pourront vous sembler personnelles (par exemple, parler de vos sentiments). Vous êtes tout à fait libre de ne pas y répondre et pouvez également vous retirer de la discussion à tout moment.

BENEFICES EVENTUELS

Il n'y a pas de bénéfices directs liés à votre participation à cette étude. Cependant, beaucoup de gens pensent qu'il leur est utile d'échanger sur leur vécu. Ces échanges nous aideront également à mieux comprendre la perception actuelle de la salle d'attente tel que cet espace est investi actuellement. L'objectif est d'améliorer notre utilisation de cet espace afin de mieux répondre aux attentes de la population.

INDEMNITES

Vous ne percevrez aucune indemnité dans le cadre de votre participation à cette étude.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Un enregistrement audio sera fait lors de la séance. Il sera ensuite identifié avec un code unique qui ne permettra pas de faire le lien avec le participant, puis stocké dans une base de données. Nous rapporterons uniquement les résultats de l'échange et non les informations individuelles, votre identité ne sera donc pas communiquée. Nous ne révélerons aucune information qui pourrait vous identifier, ni faire le lien entre vous et une information que nous présenterons.

QUI EST RESPONSABLE DE CETTE ETUDE ?

Cette étude est menée par Madame BOSMAN Lisa. La collection des données et leur exploitation seront supervisées par Dr RENOUE Cécile.

INTERRUPTION DE VOTRE PARTICIPATION

Votre décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien vos relations avec l'équipe en charge de ce projet. Si vous décidez de participer, vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions, ou de vous retirer de la discussion à tout moment.

QUESTIONS OU INFORMATION COMPLEMENTAIRE

Si vous avez des questions sur cet entretien individuel ou ce groupe de discussion, vous pouvez appeler **Madame BOSMAN Lisa au 06.03.57.49.19.**

N'oubliez pas de conserver une copie de ce formulaire de consentement.

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Après avoir discuté et obtenu les réponses à mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer aux entretiens individuels ou aux groupes de discussion décrits ci-dessus. Je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette étude, et cela quelles qu'en soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

J'ai bien reçu une copie de cette notice d'information et de consentement.

Nom du participant :

Nom de l'investigateur : BOSMAN

Date :

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur :

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

BOSMAN Lisa

96 pages – 1 tableau – 8 figures – 4 Annexes

Résumé :

INTRODUCTION : Dans la littérature, la salle d'attente de médecine générale n'a jamais été vue autrement que comme un lieu d'attente et d'information médicale. Ce lieu de mixité pourrait être investi, comme beaucoup d'autres espaces de vie, par la culture et les liens communautaires. Cette étude avait pour objectif d'explorer l'avis de la population générale sur l'utilisation de la salle d'attente comme un lieu de vie culturelle et d'échanges.

MÉTHODE : Cette étude qualitative, par entretiens semi-dirigés individuels et collectifs, a été réalisée auprès d'un échantillonnage raisonné, non probabiliste, assurant la diversité des représentations possibles, de la population Tarnaise. Une analyse thématique de contenu par codage et catégorisation a été réalisée.

RESULTATS : Il existait une image préconçue limitant l'imaginaire collectif en matière de salle d'attente et reposant sur le vécu de ce lieu. Jusqu'à présent son utilisation ne satisfaisait pas la population et n'était pas à la hauteur de l'enjeu que représentait cet espace. La population étudiée a idéalisé la salle d'attente et proposé de nouvelles utilisations. Elle a exprimé ses doutes quant au sens et à l'image des lieux de soin en cas de modification de l'utilisation de cet espace. Enfin la place de la culture en salle d'attente a été discutée et légitimée.

CONCLUSION : Le mésusage actuel de cet espace singulier a été révélé, et le concept d'espace de vie culturelle et d'échanges proposé a suscité un engouement quasi général. Certaines craintes quant au sens et à la légitimité de ce projet ont été soulevées.

Mots clés : Salle d'attente, médecine générale, vie culturelle, échanges, vie communautaire,

Jury :

Président du Jury : Professeur Laurent BRUNEREAU

Directeur de thèse : Docteur Cécile RENOUX

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Professeur Wissam EL HAGE

Date de soutenance : 15 Novembre 2018