

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Sandra JANVIER

**ÉVALUER L'IMPACT SUR LE DEPISTAGE DE L'APNEE DU SOMMEIL D'UN AFFICHAGE
EN SALLE D'ATTENTE DE MEDECINE GENERALE FAVORISANT LA LITTERATIE EN
SANTE DES PATIENTS**

Présentée et soutenue publiquement le **20 novembre 2025** devant un jury
composé de :

Président du Jury :

Professeur Philippe GATAULT, Néphrologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Christophe RUIZ, Médecine Générale, PA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Xavier ROY, Médecine Physique et de Réadaptation – Châteauroux

Docteur Tiffany BONNET, Médecine Générale – Pipriac

RESUME

TITRE : Évaluer l'impact sur le dépistage de l'apnée du sommeil d'un affichage en salle d'attente de médecine générale favorisant la littératie en santé des patients

INTRODUCTION : La littérature suggère le potentiel des salles d'attente en tant que lieu de promotion de la santé : la transmission de messages adaptés au niveau de littératie en santé du patient est la première étape du processus d'autonomisation des individus. Pourtant, peu d'études évaluent l'effet des affiches d'information qu'on y trouve sur les compétences en santé des patients.

Partant du constat que le syndrome d'apnée du sommeil (SAHOS) est sous-diagnostiqué malgré une prévalence importante, cette étude cherche à évaluer si un affichage dédié respectant des recommandations de lisibilité permet d'améliorer son dépistage.

METHODE : Essai contrôlé randomisé multicentrique réalisé pendant l'été 2025 dans 10 salles d'attente réparties entre groupe avec l'affiche et groupe témoin. Un questionnaire anonyme évaluant la discussion sur le sommeil et les connaissances du SAHOS était proposé aux patients majeurs à l'issue de la consultation.

RESULTATS : Au total 542 questionnaires ont été analysés (293 + 249).

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre le nombre de discussions du groupe intervention et du groupe témoin. En revanche au sein du groupe affiche on retrouve davantage de discussions et même d'orientation vers un médecin du sommeil chez ceux ayant lus l'affiche et reconnu des symptômes chez eux. Les patients exposés à l'affiche reconnaissent mieux les symptômes du SAHOS que ceux du groupe témoin. Les patients qui ont eu une discussion sur le sommeil ont de meilleures connaissances du SAHOS.

CONCLUSION : Une intervention ciblée sur le SAHOS en salle d'attente favorisant la littératie en santé participe à la sensibilisation des patients et in fine à leur dépistage.

Mots clés : médecine générale, affiche, salle d'attente, littératie en santé, prévention, apnée du sommeil, essai contrôlé randomisé

ABSTRACT

TITLE : Impact of a waiting-room poster intervention promoting health literacy on sleep apnoea screening in general practice

INTRODUCTION : Literature highlights the potential of waiting rooms as settings for health promotion : delivering messages tailored to patients' health literacy levels represents the first step in the process of individual empowerment.

However, few studies have assessed the impact of informational posters found in these settings on patients' health related competencies.

Given that obstructive sleep apnea (OSA) remains underdiagnosed despite its high prevalence, this study aims to evaluate whether a dedicated poster designed according to readability recommendations can enhance its screening.

METHODS : A multicentre randomized controlled trial was conducted during summer 2025 in 10 waiting rooms, divided into an intervention group displaying the poster and a control group. An anonymous questionnaire assessing discussions about sleep and knowledge of OSA was offered to adult patients at the end of their consultation.

RESULTS : A total of 542 questionnaires were analyzed (293 + 249). No significant difference was found between the number of discussions in the intervention group and the control group. However, within the poster group, more discussions and even more referrals to a sleep specialist were reported among patients who had read the poster and recognized symptoms in themselves.

Exposure to the poster was associated with greater recognition of OSA symptoms compared with the control group. Patients who discussed sleep with their physician demonstrated greater knowledge of OSA.

CONCLUSION : A waiting-room intervention focused on OSA and designed to enhance health literacy contributes to raising patient awareness and, ultimately, to improving its detection.

Keywords : general practice, poster, waiting room, health literacy, prevention, sleep apnea, randomized controlled trial

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
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
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine

LIMA MALDONADO Igor.....

MALLET Donatien.....

SAMKO Boris.....

RUIZ Christophe

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....	Praticien Hospitalier
-------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaida	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

« Et ta thèse, ça avance ? »

— Citation répétitive bientôt obsolète.

(Auteur familial, d'une persévérance admirable.)

REMERCIEMENTS

Au Président de jury, Monsieur le Professeur Philippe GATAULT,

Vous m'accordez l'immense honneur de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour votre disponibilité et l'intérêt porté à cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Christophe RUIZ,

Votre humanité et vos conseils dispensés lors des Groupes d'Echange Patients-Enseignants ont marqué ma pratique professionnelle et c'est un grand honneur de vous présenter ce travail, je vous remercie pour l'attention que vous m'accordez une fois de plus.

À Monsieur le Docteur Xavier ROY,

Xavier, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as pu faire pour moi, que ce soit dans mon cursus professionnel ou dans mon évolution personnelle. Merci d'avoir répondu encore une fois présent, j'espère que ce travail t'intéressera.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Tiffany BONNET,

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure, et pour ta patience tout au long de ce (très) long processus qui m'a permis d'aboutir enfin à ce travail. Travailler avec toi, tant sur cette thèse qu'au cabinet a été enrichissant, sécurisant et source d'autres belles rencontres. Je te remercie sincèrement pour ces dernières années.

À Mme GESLIN Mareva, Mme FORTIN Danielle de la FRAPS Centre-Val de Loire, l'équipe de medStats, merci pour vos précieux conseils tout au long de l'élaboration de cette thèse.

À tous les médecins généralistes qui ont généreusement accepté de participer à cette étude, j'adresse toute ma gratitude.

Aux professionnels de santé de toutes spécialités que j'ai rencontrés au cours de ma formation, et particulièrement à mes maîtres les Docteurs Muriel BATARD, Sylvaine LE LIBOUX et Ludovic LEMASSON ; Bogdan AIGNATOIE, Didier RATIER et Joseph WASSEF ; Meryam AJROUDI, Naïma AYAZ et Mirela DIMETRESCU ; Stéphane RABET, Xavier ROY et Laurence TALLIER ; Alexandre SCOCCIMARRO et Anne-Claire VILLALONGA DA SILVA ; Vincent MAGDALENA, Dominique SIGNORET et Thierry SIMON ; Valérie MOLINA.

Le médecin que vous m'avez aidée à devenir doit beaucoup à vos enseignements et vos valeurs.

Une pensée particulière au Docteur Marie-Line CAVAGNA qui me faisait découvrir pour la première fois la médecine générale dans son cabinet il y a maintenant dix ans.

À mes co-internes, avec qui les joies comme les difficultés des stages ont été plus simples à vivre, je vous souhaite de vous épanouir dans votre vie professionnelle et personnelle.

À Ophélie, merci de me supporter depuis toutes ces années et j'espère pour les nombreuses à venir, ton amitié sans faille est un trésor.

Aux gens que j'aime, ma famille et mes proches

« Le cœur a sa propre éloquence, que les mots trahissent souvent. » (Flaubert, en toute modestie).

Aucun écrit ne saurait dire l'importance que vous avez pour moi, alors je ne ferai pas durer ce paragraphe plus longtemps. J'espère vous dire, par mes actes, toute ma gratitude pour ce que vous m'apportez dans ma vie, et mon amour inconditionnel.

Je terminerai par une pensée pour mes grands-parents, qui ne pourront pas lire ces remerciements.

Papygeo, Mamyvette, Papyné, Maminette : j'espère que vous êtes aussi fiers de moi, là-bas, que je le suis d'être votre petite-fille.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

ABREVIATIONS

CHU — Centre Hospitalier Universitaire

CJP — Critère de Jugement Principal

CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

FRAPS – Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

GSA – Gestionnaire de la Salle d’Attente

HLS-EU – European Health Literacy Survey

IAH – Indice d’Apnées-Hypopnées

INSV – Institut National du Sommeil et de la Vigilance

LS – Littératie en Santé

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

PROSOM – PROmotion des connaissances sur le SOMmeil

QR code – Quick-Response code

SAHOS – Syndrome d’Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil

SFRMS – Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil

SPLF – Société de Pneumologie de Langue Française

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	15
1.	Définitions et concepts en santé publique.....	15
1.1	Promotion de la santé.....	15
1.2	Interventions, Education pour la santé et information en sante	15
1.3	Littératie en santé	16
2.	La salle d'attente des cabinets de médecine générale	17
2.1	Usages	17
2.2	L'information par les affiches en salle d'attente.....	17
2.3	Un lieu favorable à l'exercice de la LS	18
3.	L'apnée du sommeil et son dépistage	19
4.	Intérêt de cette étude	21
II.	MATERIEL.....	23
1.	Choix du support d'information	23
2.	Création d'une affiche	23
III.	METHODE	25
1.	Type d'étude	25
2.	Recrutement.....	25
2.1	Salles d'attente	25
2.2	Patients	25
3.	Déroulement de l'étude	26
4.	Recueil et analyse des données.....	26
5.	Mesures éthiques.....	27
IV.	RESULTATS	28
1.	Diagramme de flux	28
2.	Caractéristiques des participants.....	29
3.	Analyse du groupe affiche	30
4.	Analyse du groupe témoin.....	32
5.	Evaluation du critère de jugement principal.....	33
5.1	Consultation de l'affiche.....	33
5.2	Patients déjà diagnostiqués ou en attente d'avis spécialisé	34
5.3	Reconnaissance des symptômes	35
5.4	Initiateur de la discussion autour du sommeil	35
5.5	Recherche d'associations.....	36
6.	Evaluation des critères de jugement secondaires	37

6.1 Evaluation des connaissances sur le SAHOS	37
6.2 Orientation vers un spécialiste du sommeil	40
V. DISCUSSION	42
1. Principaux résultats	42
1.1 Connaissances du SAHOS	42
1.2 Patients préalablement dépistés	44
1.3 Critère de jugement principal : taux de discussion sur le sommeil	44
1.4 Adressé à un spécialiste	46
2. Faiblesses de l'Étude	46
2.1 Groupes comparables ?	46
2.2 Choix du critère de jugement principal	47
2.3 Modalités d'évaluation des connaissances du SAHOS	47
2.4 Autres points de méthode	48
3. Forces de l'Étude	49
4. Perspectives	50
4.1 Transformer l'intervention en véritable action d'éducation pour la santé	50
4.2 Optimiser l'information en salle d'attente	50
VI. CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	55
❖ Affiche	55
❖ Tableau I : Caractéristiques des échantillons affiche et témoin	56
❖ Tableau II : Résultats spécifiques au groupe affiche	57
❖ Tableau III : Résultats spécifiques au groupe témoin	58
❖ Questionnaire intervention	59
❖ Questionnaire témoin	60

I. INTRODUCTION

1. DEFINITIONS ET CONCEPTS EN SANTE PUBLIQUE

1.1 PROMOTION DE LA SANTE

Selon la Charte d'Ottawa publiée en 1986, la **promotion de la santé** a pour but de donner aux individus et aux communautés les moyens d'accroître le contrôle de leur santé afin de l'améliorer.

C'est un processus global basé sur des actions renforçant les capacités des individus, mais aussi sur des mesures politiques, sociales et environnementales qui vont influencer favorablement des déterminants de santé.

1.2 INTERVENTIONS, EDUCATION POUR LA SANTE ET INFORMATION EN SANTE

Les **interventions** en santé correspondent à des actions planifiées visant à améliorer ou promouvoir la santé (1).

Parmi ces interventions, on peut citer celles d'**éducation pour la santé**, définie par S. TESSIER comme « *le procédé au travers duquel les personnes peuvent acquérir des compétences et les moyens de les exercer en faisant des choix favorables pour leur santé* » (2).

Alors que **l'information en santé** n'est que la transmission unidirectionnelle d'un message sans garantie d'appropriation, l'éducation pour la santé agit sur sa compréhension et la capacité d'agir, et donc sur l'autonomisation des personnes (3).

Les bénéficiaires de ces apprentissages peuvent jouer un rôle de diffuseur dans leur entourage, on parle d'éducation par les pairs (2).

1.3 LITTÉRATIE EN SANTÉ

Transformer l'information en action au sein d'un système de santé complexe nécessite un certain nombre de compétences en santé, on parle de « health literacy » ou **littératie en santé** (LS).

Ce concept de santé publique est en constante évolution comme en témoignent les nombreuses définitions depuis les années soixante-dix, ce qui illustre bien sa diversité et sa complexité (3,4).

La littératie en santé est définie par l'OMS en se basant sur la définition de l'European Health Consortium de 2012 comme : *« le savoir, la motivation et les compétences d'un sujet lui permettant d'accéder à l'information sanitaire, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer afin de se former une opinion, prendre des décisions pour sa santé dans la vie quotidienne, prévenir des maladies et promouvoir sa santé, pour conserver ou améliorer sa qualité de vie et ceci tout au long de la vie »* (5).

Elle est indissociable de la maîtrise de la lecture et de l'écriture et s'intègre dans un contexte socio-culturel.

Pour D. NUTBEAM, elle peut être envisagée à la fois comme un facteur de vulnérabilité des individus - car le lien entre le niveau de LS et l'état de santé est bien documenté - mais aussi comme un levier à développer pour améliorer leurs compétences en santé (4). Ainsi un bon niveau de LS va être nécessaire pour transformer l'information reçue en action bénéfique, et en parallèle, une information « accessible » va renforcer la littératie d'un individu.

En améliorant l'accès des personnes à l'information sur la santé et leur capacité à s'en saisir efficacement, la LS joue un rôle essentiel dans **l'autonomisation – ou empowerment** (6).

En France, 44.1% des Français ont un niveau de littératie en santé insuffisant selon la première enquête de littératie sur le territoire parue en mai 2024 ; des difficultés financières et un sentiment de déclassement social apparaissent liés à un niveau de LS plus faible (7).

Pour résumer : L'éducation pour la santé constitue un levier pour améliorer la LS des individus, ce qui contribue in fine à leur autonomisation, objectif majeur de la promotion de la santé.

2. LA SALLE D'ATTENTE DES CABINETS DE MEDECINE GENERALE

2.1 USAGES

Etape (quasi) incontournable avant la consultation, on estime que 75% de la patientèle d'un cabinet médical y transitera au moins une fois par an (8).

Cet espace répond à des besoins différents selon le point de vue :

- Pour les médecins, elle permet de réguler le flux des consultations.

Ils doivent y faire apparaître un affichage réglementaire obligatoire défini par différents textes de loi : tarifications des actes, l'organisation des urgences avec les numéros associés, l'interdiction de fumer etc. (9). C'est aussi un lieu d'éducation de sa patientèle au travers de messages sur le fonctionnement du cabinet (10).

- De leur côté, les patients recherchent un lieu agréable et confortable.

Son agencement a un impact sur la satisfaction des patients et leur perception de la qualité des soins qu'ils vont recevoir.

Il est démontré qu'une attente de qualité permet d'atténuer les sentiments négatifs du patient, comme l'anxiété et l'impatience (10,11).

2.2 L'INFORMATION PAR LES AFFICHES EN SALLE D'ATTENTE

L'attente peut être utilisée comme vecteur de l'information médicale : la salle d'attente est donc un lieu idéal pour proposer aux patients de la documentation sur leur santé (9,11-16).

Les thèmes autour de la prévention et de l'actualité médicale sont de plus en plus plébiscités par les patients au cours des dernières années (8,9,14), et s'ils peuvent avoir du mal à identifier les meilleures sources pour se renseigner, les supports sélectionnés par leur médecin sont jugés fiables (11–13).

Les posters (ou affiches) sont des supports largement répandus dans les salles d'attente et fréquemment utilisés dans les campagnes de promotion de la santé par des organismes comme Santé Publique France ou l'Assurance Maladie. Une étude notait leur présence dans 78% des salles d'attente en 2012 (8). Peu onéreux, accessibles à tout moment, ils sont le plus souvent remarqués et lus (13,16).

2.3 UN LIEU FAVORABLE A L'EXERCICE DE LA LS

Les salles d'attente qui s'adaptent aux besoins de LS des usagers ont le potentiel de promouvoir et développer leurs compétences en santé : on parle de **réceptivité à la LS** (17). Autrement dit, la LS d'un individu dépend de la manière dont l'environnement va prendre en compte ses capacités, ses attentes et ses priorités.

Appliqués aux salles d'attente, des facteurs comme l'agencement de la pièce, la présentation des ressources, les règles d'usage du lieu ainsi que le contexte socioculturel vont jouer un rôle dans la façon qu'a l'utilisateur de s'approprier les informations disponibles (10,13,18).

Ainsi dans de bonnes conditions, la mise à disposition d'informations accessibles et claires permet au patient de se situer sur un thème donné avec la possibilité de poser ses questions ou d'appliquer le message (par exemple récupérer les moyens nécessaires à un dépistage) lors de la consultation qui va suivre.

Des organismes de promotion de la santé proposent des recommandations visant à optimiser la lisibilité des supports dans cette optique, tant sur le fond (contenu) que sur la forme (consignes de mise en page) (2,19–21).

Une stratégie d'information ciblée sur une ou deux thématiques au maximum sur une période donnée est plus efficace que l'accumulation des messages (11).

3. L'APNEE DU SOMMEIL ET SON DEPISTAGE

La Société de Pneumologie de Langue Française, à partir des critères de l'American Academy of Sleep Medicine, définit le Syndrome d'Apnées Hypopnées Obstructives du Sommeil (SAHOS) par l'association des critères A et/ou B avec le critère C (22) :

- A. *Somnolence diurne excessive non expliquée par d'autres facteurs*
- B. *Au moins 2 des critères suivants non expliqués par d'autres facteurs*
 - ronflement sévère et quotidien*
 - sensations d'étouffement ou de suffocation pendant le sommeil*
 - sommeil non réparateur*
 - fatigue diurne*
 - difficultés de concentration*
 - nycturie (plus d'une miction par nuit)*
- C. *Critère polysomnographique ou polygraphique : au moins 5 évènements d'apnées ou hypopnées par heure de sommeil = IAH ≥ 5*

Ce syndrome se caractérise par la survenue répétée d'obstructions plus ou moins complètes des voies aériennes supérieures au cours du sommeil, à cause d'un tonus insuffisant des muscles pharyngés.

Il en découle une majoration des efforts respiratoires pour lutter contre le collapsus via des micro-éveils, associée à une hypoxémie intermittente et l'activation du système sympathique.

La forte morbi-mortalité du SAHOS est liée aux conséquences cardio-vasculaires et métaboliques induites par ces phénomènes ainsi qu'aux risques de la somnolence diurne qu'il engendre (23).

Son dépistage précoce est donc un enjeu de santé publique majeur.

Malgré tout, on considère que le SAHOS est encore largement sous-estimé et **sous-diagnostiqué** :

- Une étude française réalisée sur des données de 2017 issues d'une large étude de cohorte en population générale estimait qu'**un individu sur cinq** avait une forte probabilité d'être touché, quand seulement 3.5% des participants étaient traités (24).
- D'autres travaux évaluent ce risque entre 6 et 30% selon les caractéristiques des patients inclus (notamment l'âge avancé) (25), avec une tendance à la hausse de la prévalence au cours des dernières décennies (24).

Le diagnostic est évoqué devant une forte suspicion clinique mais doit être confirmé par la réalisation d'enregistrements nocturnes que sont la polysomnographie (gold standard) ou la polygraphie ventilatoire (en première intention, plus accessible et moins onéreux) (23).

Ainsi les soins primaires jouent un rôle primordial dans le repérage du SAHOS, mais il existe de nombreux **freins au dépistage** dans un cabinet de médecine générale.

Malgré le fait que la plupart des personnes consultant en médecine générale connaissent l'existence de cette pathologie, leurs connaissances des symptômes restent insuffisantes (26).

De plus, les symptômes comme les ronflements et la somnolence diurne sont encore banalisés par une grande proportion de la population et leur impact sous-estimé dans le quotidien (27). L'absence de plainte des patients (ou de leur conjoint) ne favorise pas l'initiation d'un interrogatoire ciblé au cours d'une consultation.

Partant du constat que les médecins manquent de temps (28) et de signaux d'alerte observables, des auteurs suggèrent de rendre les patients pro-actifs pour déclencher la démarche du dépistage (26).

D'autant plus qu'il a été démontré que les patients qui se sont renseignés sur le SAHOS auprès de leur médecin sont 10 fois plus susceptibles de bénéficier d'une évaluation du SAHOS (26).

4. INTERET DE CETTE ETUDE

La perception des médecins et des patients sur l'efficacité et la pertinence d'information pour la santé en salle d'attente est bien étudiée avec des résultats concordants : la nécessité d'optimiser les stratégies de communication, une ambivalence entre intérêt et anxiété générée par l'information, mais toujours un constat d'utilité (8,9,14,15,29).

Il est plus difficile d'évaluer les résultats de telles interventions :

- Les thèmes affichés semblent avoir très peu d'influence sur le motif de consultation (30)
- Le nombre d'antibiotiques prescrits en population pédiatrique n'a pas diminué chez les enfants dont les parents ont été exposés à un poster éducatif en salle d'attente (31)
- Le taux de vaccination contre la grippe est resté le même après disposition d'un poster et de dépliants promotionnels en salle d'attente (32)
- Plus récemment, en 2023 une revue de littérature a montré que des ressources de qualité pouvaient avoir des résultats positifs sur la LS des patients comme l'amélioration des connaissances, la modification de comportements ou de critère clinique. Mais la plupart des études incluses usaient de supports multimédias. Aucune étude ciblant la réceptivité à la LS en salle d'attente n'a été identifiée. (17)

L'impact d'un poster sur les interactions avec son médecin et les connaissances acquise a été peu évalué(15,29) et la lisibilité des supports de ces études n'est pas décrite.

Mon hypothèse est qu'améliorer la sensibilisation au SAHOS des patients en salle d'attente peut améliorer son dépistage.

Cette étude propose donc d'évaluer l'impact sur le dépistage de l'apnée du sommeil d'un affichage répondant aux recommandations de lisibilité.

Objectif principal : comparer la proportion de discussions sur le sommeil pendant la consultation suivant l'exposition entre le groupe bénéficiant de l'affiche en salle d'attente et un groupe témoin.

- ***Critère de jugement principal*** : *taux de discussions sur le sommeil en consultation*

Objectifs secondaires :

- évaluer l'amélioration des connaissances sur le SAHOS
- évaluer le rôle d'éducation par les pairs des participants
- comparer l'orientation vers un spécialiste du sommeil

II. MATERIEL

1. CHOIX DU SUPPORT D'INFORMATION

L'affiche a été choisie comme support devant sa simplicité de mise en œuvre (ne nécessite pas de matériel préalable comme un écran ou une borne) et son coût réduit, sa lisibilité et la possibilité de la consulter à tout moment.

La présence d'affiche en salle d'attente est habituelle pour les patients et utiliser ce support évite ainsi un effet d'attrait pour la nouveauté qui biaiserait les résultats.

2. CREATION D'UNE AFFICHE

Différents organismes de sensibilisation et promotion de la santé sur le thème de l'apnée du sommeil ont été sollicités (PROSOM, SFRMS, ABC Sommeil, INSV, Promotion Santé Bretagne, FRAPS, des prestataires de santé spécialisés ...) afin d'obtenir une affiche répondant aux besoins de lisibilité de l'étude, sans succès.

L'affiche a donc été créée en collaboration avec la FRAPS Centre Val de Loire selon les recommandations citées précédemment. (cf annexe)

Elle figure les principaux symptômes du SAHOS selon les critères de définition utilisés par la SPLF, regroupés dans des arcs de cercle orange ou bleu selon leur survenue diurne ou nocturne.

Des personnages neutres illustrent chaque symptôme, de sexe féminin pour la fatigue chronique et masculin pour les ronflements en accord avec la prévalence majoritaire de ces signes.

Le niveau d'intelligibilité des messages a été contrôlé à l'aide des outils Scolarius (33) et Lisible (34).

Un QR code propose d'évaluer sa somnolence diurne en renvoyant vers un test interactif basé sur l'échelle d'Epworth, ce qui va permettre de préparer une éventuelle discussion sur ce thème lors de la consultation.

Elle ne fait pas mention des complications ou facteurs de risque du SAHOS qui peuvent être anxiogènes ou stigmatisants

Son but est de provoquer une réflexion et de responsabiliser le patient en recherchant une participation active à son dépistage.

L'affiche obtenue a été évaluée pendant un mois dans une salle d'attente test avant le lancement de l'étude et n'a pas subi de modification devant les retours positifs des patients.

III. METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé multicentrique, méthode de référence pour évaluer l'impact d'une intervention en santé (35).

La randomisation par grappes a été réalisée sans stratification en raison du faible nombre de salles d'attente incluses afin de prévenir un déséquilibre entre les groupes.

2. RECRUTEMENT

2.1 SALLES D'ATTENTE

Des médecins généralistes exerçant en cabinet médical ont été directement sollicités à leur cabinet. Une visite préalable avait été réalisée afin de s'assurer que la configuration de leur salle d'attente était compatible avec un affichage lisible dans de bonnes conditions.

Les critères de non-inclusion des salles d'attente étaient :

- Médecin exerçant une activité dédiée au SAHOS
- Affiche déjà en place sur le SAHOS
- Ne pas accepter de modification de l'affichage

2.2 PATIENTS

Tous les patients majeurs, ne bénéficiant pas de mesure de protection juridique et consultant pour la première fois pendant la période de recueil, se sont vu proposer de participer à l'étude en fin de consultation après une brève présentation par leur médecin. Ainsi, n'ont pas été retenus les mineurs et les accompagnants.

Remplir le questionnaire équivalait à accord du patient.

3. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Un tirage au sort a permis de répartir les salles d'attente incluses entre un groupe témoin et un groupe intervention. Initialement 11 salles d'attente et 15 médecins volontaires ont été inclus. Un médecin a préféré se retirer en cours de recueil devant la surcharge de travail engendrée, menant à l'exclusion de sa salle d'attente (appartenant au groupe témoin) de l'étude.

- Les salles d'attente du groupe témoin n'ont subi aucun changement.
- Celles du groupe intervention ont été vidées de leur affichage existant en ne gardant que les données obligatoires et réglementaires. La décoration des murs a été gardée le plus souvent (cadres, présentoirs de dépliants).
L'affiche sur l'apnée du sommeil de format 50x70 cm a été disposée au mieux pour qu'elle soit visible d'un maximum de patients, parfois en double selon la surface de la pièce.

Le recueil a eu lieu pendant l'été 2025 sur une période de 15 jours pour chaque médecin volontaire en fonction de ses disponibilités

4. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

Un questionnaire remis au patient en fin de consultation existait sous deux formes pour permettre un maximum de participations.

Les médecins volontaires renseignaient leur nom et le motif de consultation selon qu'il était urgent (« aigu ») ou pas (« autre ») sur un questionnaire papier avant de le remettre au patient en fin de rendez-vous.

Celui-ci était invité à remplir une version papier avant de quitter le cabinet, au niveau d'une zone dédiée avec stylo et urne à fente pour la déposer, le plus souvent au secrétariat. Cet endroit était disposé le plus loin possible de la salle d'attente pour le groupe affiche.

Les sujets les plus pressés se sont vu remettre un petit *flyer* avec un QR code afin de répondre à distance via un questionnaire en ligne hébergé sur Framforms.

Les données ont ensuite été compilées sur un tableau Excel permettant leur analyse par un statisticien indépendant à l'aide du langage Python (version 3.10).

Les connaissances sont évaluées à l'aide d'un score obtenu en ajoutant les symptômes « vrais » identifiés au nombre de 7 et en soustrayant jusqu'à 3 distracteurs plausibles (pièges) : essoufflement, baisse d'audition et vomissement au réveil. Le score maximal possible est donc de 7.

Les variables qualitatives ont été analysées par un test du Chi-2 et les variables quantitatives par test de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis ou de Spearman. Les différences étaient considérées significatives si la probabilité p du test de comparaison est strictement inférieure à une valeur = 0.05.

5. MESURES ETHIQUES

L'anonymat des réponses était précisé sur le questionnaire.

Après avis auprès de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Tours, cette étude ne nécessite pas l'attestation du Comité de Protection des Personnes.

IV. RESULTATS

1. DIAGRAMME DE FLUX

Le diagramme de flux de l'étude est présenté en Figure 1.

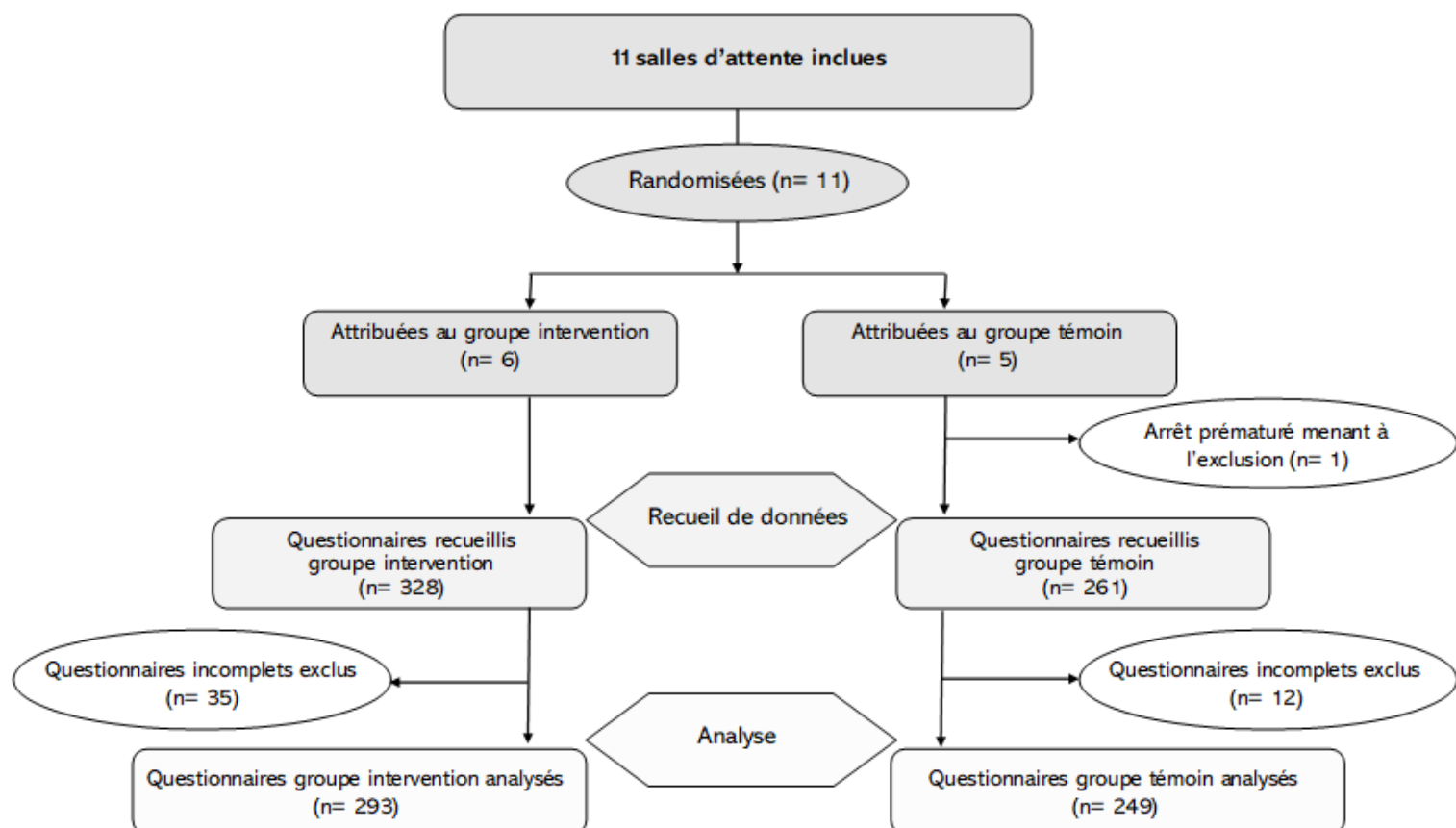


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Au total, 589 questionnaires ont été inclus.

Après exclusion des questionnaires incomplets, 542 questionnaires ont été analysés, avec respectivement 293 dans le groupe intervention et 249 dans le groupe témoin.

Les questionnaires déjà recueillis (n= 2) de la salle d'attente exclue n'ont pas été traités.

2. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

L'analyse descriptive des deux échantillons « affiche » (intervention) et « témoin » est détaillée dans le *Tableau I (annexe)*.

L'âge moyen des participants est comparable entre les deux groupes (55.1 ans vs 54.4; $p > 0.05$). La répartition par sexe est également homogène, avec une proportion similaire de femmes (54,9 % vs 56,6 % ; $p > 0.05$).

La situation professionnelle ne diffère pas significativement entre les échantillons ($p > 0.05$). Les catégories les plus représentées sont les retraités (31,4 % vs 32,9 %) et les employés (25,9 % vs 28,5 %). Les autres statuts (cadres, professions intermédiaires, étudiants, etc.) sont distribués de manière équilibrée entre les groupes.

De même, le niveau d'études est similaire ($p > 0.05$). Les diplômes techniques (CAP/BEP et autres) puis les études supérieures (Bac+3 ou plus) sont les plus fréquents, suivis du baccalauréat et du Bac+2. La proportion de participants sans diplôme est comparable (8,5 % vs 7,2 %).

Les patients ayant déjà bénéficié d'un dépistage du SAHOS, c'est à dire diagnostiqués ou en attente de rendez-vous avec un médecin du sommeil, représentent une proportion équivalente dans les groupes affiche et témoin (16,7 % vs 16,1 % ; $p > 0.05$).

Concernant les motifs de consultation, aucune différence significative n'est retrouvée ($p > 0.05$). Les consultations pour motif « autre » (= non aigu) sont majoritaires dans les deux échantillons (65,2 % vs 58,2 %).

En revanche, une différence significative est observée à propos du temps d'attente avant la consultation ($p < 0,01$). Dans le groupe témoin, les patients sont plus nombreux à avoir attendu moins de 5 minutes (47,4 %) quand les patients exposés à l'affiche rapportent plus souvent un temps d'attente de moins de 15 minutes (45,1%). Ceux ayant attendu plus de 15 minutes sont plus nombreux dans le groupe affiche (25.9% vs 9.6%).

3. ANALYSE DU GROUPE AFFICHE

Parmi les 293 patients exposés à l’affiche, 187 d’entre eux ont remarqué et lu l’affiche soit 63.8%. (*Tableau II en annexe*)

Chez ces derniers, 51.3% (96) des patients ont identifié des symptômes du SAHOS chez eux (*Figure 2*). De plus, 55.6% (104) des patients ayant consulté l’affiche ont découvert des symptômes. (*Figure 3*)

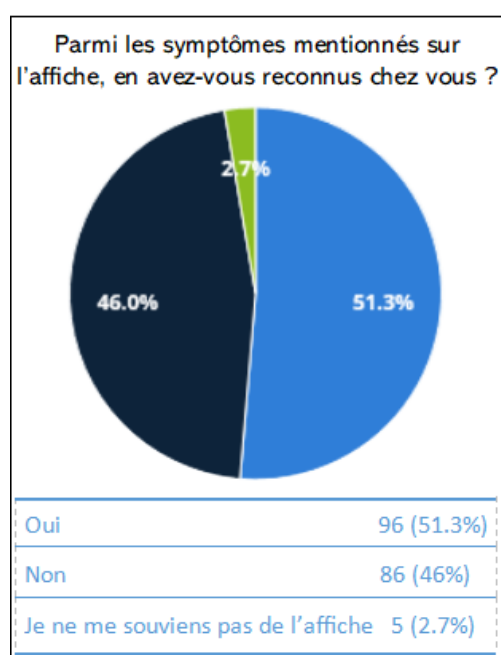


Figure 2

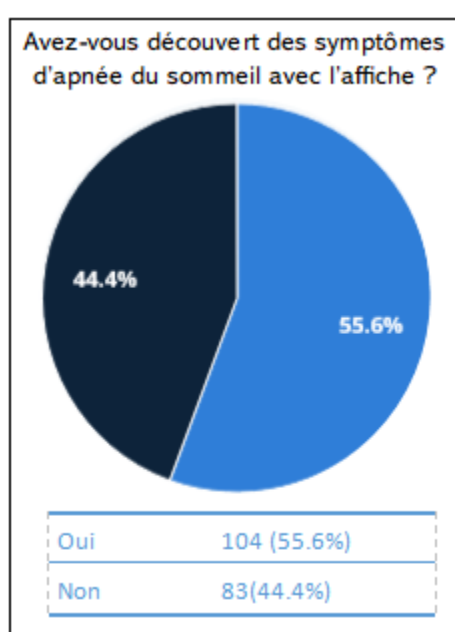


Figure 3

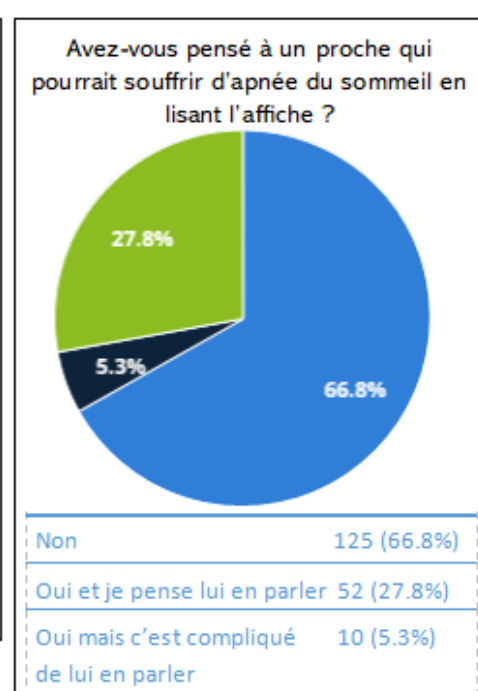


Figure 4

Interrogés sur la présence éventuelle de symptômes de SAHOS parmi leur entourage, 62 patients sur 187 ont indiqué avoir pensé à un proche, et la majorité d’entre eux (52) prévoient d’en discuter avec lui. (*Figure 4*)

Près d’un patient sur dix (9.1%) a scanné le QR code de l’affiche orientant vers un test d’auto-évaluation de la somnolence (échelle d’Epworth).

Lors de la consultation, 31,7 % des répondants ont abordé leur sommeil avec leur médecin. Quelques-uns (2,4 %) prévoient de reprendre rendez-vous pour en discuter, et 0,3 % rapportent que leur médecin souhaite les revoir à ce sujet.

Lorsque le sommeil est abordé, l'initiateur du sujet est le médecin dans 52.7 % des cas ou le patient lui-même dans 47.3 % des cas.

Au terme de ces discussions, 71 % des patients n'ont pas été adressés à un spécialiste du sommeil, 21.5 % l'ont été, et 7.5 % ont reçu une proposition de réévaluation ultérieure. (Figure 5)

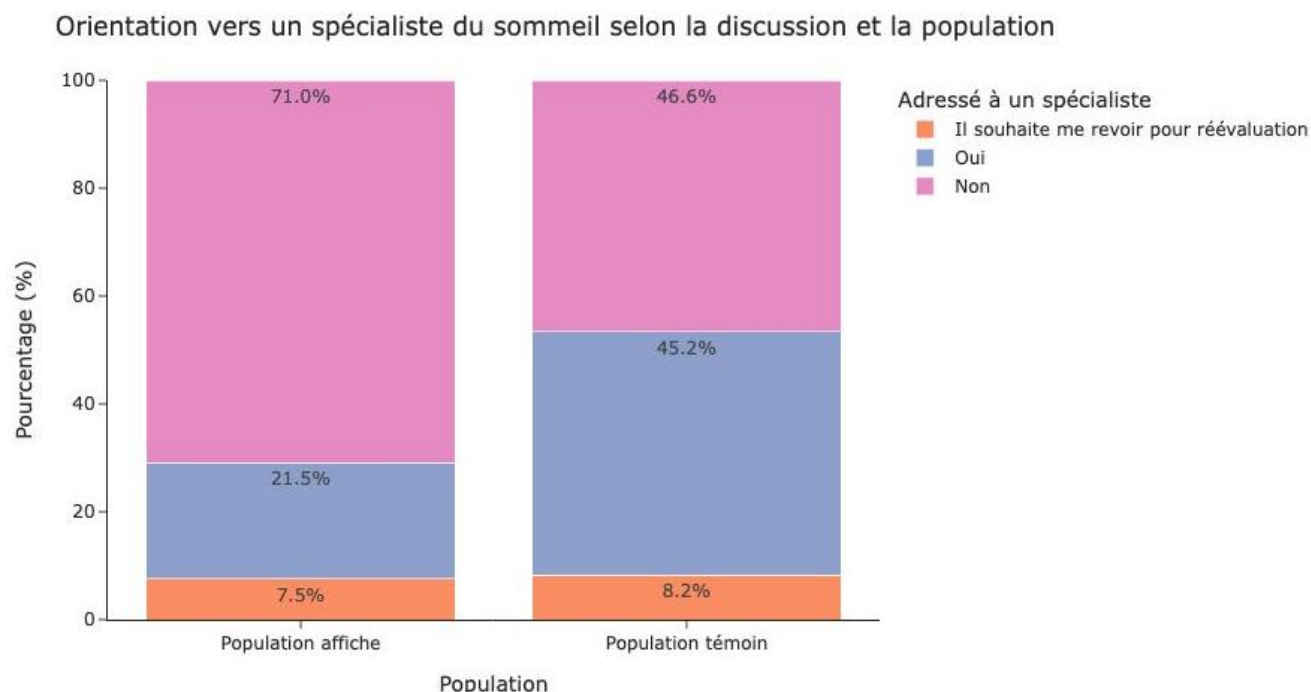


Figure 5

Concernant les connaissances sur les symptômes du syndrome d'apnée du sommeil, les plus fréquemment cités sont : la fatigue permanente (58,0 %), les ronflements (53,9 %) et les réveils répétés (45,1 %). Les autres symptômes mentionnés sont le manque d'attention (41,6 %), la somnolence (38,9 %), le besoin d'uriner plusieurs fois par nuit (29,7 %), puis la sensation d'étouffer (26,6 %).

Les symptômes pièges sont moins fréquemment rapportés avec l'essoufflement (15,7 %), la baisse de l'audition (4,4 %) ou les vomissements au réveil (0,7 %).

16.72% des patients n'ont rien répondu. (Figure 6)

4. ANALYSE DU GROUPE TEMOIN

Plus de neuf participants sur dix (90,8 %) déclarent avoir déjà entendu parler du SAHOS.

Les sources d'information rapportées par les 249 participants sont principalement : les proches via des discussions ou leur propre diagnostic (cités 106 fois), suivies de la télévision (citée 37 fois) et des discussions avec un médecin (cités 26 fois). D'autres sources sont moins fréquentes : sites internet (19 fois), formations en santé (6 fois), réseaux sociaux (5 fois), ou encore les affiches et la publicité (2 et 1 fois).

Lors de la consultation médicale, 29.3% des participants ont parlé de leur sommeil avec leur médecin, une faible proportion envisage d'en discuter lors d'un prochain rendez-vous (1,6 %) et 1 patient sera revu par le médecin à ce sujet (0,4 %).

Le sujet du sommeil est plus souvent abordé par le patient lui-même (64,4 %) que par le médecin (35,6 %).

Suite à cette discussion, près de la moitié de ces patients (45,2 %) ont été adressés à un spécialiste du sommeil. Dans 8,2 % des cas, le médecin a proposé une réévaluation ultérieure. (*Figure 5*)

Les symptômes du SAHOS les plus fréquemment cités par le groupe témoin sont : les ronflements (60,2 %), la fatigue permanente (53,8%), les réveils répétés (37,8 %) et la somnolence (36,6 %). Les autres symptômes rapportés sont ensuite le manque d'attention (24,5 %) et la sensation d'étouffer (23,3 %).

Le symptôme piège de l'essoufflement est plus retrouvé (16,9 %) que le besoin d'uriner plusieurs fois par nuit (9.6%). La baisse de l'audition n'est rapportée que par 3 patients (1,2 %) et les vomissements au réveil n'ont pas été cités. 5.22% des patients n'ont pas répondu. (*Figure 6*)

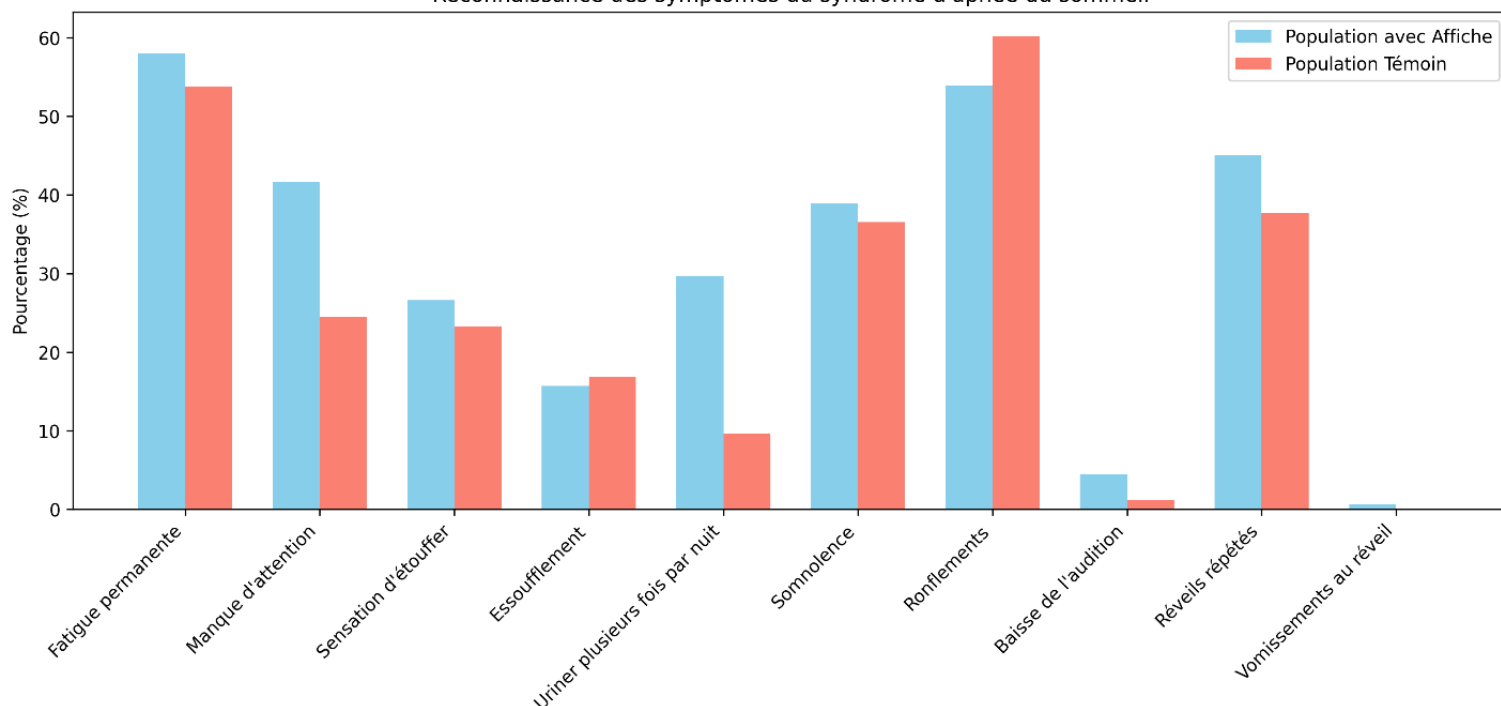


Figure 6

5. EVALUATION DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le nombre de discussions sur le sommeil est assez similaire entre les deux groupes et il n'est pas retrouvé de différence significative ($p > 0.05$).

Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	Groupe témoin n = 249 (100%)	Groupe affiche n = 293 (100%)	p-Value
Non	171 (68.67%)	192 (65.53%)	0.56
Oui	73 (29.32%)	93 (31.74%)	
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	4 (1.61%)	7 (2.39%)	
J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter	1 (0.4%)	1 (0.34%)	

5.1 CONSULTATION DE L'AFFICHE

Les patients ayant lu l'affiche ne semblent pas discuter davantage de leur sommeil que les patients du groupe témoin ($p > 0.05$).

Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	Groupe témoin 249 (57%)	Ayant lu l'affiche 187 (43%)	p-Value
Non	171 (60.21%)	113 (39.79%)	0.1
Oui	73 (51.41%)	69 (48.59%)	
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	4 (50.0%)	4 (50.0%)	
J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter	1 (50.0%)	1 (50.0%)	

En revanche, au sein du groupe exposé à l’affiche, on retrouve un nombre de discussions significativement plus élevé ($p < 0.05$) chez ceux ayant lu l’affiche que chez ceux ne l’ayant pas remarquée.

	Avez-vous remarqué et lu l’affiche sur le SAHOS en salle d’attente ?		
Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	Non	Oui	p-Value
	106 (36.18%)	187 (63.82%)	
Non	79 (41.15%)	113 (58.85%)	0.02
Oui	24 (25.81%)	69 (74.19%)	
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	3 (42.86%)	4 (57.14%)	
J’ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d’en discuter	0(0.0%)	1 (100.0%)	

5.2 PATIENTS DÉJÀ DIAGNOSTIQUES OU EN ATTENTE D’AVIS SPÉCIALISÉ

Ces patients (groupe affiche + groupe témoin) échangent plus fréquemment sur le sommeil en consultation ($p < 0.05$) que ceux qui n’ont pas été préalablement dépistés.

	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d’apnée du sommeil, ou êtes-vous en attente de l’avis d’un médecin du sommeil ?		
Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	Non	Oui	p-Value
	453 (83.58%)	89 (16.42%)	
Non	332 (91.46%)	31 (8.54%)	< 0.01
Oui	109 (65.66%)	57 (34.34%)	
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	10 (90.91%)	1 (9.09%)	
J’ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d’en discuter	2 (100.0%)	0 (0.0%)	

La découverte de symptômes de SAHOS grâce à l’affiche semble indépendante du statut diagnostic des patients vis-à-vis de cette pathologie ($p > 0.05$).

30.6% des patients déjà dépistés ont découvert des symptômes.

	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d’apnée du sommeil, ou êtes-vous en attente de l’avis d’un médecin du sommeil ?		
Avez-vous découvert des symptômes d’apnée du sommeil avec l’affiche ?	Non	Oui	p-Value
	244 (83.28%)	49 (16.72%)	
Non	155 (82.01%)	34 (17.99%)	0.54
Oui	89 (85.58%)	15 (14.42%)	

5.3 RECONNAISSANCE DES SYMPTOMES

Les patients ayant identifié des symptômes présentés sur l'affiche chez eux discutent plus fréquemment du sommeil en consultation que ceux n'en ayant pas reconnus ($p < 0.05$).

Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	Parmi les symptômes mentionnés sur l'affiche, en avez-vous reconnus chez vous ?			p-Value
	Je ne me souviens pas de l'affiche	Non 192 (65.53%)	Oui 96 (32.76%)	
Non	5 (2.6%)	136 (70.83%)	51 (26.56%)	0,01
Oui	0 (0.0%)	53 (56.99%)	40 (43.01%)	
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	0 (0.0%)	3 (42.86%)	4 (57.14%)	
J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	

La reconnaissance de symptômes liés à l'apnée du sommeil est significativement associée à un diagnostic déjà posé ou à l'attente d'un avis spécialisé ($p < 0.05$).

Parallèlement, 36.7% de ces patients ne se sont pas sentis concernés par les symptômes, alors que c'est le cas pour 27% des patients qui n'ont pas été préalablement dépistés.

Parmi les symptômes mentionnés sur l'affiche, en avez-vous reconnus chez vous ?	Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'apnée du sommeil, ou êtes-vous en attente de l'avis d'un médecin du sommeil ?		p-Value
	Non 244 (83.28%)	Oui 49 (16.72%)	
Je ne me souviens pas de l'affiche	4 (80.0%)	1 (20.0%)	< 0.01
Non	174 (90.62%)	18 (9.38%)	
Oui	66 (68.75%)	30 (31.25%)	

5.4 INITIATEUR DE LA DISCUSSION AUTOUR DU SOMMEIL

Parmi les patients ayant échangé sur leur sommeil en consultation, le médecin semble aborder davantage le sujet dans le groupe affiche que dans le groupe témoin ($p < 0.05$).

Qui a abordé le sujet du sommeil ?	Population Affiche 93 (56.02%)	Population Témoin 73 (43.98%)	p-Value
Moi	44 (48.35%)	47 (51.65%)	0.04
Mon médecin	49 (65.33%)	26 (34.67%)	

De même, en ciblant les patients ayant lu l’affiche par rapport au groupe témoin, le médecin intervient plus souvent en premier. A l’inverse, les patients du groupe témoin abordent plus souvent le sujet ($p = 0.03$).

L’initiation d’un échange par les patients n’est pas significativement associée à la lecture de l’affiche ($p > 0.05$), ou encore à la reconnaissance de symptômes ($p > 0.05$).

Avez-vous remarqué et lu l’affiche sur l’apnée du sommeil en salle d’attente ?	Qui a abordé le sujet du sommeil ?		
	Moi	Mon médecin	p-Value
	44 (47.31%)	49 (52.69%)	
Non	13 (54.17%)	11 (45.83%)	0.59
Oui	31 (44.93%)	38 (55.07%)	

Parmi les symptômes mentionnés sur l’affiche, en avez-vous reconnus chez vous ?	Qui a abordé le sujet du sommeil ?		
	Moi	Mon médecin	p-Value
	44 (47.31%)	49 (52.69%)	
Non	24 (45.28%)	29 (54.72%)	0,81
Oui	20 (50.0%)	20 (50.0%)	

5.5 RECHERCHE D’ASSOCIATIONS

- Temps d’attente : les personnes ayant passé plus de 30 minutes en salle d’attente ont tendance à plus discuter du sommeil en consultation mais ce n’est pas significatif ($p > 0.05$).

Combien de temps avez-vous attendu en salle d’attente ?	Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?				p-Value
	J’ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d’en discuter	Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	Non	Oui	
			192 (65.53%)	93 (31.74%)	
Moins de 5 minutes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	62 (72.94%)	23 (27.06%)	0.46
Moins de 15 minutes	1 (0.76%)	4 (3.03%)	83 (62.88%)	44 (33.33%)	
Entre 15 et 30 minutes	0 (0.0%)	3 (5.17%)	37 (63.79%)	18 (31.03%)	
Plus de 30 minutes	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (55.56%)	8 (44.44%)	

- Sexe : il n’est pas retrouvé de différence dans le nombre de discussions ($p = 0.66$).

- Situation professionnelle : les retraités et les professions intermédiaires apparaissent comme les catégories les plus enclines à échanger sur leur sommeil en consultation mais les effectifs sont insuffisants pour des tests statistiques.
- Niveau d'études : les personnes au niveau d'études le plus faible paraissent les plus susceptibles d'avoir cette discussion sans que ce soit significatif ($p > 0.05$).

Niveau d'études	Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?				p-Value
	J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter 1 (0.34%)	Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter 7 (2.39%)	Non 192 (65.53%)	Oui 93 (31.74%)	
BAC	1 (2.0%)	0 (0.0%)	33 (66.0%)	16 (32.0%)	0.61
BAC + 3 ou plus	0 (0.0%)	1 (1.32%)	56 (73.68%)	19 (25.0%)	
BAC +2	0 (0.0%)	3 (6.52%)	30 (65.22%)	13 (28.26%)	
CAP, BEP, autre diplôme technique	0 (0.0%)	1 (1.3%)	47 (61.04%)	29 (37.66%)	
Certificat d'Etudes Primaires, Brevet des Collèges	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 (63.16%)	7 (36.84%)	
Sans diplôme	0 (0.0%)	2 (8.0%)	14 (56.0%)	9 (36.0%)	

6. EVALUATION DES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

6.1 EVALUATION DES CONNAISSANCES SUR LE SAHOS

- **Score moyen des bonnes réponses – mauvaises réponses**

Les patients du groupe affiche reconnaissent davantage les symptômes de l'apnée du sommeil que ceux du groupe témoin ($p < 0.05$). (Figure 8)

Score noté sur 7	Population affiche 93 (100%)	Population témoin 249 (100%)	p-Value
Moyenne (écart-type)	2.77 (2.36)	2.28 (1.79)	0.03
Médiane	3	2	

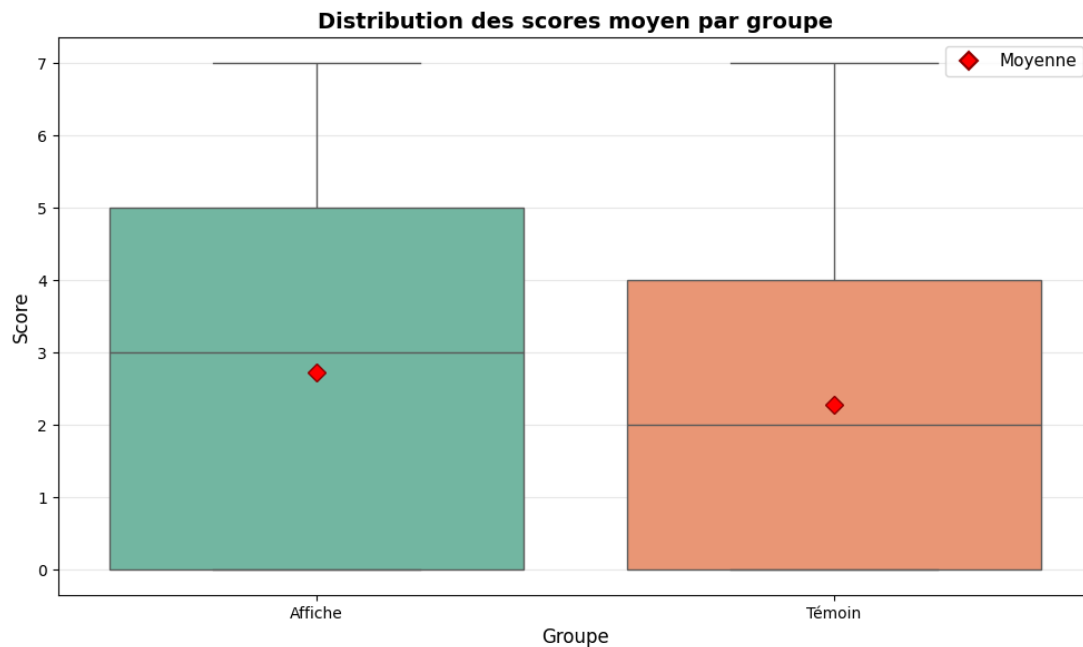


Figure 7

En ciblant les patients qui ont pris connaissance de l’affiche, le score moyen est encore plus élevé (3.41) que celui des patients du groupe témoin (score moyen 2.28) ($p < 0.01$).

Enfin, au sein du groupe affiche, la différence est plus marquée avec un score moyen de 1.65 chez ceux ne l’ayant pas lue. ($p < 0.01$).

Les patients disposant d’un diagnostic ou en attente d’avis (groupe affiche + témoin) reconnaissent davantage les symptômes de l’apnée du sommeil que les autres avec un score moyen de 3.42 vs 2.38 ($p < 0.01$).

Dans cette même catégorie de patients et au sein du groupe affiche, le score moyen est significativement supérieur chez ceux ayant lu l’affiche : 3.94 vs 2.31 ($p = 0.02$)

En revanche il n’est pas retrouvé d’augmentation significative du score moyen chez ces patients lecteurs par rapport aux patients déjà dépistés du groupe témoin : 3.94 vs 3.3 ($p = 0.11$).

Dans le groupe témoin, les patients qui ont indiqué leurs proches comme source d’information sur le SAHOS ont un score moyen supérieur (2.62) à ceux n’ayant pas cité leur entourage (2.02) ($p = 0.01$).

- **Score moyen et recherche d'associations**

- Discussions sur le sommeil : les patients qui ont échangé sur le sommeil en consultation reconnaissent davantage les symptômes du SAHOS que les autres ($p < 0.05$).

Variable	Oui au CJP population affiche 106 (100%)	Non au CJP population affiche 143 (100%)	p-Value
Score moyen noté sur 7, (écart-type)	3.10 (2.19)	2.62 (2.42)	< 0.01

- Temps d'attente : plus les patients passent de temps en salle d'attente, plus leur score moyen est élevé ($p < 0.01$, test de Mann-Whitney)

Variable	Moins de 5 minutes 85 (100%)	Moins de 15 minutes 132 (100%)	Entre 15 et 30 minutes 58 (100%)	Plus de 30 minutes 18 (100%)
Score moyen noté sur 7, (écart-type)	2.56 (2.30)	2.51 (2.23)	3.26 (2.56)	4.17 (2.46)

- Motif de consultation : les patients avec un motif « aigu » ont un meilleur score moyen que ceux avec motif « autre » ($p < 0.05$)

Variable	Aigu 102 (100%)	Autre 191 (100%)	p-Value
Score moyen noté sur 7, (écart-type)	3.25(2.32)	2.52 (2.35)	0.02

- Sexe : les femmes ont tendance à mieux reconnaître les symptômes mais ce résultat est à la limite de la significativité ($p = 0.05$)
- Âge : plus les patients sont âgés, moins ils reconnaissent les symptômes du SAHOS ($p < 0.01$)
- Niveau d'études : la reconnaissance des symptômes augmente avec le niveau d'études ($p < 0.05$)

Niveau d'études	Moyenne (écart type)	p-Value
Baccalauréat + 3 ou plus	3.36 (2.55)	< 0.01
Baccalauréat + 2	3.3 (2.24)	
Baccalauréat	2.80 (2.15)	
CAP, BEP, autre diplôme technique	2.47 (2.31)	
Certificat d'études primaires, brevet des collèges	1.84 (2.14)	
Sans diplôme	1.64 (2.1)	

6.2 ORIENTATION VERS UN SPECIALISTE DU SOMMEIL

Les patients ayant eux-mêmes abordé le sujet (groupe affiche + témoin) semblent présenter un taux légèrement plus élevé de redirection vers un spécialiste que ceux pour lesquels le médecin a initié la conversation, mais cette différence n'est pas significative ($p > 0.05$).

Après cette discussion, votre médecin vous adresse-t-il à un spécialiste du sommeil ?				
Qui a abordé le sujet du sommeil ?	Il souhaite me revoir pour réévaluation	Non	Oui	p-Value
	13 (7.83%)	100 (60.24%)	53 (31.93%)	
Moi	7 (7.69%)	53 (58.24%)	31 (34.07%)	0.81
Mon médecin	6 (8.0%)	47 (62.67%)	22 (29.33%)	

Dans le groupe affiche, les patients qui se sont sentis concernés par les symptômes présentés sur l'affiche sont plus adressés vers un spécialiste du sommeil ($p < 0.05$), et ce sans tenir compte des réévaluations demandées par le médecin.

Après cette discussion, votre médecin vous adresse-t-il à un spécialiste du sommeil ?				
Parmi les symptômes mentionnés sur l'affiche, en avez-vous reconnus chez vous ?	Il souhaite me revoir pour réévaluation	Non	Oui	p-Value
	7 (7.53%)	66 (70.97%)	20 (21.51%)	
Non	1 (1.89%)	49 (92.45%)	3 (5.66%)	< 0.01
Oui	6 (15.0%)	17 (42.5%)	17 (42.5%)	

Orientation vers un spécialiste du sommeil selon la population et le sexe

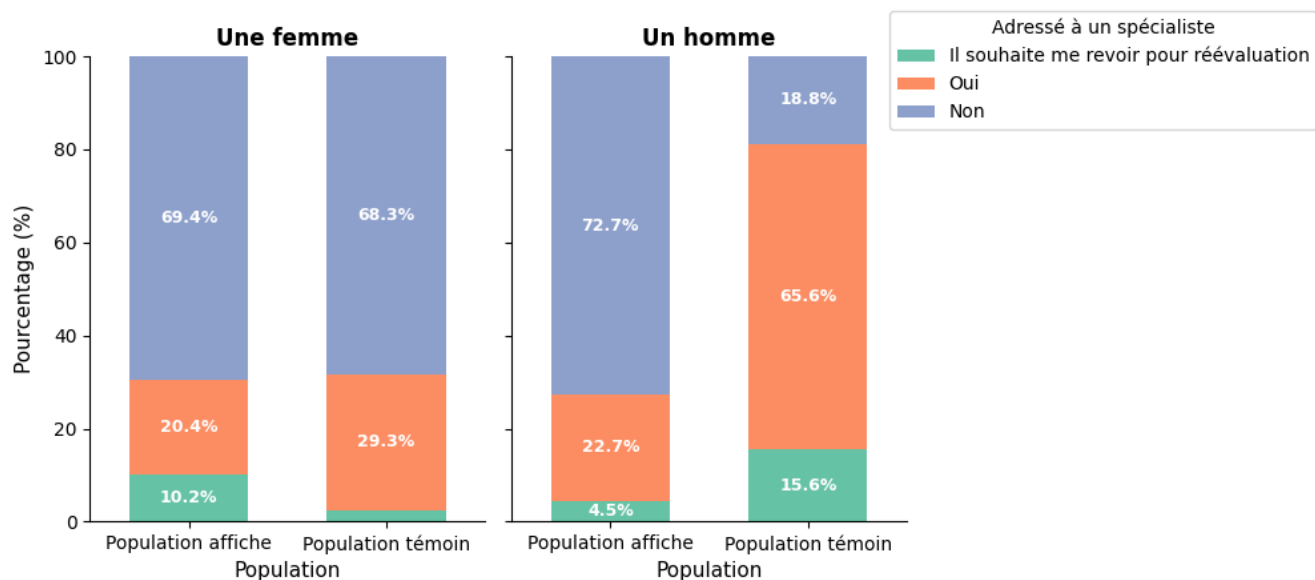


Figure 8

Orientation vers un spécialiste du sommeil selon la population et le niveau d'étude

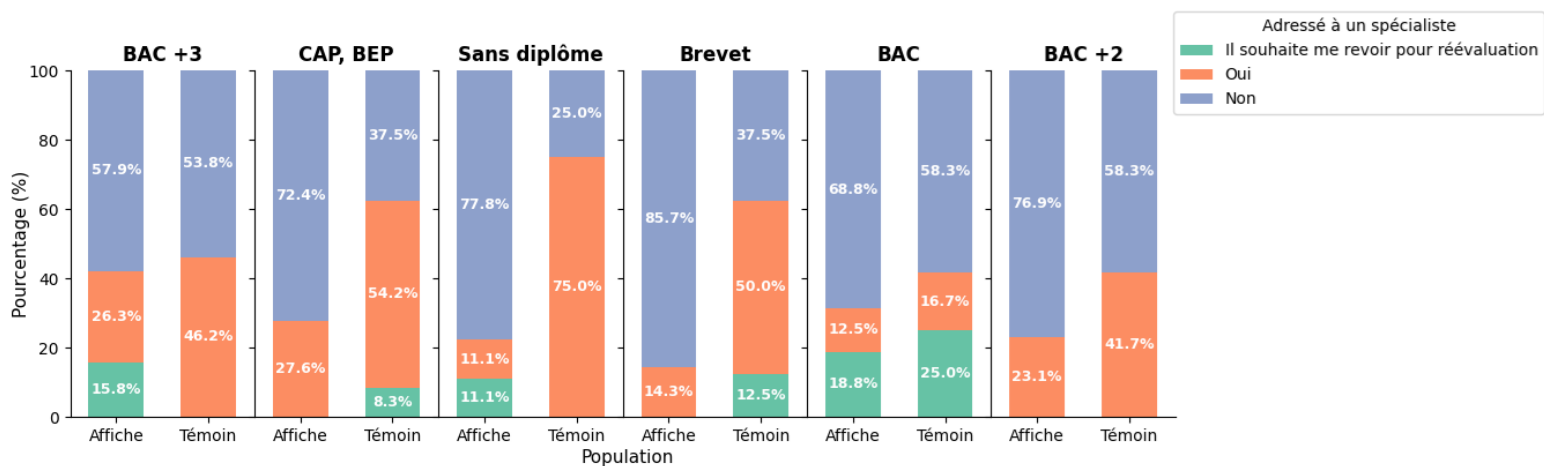


Figure 9

V. DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS

Le **taux de lecture** déclaré de l’affiche de 63.8% est comparable à celui rapporté dans la littérature récente (36) mais s’éloigne des proportions plus élevées observées en 1994 (16).

Cela pourrait s’expliquer par la généralisation du smartphone, rendant les patients moins attentifs aux informations en salle d’attente (9).

Pourtant cet usage n’est pas incompatible avec des interventions en santé et devrait être considéré comme une opportunité : des QR code présentés sur les supports permettent d’approfondir les données présentées au travers d’auto-questionnaires, d’orientation vers des sources fiables ... L’utilisation de cet outil sur des affiches étant assez récente, il est prometteur de constater qu’une personne sur 10 l’a scanné dans notre étude.

Les caractéristiques étudiées de la population intervention et témoin sont similaires sauf sur le temps d’attente, mais cela ne semble pas être un problème car l’attente plus courte concernait le groupe témoin qui n’avait donc pas d’exposition.

1.1 CONNAISSANCES DU SAHOS

Une large majorité de patients a déjà entendu parler du SAHOS (90.8%), mais leurs connaissances restent limitées en dehors des symptômes les plus cités que sont les ronflements, les réveils répétés et la fatigue permanente. Cette observation rejoint les résultats d’un travail de thèse réalisé 6 ans auparavant et questionne l’efficacité des modalités de prévention actuelle (26).

Cette étude met en évidence une amélioration des connaissances chez les patients exposés à l'affiche par le constat d'un score moyen supérieur à celui du groupe témoin et la découverte de symptômes par plus de la moitié des lecteurs du support.

Contrairement aux observations de A. SAVALL et al., aucun effet négatif d'un long temps d'attente n'a été constaté sur la réception des informations puisque le score moyen augmente avec l'attente même au-delà de 30 minutes. De même, consulter pour un motif urgent ne semble pas être un frein à la sensibilisation en salle d'attente dans cette étude. (9)

Plus les patients sont âgés et moins ils citent de symptômes. Cette observation peut être surprenante quand on sait que la fréquence du SAHOS augmente avec l'âge et les comorbidités (23,25). La réalisation des prochains supports devrait s'adapter à cette donnée, avec une taille de police adaptée et des interventions spécifiques.

Bien que le premier rapport de l'étude HLS France (7) ne retrouve pas de lien significatif entre le niveau de LS et le niveau d'éducation de la population, il a été observé dans d'autres pays européens que l'instruction est un déterminant majeur de la LS. De manière générale, les personnes les plus éduquées vont avoir des compétences accrues pour comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé, même si D. NUTBEAM rappelle que ce n'est pas garanti (6).

Il est donc logique que les résultats indiquent une association positive entre le niveau d'étude et la reconnaissance des symptômes, traduisant une meilleure sensibilisation au SAHOS chez les personnes instruites.

L'entourage semble jouer un rôle primordial dans la sensibilisation au SAHOS : il apparaît ici et dans d'autres travaux comme la source d'information principale concernant cette pathologie (26,37). Il peut aussi remplir un rôle d'éducation par les pairs puisque 27.8% des patients envisagent de transmettre l'information reçue à un proche qui pourrait être concerné par cette pathologie.

1.2 PATIENTS PREALABLEMENT DEPISTES

Un patient sur deux a reconnu au moins un symptôme du SAHOS chez lui à la lecture de l’affiche, et nos résultats suggèrent que 27% des patients de l’échantillon intervention pourraient être à risque de SAHOS mais non diagnostiqués.

En comparaison, P. BALAGNY estimait en 2017 que 25% de la population présenterait une forte probabilité de SAHOS (24).

La part des patients déjà diagnostiqués ou adressés pour avis (16%) est ici plus élevée que dans l’étude en population des Landes de 2017 (8.4%) (26). Cette évolution pourrait refléter une meilleure accessibilité aux enregistrements du sommeil, notamment avec l’essor de la polygraphie ventilatoire en ambulatoire ces dernières années.

On retrouve sans surprise plus de discussion sur le sommeil et un meilleur score moyen au sein de cette population suivie pour un SAHOS (ou une suspicion).

Toutefois, il subsiste une marge de progression chez ces patients : 30,6% d’entre eux rapportent la découverte de symptômes, et la lecture de l’affiche s’accompagne d’un score moyen plus élevé au sein du groupe intervention.

1.3 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL : TAUX DE DISCUSSION SUR LE SOMMEIL

Un processus complexe faisant appel aux compétences en LS était nécessaire pour parvenir à engager une conversation avec son médecin sur le thème du SAHOS. (Figure

11)

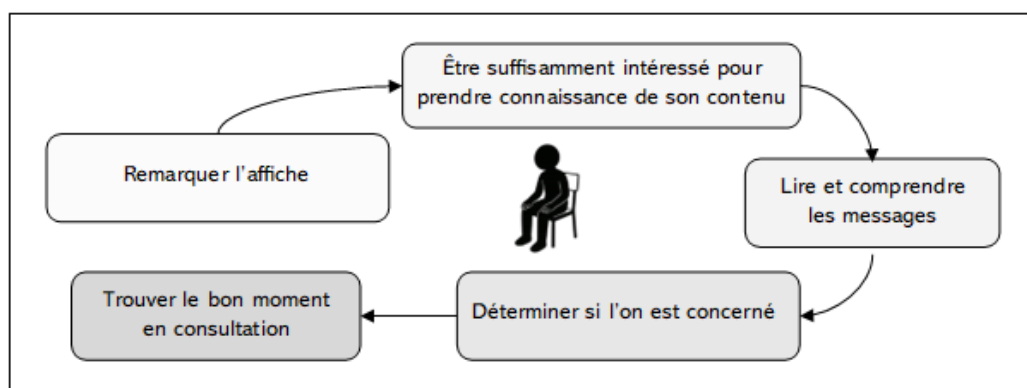


Figure 10 : Série d'évènements nécessaires pour aborder le sujet

De nombreux facteurs sont également à prendre en compte afin d'obtenir notre critère de jugement principal : le temps de consultation et la possible auto-censure du patient devant le « timing serré du médecin » (12), la qualité de la relation médecin-malade (9), l'état d'esprit et humeur du patient (stress, douleur, confiance en soi), la présence d'un accompagnant ...

Dans cette étude, la probabilité que l'affiche tienne ce rôle facilitateur de la discussion diffère selon la catégorie de référence :

- Effet significatif au sein du groupe affiche en comparant les lecteurs et non-lecteurs, (74.2% des patients déclarant un échange ont lu l'affiche)
- Non retrouvé en comparant les patients ayant lu l'affiche au groupe témoin

Des hypothèses explicatives devant cette nuance sont détaillées ci-après dans les faiblesses de l'étude.

En retrouvant une association significative entre le niveau de connaissance et le taux de discussion, cette recherche confirme que les patients sensibilisés au SAHOS échangent plus sur leur sommeil (26,27).

Plusieurs auteurs ont exploré l'effet des supports d'information en santé sur les comportements des patients, sans démontrer de résultats concluants (13,15,30–32).

Selon nos résultats, l'affiche ne semble pas inciter le patient à initier de lui-même une discussion sur son sommeil.

A contrario, l'étude et la présence de l'affiche pourrait même avoir eu un impact sur la dynamique de la consultation puisque les médecins ont davantage abordé le sujet dans le groupe intervention (*cf faiblesses de l'étude*).

Aucune variable sociodémographique ne ressort comme un facteur favorisant l'abord du sommeil par le patient.

1.4 ADRESSE A UN SPECIALISTE

L'affiche paraît avoir contribué au dépistage du SAHOS puisque les données montrent plus d'orientation vers un spécialiste chez les patients ayant reconnu des symptômes sur l'affiche vs ceux n'en ayant pas reconnu.

2. FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

2.1 GROUPES COMPARABLES ?

Les essais à unité de randomisation collective présentent un risque de déséquilibre entre les groupes (35).

Certains résultats de l'étude font douter de la comparabilité entre les échantillons : par exemple, les patients du groupe témoin présentent un meilleur score moyen que ceux n'ayant pas lu l'affiche au sein du groupe intervention, ce qui suggère leur plus grande sensibilisation (dans un groupe supposé moins l'être en absence d'affiche).

La consigne était donnée aux médecins participants de ne pas changer leurs habitudes sur le dépistage du SAHOS et plus largement l'abord du sommeil dans leurs consultations.

L'abandon d'un cabinet attribué au groupe témoin n'a pas permis de lisser suffisamment ces pratiques, d'autant plus qu'un des médecins de ce groupe rapportait poser la question du sommeil de façon systématique dans ses consultations.

L'analyse nécessiterait un ajustement pour prendre en compte l'effet cluster.

2.2 CHOIX DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal évalue de façon indirecte l'impact de l'affiche.

En effet il n'est pas rare que le sommeil soit abordé en consultation sans pour autant être en lien avec des symptômes de SAHOS.

Ce choix a été fait dans une logique de comparaison avec un groupe contrôle, mais les résultats vont être sensibles aux pratiques des médecins volontaires.

Il ne semblait pas acceptable de demander à ces médecins de tenir un registre du résultat des échanges après chaque consultation.

Les modalités de recueil du CJP (après une seule exposition) ne permettent pas d'évaluer les effets à plus long terme de l'affiche sur les discussions qui pourraient survenir après intégration des informations et réflexion du patient.

Ceci, associé à différents freins comme la peur d'un appareillage (27), traitement fréquemment proposé dans le SAHOS, font penser que l'effet réel de l'affiche a pu être sous-évalué.

Il serait pertinent de réaliser d'autres analyses comme une régression logistique afin d'évaluer l'influence de la présence des patients déjà diagnostiqués sur les résultats positifs observés au sein du groupe intervention.

2.3 MODALITES D'EVALUATION DES CONNAISSANCES DU SAHOS

L'évaluation des connaissances des symptômes en sortie de consultation peut surestimer l'effet de l'intervention en raison de l'exposition récente à l'affiche.

Cependant ce choix a été privilégié pour garantir un taux de réponse élevé et la faisabilité de ce travail.

Ainsi la rétention à plus long terme n'a pas pu être évaluée, mais N. HASANICA et al. mettent en évidence un gain persistant de connaissances plus d'un mois après une intervention en santé à l'aide d'un poster (38).

2.4 AUTRES POINTS DE METHODE

Le taux de participation n'est pas connu, mais une grande majorité des médecins volontaires rapportant avoir oublié de distribuer des questionnaires, cette mesure semble, a posteriori, très compliquée.

L'absence d'aveugle chez les médecins volontaires ainsi que la durée réduite de l'intervention pourraient avoir influencé les résultats en encourageant une implication plus active dans ce dépistage.

En plus du biais d'Hawthorne sur le comportement induit par le simple fait de participer à une étude, l'envie de bien faire a pu les inciter à initier davantage les échanges sur le thème.

Il existe un biais de sélection multiple : on peut supposer que les médecins qui ont accepté de participer à l'intervention sont plus sensibles au sujet de la prévention. Les patients les moins à l'aise avec l'écrit ou la lecture (et donc un faible niveau de littératie) risquent d'être sous-représentés.

Le mode de recueil déclaratif par un questionnaire remis au patient est à l'origine d'un biais de mesure : au-delà du risque initial de vouloir « donner une bonne réponse » à l'item du CJP, certains patients ont estimé que la présentation de l'étude par le médecin correspondait à une discussion sur le sommeil et ainsi répondu positivement sur ce point.

D'autres patients sortant de la consultation avec un courrier pour un spécialiste du sommeil ont répondu qu'ils étaient en attente d'un avis à la question sur le statut diagnostic du patient (sous-entendu avant l'intervention).

3. FORCES DE L'ÉTUDE

Différentes mesures ont été prises pour tenter de limiter les biais cités précédemment.

Le recueil multicentrique permet d'avoir un échantillon varié de profils de patients et de types d'exercices, avec au moins un cabinet rural et urbain dans chaque groupe selon la grille communale de densité de l'INSEE (2025). Il a eu lieu sur la même période (été 2025) pour tous les centres. La validité externe des résultats est consolidée par un recueil en situation réelle. La randomisation renforce la validité interne.

Cette étude propose une intervention simple, peu coûteuse et reproductible pour sensibiliser les patients à une pathologie fréquente mais sous-diagnostiquée.

Le choix d'un critère de jugement centré sur le dialogue médecin-malade permet d'évaluer un impact direct sur le comportement des usagers.

L'utilisation de distracteurs plausibles est un standard méthodologique en recherche et fait appel à un calcul de score rigoureux. Cette approche permet d'éviter l'auto-censure tout en mesurant les vraies connaissances au-delà de la simple reconnaissance d'un symptôme.

La lisibilité du support n'a pas été évaluée directement mais on peut supposer que les patients ont pu découvrir, reconnaître des symptômes ou penser à un proche, grâce à des informations compréhensibles. C'est le cas pour 152 des 187 lecteurs.

Enfin, une des forces de l'étude est son originalité : à notre connaissance, il s'agit d'un des premiers essais randomisés explorant l'effet d'un support créé spécifiquement pour favoriser la LS des patients en cabinet de médecine générale.

En proposant des informations accessibles avec la possibilité de répondre à un auto-questionnaire via un QR code, et en incitant clairement le lecteur à déclencher une interaction avec son médecin, l'affiche de l'étude dépasse le simple cadre de l'information en santé.

4. PERSPECTIVES

4.1 TRANSFORMER L'INTERVENTION EN VERITABLE ACTION D'EDUCATION POUR LA SANTE

Les supports papier, malgré leur exposition brève et leur manque d'interactivité (16), peuvent devenir de véritables outils d'éducation pour la santé lorsqu'ils suscitent ou accompagnent un dialogue entre patients et professionnels de santé.

L'information diffusée en salle d'attente prend tout son sens lorsque le médecin, motivé et pro-actif, la reprend et la valorise pendant la consultation (9,32): des travaux mettent en évidence qu'une intervention en plusieurs temps améliore les échanges médecin-patients et les indicateurs de santé (39,40).

C'est pourquoi, partant du constat que l'affiche seule ne permet pas au patient d'initier la discussion sur le sommeil, il nous semble important de compléter l'intervention par un relai du médecin lors de la consultation. « Que pensez-vous de l'affiche ? », « Pensez-vous souffrir d'un SAHOS ? ». On pourrait aussi proposer un rappel de l'affiche dans son bureau afin de favoriser et nourrir les échanges sur ce thème.

.

4.2 OPTIMISER L'INFORMATION EN SALLE D'ATTENTE

Plusieurs sources ont déjà évoqué la création d'un poste de Gestionnaire de la Salle d'Attente (GSA) (12,30) :

Face à la contrainte pour les médecins généralistes de renouveler régulièrement l'affichage, la nécessité d'intégrer ces informations dans une démarche plus large de promotion de la santé tout en veillant à leur rigueur scientifique (8), il a été proposé de déléguer ces missions chronophages à des GSA.

Ceux-ci auraient pour mission de veiller à la sélection et à la qualité des supports présentés - voire à leur création comme dans cette étude - puis à leur remplacement régulier.

Un travail d'identification des besoins avec les usagers rendrait la démarche plus pertinente, d'autant plus que tous les thèmes ne vont pas avoir la même efficacité (32). Le rôle de l'éducation par les pairs doit être pris en compte dans les stratégies mises en place.

Ainsi, au sein d'un territoire donné, les GSA pourraient superviser de véritables campagnes de promotion de la santé, par exemple au sein d'un regroupement de professionnels de santé comme les CPTS, en complétant ces informations par des interventions de groupe sur les thèmes abordés dans une démarche d'éducation pour la santé.

Ceci permettrait de rendre aux salles d'attente tout leur potentiel dans la promotion de la santé.

VI. CONCLUSION

La salle d'attente est une zone stratégique propice à la promotion de la santé et notamment à la prévention.

Son aménagement doit être pensé pour accueillir le patient dans de bonnes conditions et favoriser sa réceptivité aux supports présentés, tout comme il est nécessaire que ceux-ci répondent à des critères de lisibilité bien établis.

Cette étude a permis de mettre en évidence l'effet positif d'une affiche favorisant la littératie en santé sur la sensibilisation des patients au SAHOS et par conséquent sur son dépistage.

Ce travail devrait encourager l'émergence de stratégies de promotion de la santé au sein des salles d'attente en accordant un soin particulier à la qualité du support présenté.

BIBLIOGRAPHIE

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Health Interventions (ICHI) : Reference Guide*. [En ligne]. 2021 [consulté le 13 sept 25].
<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>
2. TESSIER S. *Les Educations en santé : éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris : Maloine, 2012. 216 p.
3. SØRENSEN K, VAN DEN BROUCKE S, FULLAM J, DOYLE G, PELIKAN J, SLONSKA Z, et al. *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
4. NUTBEAM D. *The evolving concept of health literacy*. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy : The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe ; 2013. 73 p.
6. NUTBEAM D. *Health literacy as a public health goal : A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67.
7. TOUZANI R, ALLAIRE C, SCHULTZ E, OUSSEINE Y, DEMBELE E, RIGAL L, et al. *Littératie en santé : rapport de l'étude Health Literacy Survey France 2020-2021*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 99 p.
8. GIGNON M, IDRIS H, MANAOUIL C, GANRY O. *The waiting room: vector for health education? The general practitioner's point of view*. *BMC Res Notes*. 2012;5:511.
9. SAVALL A, MICHELET T, BALLY JN, VALLEE J. *Perception de l'information médicale en salle d'attente du médecin généraliste*. *Médecine*. 2018;14(1):40-45.
10. AMSTUTZ C, ARNOLD M, BERSIER M, BLANC M, CAMBRIDGE É, CHEVEY JM, et al. *La salle d'attente idéale existe-t-elle ?* *Rev Med Suisse*. 2016;12:2084-6.
11. LANDRIEAU C. *Evaluation de l'attention portée aux supports de prévention et à leur message sanitaire dans les salles d'attente de cabinets de groupe de médecine générale dans les départements du Puy-de-Dôme et du Cantal [Thèse d'exercice]*. Clermont-Ferrand, France : Université Clermont Auvergne ; 2017.
12. SHERWIN H, MCKEOWN M, EVANS M, BHATTACHARYYA O. *L'attente dans la salle d'attente: de nuisance à opportunité*. *Can Fam Physician*. 2013;59(5):479-81.
13. WILLIAMS CP, ELLIOTT K, GALL J, WOODWARD-KRON R. *Patient and clinician engagement with health information in the primary care waiting room: A mixed methods case study*. *J Public Health Res*. 2019;8(1):1476.

14. THIBAUT MARQUANT ML. *La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes : une étude qualitative sur le ressenti des patients [Thèse d'exercice]*. Rouen, France : Université de Rouen Normandie ; 2018.
15. MOERENHOUT T, BORGERMANS L, SCHOL S, VANSINTEJAN J, VAN DE VIJVER E, DEVROEY D. *Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? Patient Prefer Adherence*. 2013;7:489-97.
16. WARD K, HAWTHORNE K. *Do patients read health promotion posters in the waiting room? A study in one general practice*. *Br J Gen Pract*. 1994;44(389):583-5.
17. McDONALD CE, VOUTIER C, GOVIL D, D'SOUZA AN, TRUONG D, ABO S, et al. *Do health service waiting areas contribute to the health literacy of consumers? A scoping review*. *Health Promot Int*. 2023;38(4):daad046.
18. CULTURES & SANTE. *Comment rendre un lieu d'accueil favorable à l'exercice de la littératie en santé ? (Fiche Lisa n°5)*. Bruxelles : Cultures & Santé ; 2023.
19. CULTURES & SANTE. *Comment rédiger un support d'information pour la santé lisible et compréhensible ? (Fiche Lisa n°1)*. Bruxelles : Cultures & Santé ; 2022.
20. RUEL J, ALLAIRE C, MOREAU A, KASSI B, BRUMAGNE A, DELAMPLE A, et al. *Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 116 p.
21. LEMIEUX V, MOUAWAD R, CHARIER MD, MONDOU I, TESSIER S. *Pour qu'on se comprenne, précautions et littératie en santé. Guide pour les professionnels et communicateurs en santé*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ; 2014. 61p.
22. ESCOURROU P, MESLIER N, RAFFESTIN B, CLAVEL R, GOMES J, HAZOUARD E, et al. *Quelle approche clinique et quelle procédure diagnostique pour le SAHOS ?* *Rev Mal Respir*. 2010;27:S115-23.
23. COLLEGE DES ENSEIGNANTS DE PNEUMOLOGIE. *Item 110: Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte*. Paris : Collège des enseignants de pneumologie ; 2023. 14 p.
24. BALAGNY P, VIDAL-PETIOT E, RENUY A, MATTIA J, FRIJA-MASSON J, STEG PG, et al. *Prevalence, treatment and determinants of obstructive sleep apnoea and its symptoms in a population-based French cohort*. *ERJ Open Res*. 2023;9(3):53-64.
25. MESLIER N, VOL S, BALKAU B, GAGNADOUX F, CAILLEAU M, PETRELLA A, et al. *Prévalence des symptômes du syndrome d'apnées du sommeil. Étude dans une population française d'âge moyen*. *Rev Mal Respir*. 2007;24(3):305-13.
26. SAINT MARTIN A. *Etat des connaissances sur le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil par la population des Landes consultant en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]*. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2019.

27. MOCQUANT M. *Quels sont les freins au dépistage du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil en médecine générale ? Etude des pratiques des médecins généralistes du Nord Pas de Calais [Thèse d'exercice].* Lille, France : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2016.
28. GAUTIER A, FOURNIER C, BECK F. *Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Actualité et dossier en santé publique (ADSP).* 2011;77:6-10.
29. MASKELL K, McDONALD P, PAUDYAL P. *Effectiveness of health education materials in general practice waiting rooms. A cross-sectional study.* Br J Gen Pract. 2018;68(677):e869-876.
30. BOULARD E, FRAPPE P. *L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? Exercer.* 2015;26:162-3.
31. ASHE D, PATRICK PA, STEMPEL MM, SHI Q, BRAND DA. *Educational posters to reduce antibiotic use.* J Pediatr Health Care. 2006;20(3):192-7.
32. BERKHOUT C, WILLEFERT-BOUCHE A, CHAZARD E, ZGORSKA-MAYNARD-MOUSSA S, FAVRE J, PEREMANS L, et al. *Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms.* PLoS One. 2018;13(2):e0192155.
33. INFLUENCE COMMUNICATION. *Scolarius : outils d'analyse de la lisibilité. [En ligne]. [consulté le 07 janv 2025].* <https://www.scolarius.com/>
34. AVEC DES MOTS. *Lisible: mesurez la lisibilité de votre texte. [En ligne]. [consulté le 07 janv 2025].* <https://lisible.com/>
35. HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques.* Saint-Denis : HAS ; 2007. 55 p.
36. REDDY JR, PRAVALLIKA TS, MADDELA J, AKULA S. *Health Information in Hospital Waiting Rooms, Can it Act as a Vector in Health Promotion? Survey among Patients Attending Medical and Dental Hospitals.* J Dent Res. 2017;4(4):97-100.
37. ALLIANCE APNEES DU SOMMEIL. *Votre partenaire souffre d'apnées du sommeil : comment vivez-vous son traitement ?* Grenoble : Alliance Apnées du Sommeil ; 2021. 35 p.
38. HASANICA N, RAMIC-CATAK A, MUJEZINOVIC A, BEGAGIC S, GALIJASEVIC K, ORUC M. *The Effectiveness of Leaflets and Posters as a Health Education Method.* Mater Sociomed. 2020;32(2):135-9.
39. ROLLAND MA, GIGNON M. *Intérêt d'un jeu éducatif sur la vaccination en salle d'attente de médecine générale. Etude comparative.* Sante Publique. 2015;27(2):159-65.
40. HAUDECOEUR L. *Impact des actions de santé via le cross-media dans les salles d'attente des médecins généralistes : Revue de littérature narrative [Thèse d'exercice].* Rouen, France : Université de Rouen Normandie ; 2024.

ANNEXES

❖ Affiche

L'APNÉE DU SOMMEIL

Êtes-vous concerné ?

1 adulte sur 5



Somnolence

Fatigue permanente

Manque d'attention

Testez-vous



Ronflements

Sensation d'étouffer

Uriner plusieurs fois par nuit

Réveils répétés



Vous et vos proches pouvez vous sentir mieux !

➔ **Discutez-en avec le Dr**

Pour en savoir plus sur l'apnée du sommeil :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/apnee-du-sommeil/comprendre-apnee-sommeil>

<https://institut-sommeil-vigilance.org/le-syndrome-dapnee-du-sommeil/>

Affiche réalisée dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale avec l'aide de la FRAPS

Des questions ? Contact: apneesommeil.these@gmail.com



❖ *Tableau I : Caractéristiques des échantillons affiche et témoin*

Caractéristiques		Population Affiche n = 293 (100%)	Pop Témoin n = 249 (100%)	p-Value
Âge moyen		55.09 (17.34)	54.35 (18.58)	0.86
Sexe	Femme	161 (54.95%)	141 (56.63%)	0.76
	Homme	132 (45.05%)	108 (43.37%)	
Situation professionnelle				0.52
	Retraité	92 (31.4%)	82 (32.93%)	
	Employé	76 (25.94%)	71 (28.51%)	
	Cadre, profession intellectuelle	51 (17.41%)	29 (11.65%)	
	Sans activité professionnelle	26 (8.87%)	25 (10.04%)	
	Ouvrier	14 (4.78%)	17 (6.83%)	
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	11 (3.75%)	7 (2.81%)	
	Profession intermédiaire	10 (3.41%)	7 (2.81%)	
	Étudiant	6 (2.05%)	9 (3.61%)	
	Agriculteur, exploitant	5 (1.71%)	0 (0%)	
	Je ne sais pas	2 (0.68%)	2 (0.8%)	
Niveau d'études				1
	CAP, BEP, autre diplôme technique	77 (26.28%)	75 (30.12%)	
	Baccalauréat + 3 ou plus	76 (25.94%)	51 (20.48%)	
	Baccalauréat	50 (17.06%)	42 (16.87%)	
	Baccalauréat + 2	46 (15.7%)	41 (16.47%)	
	Sans diplôme	25 (8.53%)	18 (7.23%)	
	Certificat d'études primaires, brevet des collèges	19 (6.48%)	22 (8.84%)	
Diagnostic de SAOHS ou en attente d'un avis spécialisé				0.93
	Non	244 (83.28%)	209 (83.94%)	
	Oui	49 (16.72%)	40 (16.06%)	
Motif de la consultation				0.12
	Autre	191 (65.19%)	145 (58.23%)	
	Aigu	102 (34.81%)	104 (41.77%)	
Temps d'attente en salle d'attente				< 0.01
	Moins de 5 minutes	85 (29.01%)	118 (47.39%)	
	Moins de 15 minutes	132 (45.05%)	107 (42.97%)	
	Entre 15 et 30 minutes	58 (19.8%)	21 (8.43%)	
	Plus de 30 minutes	18 (6.14%)	3 (1.2%)	

❖ *Tableau II : Résultats spécifiques au groupe affiche*

Variable	Population Affiche n = 293 (100%)
Avez-vous remarqué et lu l'affiche sur l'apnée du sommeil en salle d'attente ?	
Oui	187 (63.82%)
Non	106 (36.18%)
Parmi les symptômes mentionnés sur l'affiche, en avez-vous reconnus chez vous ?	
Non	86 (45.99%)
Oui	96 (51.34%)
Je ne me souviens pas de l'affiche	5 (2.67%)
Avez-vous découvert des symptômes d'apnée du sommeil avec l'affiche ?	
Non	83 (44.39%)
Oui	104 (55.61%)
Avez-vous pensé à un proche qui pourrait souffrir d'apnée du sommeil en lisant l'affiche ?	
Non	125 (66.84%)
Oui, et je pense lui en parler	52 (27.81%)
Oui, mais c'est compliqué de lui en parler	10 (5.35%)
Avez-vous scanné le QR code de l'affiche avec votre téléphone ?	
Non	170 (90.91%)
Oui	17 (9.09%)
Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	
Non	192 (65.53%)
Oui	93 (31.74%)
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	7 (2.39%)
J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter	1 (0.34%)
Qui a abordé le sujet du sommeil ?	
Mon médecin	49 (52.69%)
Moi	44 (47.31%)
Après cette discussion, votre médecin vous adresse-t-il à un spécialiste du sommeil ?	
Non	66 (70.97%)
Oui	20 (21.51%)
Il souhaite me revoir pour réévaluation	7 (7.53%)

❖ *Tableau III : Résultats spécifiques au groupe témoin*

Variable	Population Témoin n = 249 (100%)
Avez-vous déjà entendu parler du syndrome d'apnée du sommeil ?	
Oui	226 (90.76%)
Non	23 (9.24%)
Si oui, où en avez-vous entendu parler ?	
Télévision	37 (16.37%)
Discussion sans précision	7 (3.1%)
Discussion avec proche	106 (46.90%)
Discussion avec médecin	26 (11.50%)
Réseaux sociaux	5 (2.21%)
Site internet	19 (8.41%)
Affiches	2 (0.88%)
Publicité	1 (0.44%)
Au cours d'une formation en santé	6 (2.65%)
Pas de réponses	53 (23.45%)
Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?	
Non	171 (68.67%)
Oui	73 (29.32%)
Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter	4 (1.61%)
J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter	1 (0.4%)
Qui a abordé le sujet du sommeil ?	
Moi	47 (64.38%)
Mon médecin	26 (35.62%)
Après cette discussion, votre médecin vous adresse-t-il à un spécialiste du sommeil ?	
Non	34 (46.58%)
Oui	33 (45.21%)
Il souhaite me revoir pour réévaluation	6 (8.22%)



Docteur :

Motif de la consultation : ☐ Aigu ☐ Autre

Questionnaire intervention

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire avant de partir !

Vos réponses sont anonymes et seront analysées dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale sur l'éducation pour la santé en salle d'attente, en partenariat avec votre médecin.

Afin que votre questionnaire soit valide, veuillez répondre à toutes les questions, puis déposez-le dans la boîte prévue à cet effet ou au secrétariat.

Vous pouvez aussi utiliser ce QR code pour remplir ce questionnaire à distance

En vous remerciant pour votre participation, Sandra Janvier



Veuillez cocher les cases correspondant à votre choix

1) Combien de temps avez-vous attendu en salle d'attente ?

- ☐ Moins de 5 minutes ☐ 15 à 30 minutes
☐ Moins de 15 minutes ☐ Plus de 30 minutes

2) Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'apnée du sommeil, ou êtes-vous en attente de l'avis d'un médecin du sommeil ?

☐ Oui ☐ Non

3) Avez-vous remarqué et lu l'affiche sur l'apnée du sommeil en salle d'attente ?

☐ Oui ☐ Non

4) Parmi les symptômes mentionnés sur l'affiche, en avez-vous reconnus chez vous ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne me souviens pas de l'affiche
☐ Je n'ai pas lu l'affiche

5) Avez-vous découvert des symptômes de l'apnée du sommeil grâce à l'affiche ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je n'ai pas lu l'affiche

6) Avez-vous pensé à un proche qui pourrait souffrir d'apnée du sommeil en lisant l'affiche ?

☐ Non ☐ Je n'ai pas lu l'affiche
☐ Oui, mais c'est compliqué de lui en parler ☐ Je n'ai pas lu l'affiche
☐ Oui, et je pense lui en parler

7) Avez-vous scanné le QR code de l'affiche avec votre téléphone ?

☐ Je n'ai pas lu l'affiche ☐ Oui ☐ Non



8) Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?

☐ Oui ☐ J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter
☐ Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter
☐ Non

Si vous avez répondu oui :

- Qui a abordé le sujet du sommeil ? ☐ Moi ☐ Mon médecin

- Après cette discussion, votre médecin vous adresse-t-il à un spécialiste du sommeil ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Il souhaite me revoir pour réévaluation.

9) D'après vous, quels symptômes peut-on retrouver dans le syndrome d'apnée du sommeil ?

☐ Je n'en ai aucune idée ☐ Fatigue permanente ☐ Somnolence
☐ (ne pas cocher d'autre réponse) ☐ Manque d'attention ☐ Ronflements
☐ Essoufflement ☐ Sensation d'étouffer ☐ Baisse de l'audition
☐ Uriner plusieurs fois par nuit ☐ Réveils répétés
☐ Vomissements au réveil

A propos de vous: Informations nécessaires pour analyser vos réponses précédentes

10) Quel est votre âge ? ans

11) Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme

12) Quelle est votre situation professionnelle ?

☐ Je ne sais pas
☐ Agriculteur, exploitant ☐ Employé
☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise ☐ Ouvrier
☐ Cadre, profession intellectuelle ☐ Etudiant
☐ Profession intermédiaire ☐ Autre sans activité professionnelle

13) Quel est votre niveau d'études ?

☐ Sans diplôme ☐ Bac
☐ Certificat d'études primaires, Brevet des collèges ☐ Bac + 2
☐ CAP, BEP, autre diplôme techniques ☐ Bac + 3 ou plus

S'il vous reste un peu de temps:

Des études suggèrent que le temps d'attente avant une consultation est propice à la transmission de connaissances en santé, via l'utilisation de supports adaptés.

Cette affiche a été conçue dans ce but en se voulant synthétique, non anxiogène pour les personnes qui seraient concernées, avec des sources pour approfondir le sujet.

De manière générale, les informations visibles en salle d'attente vous incitent-elles à discuter des sujets abordés avec votre médecin ? Comment peut-on faciliter cette démarche ?

Merci pour votre participation !

❖ Questionnaire témoin

- 5) D'après vous, quels symptômes peut-on retrouver dans le syndrome d'apnée du sommeil ?
- ☐ Je n'en ai aucune idée (ne pas cocher d'autre réponse)
- ☐ Fatigue permanente
- ☐ Somnolence
- ☐ Manque d'attention
- ☐ Ronflements
- ☐ Sensation d'étouffer
- ☐ Baisse de l'audition
- ☐ Essoufflement
- ☐ Réveils répétés
- ☐ Uriner plusieurs fois par nuit
- ☐ Vomissements au réveil

A propos de vous: Informations nécessaires pour analyser vos réponses précédentes

- 6) Quel est votre âge ? ans
- 7) Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme
- 8) Quelle est votre situation professionnelle ?
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Agriculteur, exploitant
- ☐ Employé
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Ouvrier
- ☐ Cadre, profession intellectuelle
- ☐ Etudiant
- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Autre sans activité professionnelle
- 9) Quel est votre niveau d'études ?
- ☐ Sans diplôme
- ☐ Bac
- ☐ Certificat d'études primaires, Brevet des collèges
- ☐ Bac + 2
- ☐ CAP, BEP, autre diplôme techniques
- ☐ Bac + 3 ou plus

S'il vous reste un peu de temps:

Des études suggèrent que le temps d'attente avant une consultation est propice à la transmission de connaissances en santé, via l'utilisation de supports adaptés: lisibles, avec un vocabulaire simple, non anxiogènes, avec des ressources pour approfondir le sujet...

De manière générale, les informations visibles en salle d'attente vous incitent-elles à discuter du sujet abordé avec votre médecin ?

Comment peut-on faciliter cette démarche ? Avez-vous des remarques ?

Merci pour votre participation !

Docteur : ☐ Aigu ☐ Autre

Motif de la consultation :

Questionnaire témoin

Merci de prendre quelques instants pour remplir ce questionnaire avant de partir !

Vos réponses sont anonymes et seront analysées dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale sur l'éducation pour la santé en salle d'attente, en partenariat avec votre médecin.

Afin que votre questionnaire soit valide, veuillez répondre à toutes les questions, puis déposez-le dans la boîte prévue à cet effet ou au secrétariat.

Vous pouvez aussi utiliser ce QR code pour remplir ce questionnaire à distance

En vous remerciant pour votre participation,

Sandra Janvier

Veuillez cocher les cases correspondant à votre choix

- 1) Combien de temps avez-vous attendu en salle d'attente ?
- ☐ Moins de 5 minutes ☐ 15 à 30 minutes
- ☐ Moins de 15 minutes ☐ Plus de 30 minutes
- 2) Avez-vous déjà entendu parler du syndrome d'apnée du sommeil ?
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, où en avez-vous entendu parler ? Ex: discussion avec un proche ou un médecin, affiche, site internet, télévision etc.
- 3) Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'apnée du sommeil, ou êtes-vous en attente de l'avis d'un médecin du sommeil ?
- ☐ Oui ☐ Non
- 4) Avez-vous parlé de votre sommeil lors de la consultation ?
- ☐ Oui
- ☐ J'ai essayé mais le médecin veut me revoir pour prendre le temps d'en discuter
- ☐ Non mais je pense reprendre rendez-vous pour en discuter
- ☐ Non

Si vous avez répondu oui :

- Qui a abordé le sujet du sommeil ? ☐ Moi ☐ Mon médecin
- Après cette discussion, votre médecin vous adresse-t-il à un spécialiste du sommeil ?
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Il souhaite me revoir pour réévaluation.



Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Boune". The signature is enclosed within a large, stylized, elongated loop that tapers at both ends.

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

JANVIER Sandra

63 pages – 3 tableaux – 10 figures – 6 annexes

RESUME :

Introduction : La littérature suggère le potentiel des salles d'attente en tant que lieu de promotion de la santé : la transmission de messages adaptés au niveau de littératie en santé du patient est la première étape du processus d'autonomisation des individus. Pourtant, peu d'études évaluent l'effet des affiches d'information qu'on y trouve sur les compétences en santé des patients. Partant du constat que le syndrome d'apnée du sommeil (SAHOS) est sous-diagnostiqué malgré une prévalence importante, cette étude cherche à évaluer si un affichage dédié respectant des recommandations de lisibilité permet d'améliorer son dépistage.

Méthode : Essai contrôlé randomisé multicentrique réalisé pendant l'été 2025 dans 10 salles d'attente réparties entre groupe avec l'affiche et groupe témoin. Un questionnaire anonyme évaluant la discussion sur le sommeil et les connaissances du SAHOS était proposé aux patients majeurs à l'issue de la consultation.

Résultats : Au total 542 questionnaires ont été analysés (293 + 249). Il n'est pas retrouvé de différence significative entre le nombre de discussions du groupe intervention et du groupe témoin. En revanche au sein du groupe affiche on retrouve davantage de discussions et même d'orientation vers un médecin du sommeil chez ceux ayant lus l'affiche et reconnu des symptômes chez eux. Les patients exposés à l'affiche reconnaissent mieux les symptômes du SAHOS que ceux du groupe témoin. Les patients qui ont eu une discussion sur le sommeil ont de meilleures connaissances du SAHOS.

Conclusion : Une intervention ciblée sur le SAHOS en salle d'attente favorisant la littératie en santé participe à la sensibilisation des patients et in fine à leur dépistage.

Mots clés : médecine générale, affiche, salle d'attente, littératie en santé, prévention, apnée du sommeil, essai contrôlé randomisé

Jury :

Président du Jury : Professeur Philippe GATAULT
Directeur de thèse : Docteur Tiffany BONNET
Membres du Jury : Professeur Christophe Ruiz
Docteur Xavier ROY

Date de soutenance : 20 novembre 2025