

Angélique Savall¹, Thomas Michelet¹, Jean-Noël Bally¹, Josette Vallée¹

¹Département de médecine générale de Saint Étienne, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Université Jean Monnet, Saint-Étienne, 10 rue de la Marandière, 42270 Saint-Priest en Jarez

a.savall@univ-st-etienne.fr

Tirés à part : A. Savall

Résumé

Les patients attendraient beaucoup de leur médecin généraliste (MG) en termes d'information médicale. La salle d'attente (SA) du MG constitue la première étape avant la consultation ; elle est parfois utilisée comme vecteur de cette information. Cette étude propose d'explorer la perception par les patients de l'information médicale délivrée dans la SA du MG. La réception d'une information médicale en SA dépend de différents facteurs. Une relation patient-médecin jugée satisfaisante par le patient favorise la réception d'informations. En fonction du motif de consultation ou si l'attente est jugée trop longue les patients peuvent adopter une attitude d'attente anxieuse ou déplaisante peu propice pour s'informer. La SA est un espace d'interactions sociales qui peuvent entraver la perception de l'information. Selon les patients, il faudrait une plus grande implication du MG, qu'il valide l'information, qu'elle soit en quantité limitée, sur un espace dédié, renouvelée, sur des sujets d'actualité, de prévention ou sur le réseau associatif local. Non imposée, l'information devrait être proposée dans la continuité de la relation patient-médecin.

• Mots clés

information médicale ; patients ; médecine générale ; salle d'attente.

Abstract. Perception of health information in the general practitioner's waiting room

The patients seem to expect a lot from their general practitioner (GP) in terms of medical information (MI). The waiting room of the GP represents the first step before consulting; it is sometimes used to provide this information. This study proposes to explore the perception of the patients of MI delivered in the waiting room of the GP. The medical information received is

Perception de l'information médicale en salle d'attente du médecin généraliste

Introduction

Préambule à toute consultation médicale, la salle d'attente (SA) constitue un élément central du cabinet médical. Lieu de toutes les attentes, au sens propre comme au figuré, elle représente la première étape avant la consultation. Les patients passent plus de temps en SA qu'en consultation (respectivement 30 vs. 16 minutes) [1]. L'attente peut être parfois utilisée comme vecteur de l'information médicale [2].

Cet espace est soumis à des contraintes administratives et légales : « loi handicap 2005 », numéros d'urgences pour assurer la permanence des soins, affichage obligatoire concernant l'interdiction de fumer, statut vis-à-vis de la convention médicale, tarifs pratiqués [3], appartenance à une association de gestion, utilisation des données informatiques (loi informatique et libertés du 6 janvier 1978), redevance SACEM (Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique). Malgré ces contraintes, une grande liberté est laissée aux médecins pour l'aménager.

Les médecins peuvent investir ce lieu d'attente qui semble avoir un rôle à jouer en termes de santé publique : affichage et revues à disposition [4]. L'impact espéré sur les motifs de consultation semble limité [5]. Plus que leurs aînés, les jeunes médecins portent le souci d'une salle d'attente bien pensée. Avec les années, l'enthousiasme et l'énergie investis semblent faiblir pour des raisons financières, de vols répétés ou par manque de temps.

Qu'en est-il des patients ? Selon la littérature, 80 % la considèrent avant tout comme un lieu d'attente, qui doit être la plus courte possible. Pour la rendre plus agréable, ils plébiscitent un lieu lumineux qui change d'un espace médical vide de sens [2]. Concernant les représentations et les enjeux de la SA, peu de patients abordent spontanément son rôle dans l'information ; pourtant ils attendent beaucoup de leur médecin dans le domaine de l'information.

Certaines entreprises proposent la gestion de l'information médicale en SA à l'aide de divers médias. L'information délivrée peut poser des problèmes éthiques : caractère commercial et qualité. Le Conseil national de l'ordre des médecins, dans ses recommandations, appelle les médecins à la responsabilité sur l'information mise à disposition en salle d'attente. Il invite à distinguer les messages de santé publique des messages à caractère publicitaire. Le médecin est responsable de l'information mise à disposition [6].

Les patients étant les usagers de la SA, cette étude (méthode en encadré 1) propose d'explorer la perception par les patients de l'information médicale¹ délivrée en SA du médecin généraliste.

¹ Dans cet article, l'information médicale est définie comme toute information à caractère médical (relative à une pathologie, ou véhiculant un message de santé publique), liée à la santé ou à l'hygiène de vie.

affected by several factors. When the relationship between a GP and his patient is satisfactory, the transmission of information is easier. Depending on the reason for consulting or if they think they wait for too long, the patients can feel anxieties or unpleasantness while waiting so that it is not the right moment for them to get informed. The social interactions in the waiting room can interfere with the perception of information. According to the patients, their GP should be more involved and control this information that should be in limited quantity, in a dedicated space, updated on new topics, preventive or referring to the local associations. It must not be imposed but proposed in the continuity of the patient-doctor relationship.

• **Key words**
health communication; patients;
general practice; waiting room.

DOI: 10.1684/med.2017.266

Les patients qui ne sont pas satisfaits de la relation de soin ou qui ressentent un désintérêt du MG pour l'information médicale semblent avoir une image négative de celle-ci. « *Je pense que mon médecin n'est pas intéressé par les informations que je donne sur ma propre santé, alors autant dire que celles de sa SA, il s'en moque* » (Stéphanie). Devant ce mode de perception, l'intérêt de mettre à disposition des informations semble limité, alors que les patients souhaitent partager les connaissances avec le MG.

À l'inverse, quand les patients jugent la relation de soin satisfaisante, leur perception de l'information est améliorée. Stéphanie regrette de ne plus voir son ancien médecin de famille « *empathique, à l'écoute...* » et qui met à disposition des informations issues de ses recherches documentaires comme « *la controverse sur le dépistage du cancer du sein* ». Il les renouvelle fréquemment et si le sujet l'intéresse, elle « *l'approfondit avec lui* ». Dans cette relation l'information médicale en SA est pertinente. Selon Stéphanie « *l'information*

Résultats

La population de l'étude est constituée de treize personnes âgées de 23 à 74 ans. Les caractéristiques des personnes interrogées sont présentées dans le [tableau 1](#).

Il existe un recours au médecin traitant plus élevé chez les patients atteints d'une pathologie chronique ou chez les mères de famille qui accompagnent fréquemment leurs enfants en consultation. La moyenne pour notre échantillon rejoint l'observation faite en 2013 qui estimait à 4,3 le recours moyen annuel au MG chez les adultes de plus de 18 ans [7].

La relation patient-médecin module la perception de l'information médicale en salle d'attente

Julie décrit son MG comme « *peu bavard, les consultations ne durent pas longtemps* ». La SA est « *froide, pas très accueillante* ». Elle pense « *qu'il ne s'en préoccupe pas, qu'il n'y prête aucune attention* ». Elle n'arrive pas à affirmer s'il y a ou non des informations médicales.

• **Tableau 1.** Caractéristiques des participants et durée des entretiens.

	Âge	Profession	Lieu d'exercice du MGT ³	Nombre moyen annuel de recours au MGT	Durée (minutes)
Laurie ¹	30	Animatrice	Semi-rural	3	53
Stéphanie	31	Avocate	Rural	2	47
Julie	36	Chargée de com.	Urbain	3	33
Françoise	52	Commerciale	Urbaine	4	55
Robert*	74	Retraité/Ouvrier	Urbain	5	58
Suzanne	44	Directrice	Urbain	6	56
Jacques*	61	Consultant	Semi-rural	4	44
Henri*	57	Artisan	Semi-rural	7	50
Mélanie	31	Responsable RH ²	Urbain	3	53
Chantal	56	Fonctionnaire	Urbain	4	42
Ali	23	Chauffeur-livreur	Semi-rural	2	36
Florence	61	RH ²	Semi-rural	2	48
Adiba	42	Consultante	Semi-rural	8	54
Moyenne				4,1	48

*Patient chronique ; nom d'anonymisation choisi arbitrairement pour chaque patient¹ ; ressources humaines² ; Médecin généraliste traitant³.

de la SA doit être le préambule à des messages évoqués ensuite, par la parole du médecin » et l'information en SA seule a peu d'impact.

Temps d'attente, motif de consultation et perception de l'information médicale

Les patients perçoivent principalement l'attente comme un temps mort à combler. La lecture occupe une grande place, sa finalité est souvent de tromper l'ennui traduisant pour certains un désintérêt pour les informations médicales présentes. Jacques « prend ce qu'il faut pour se distraire » et « ne regarde pas ce qu'il y a au niveau du mur ». L'utilisation des Smartphones est un élément récurrent des entretiens ; leur présence dans la SA rend les patients moins attentifs aux informations. Paradoxalement, ils admettent que l'attente pourrait être mise à profit pour s'informer. Adiba se souvient : « si on passe par le sas de la SA, c'est du plus par rapport à la consultation. On peut avoir accès à des informations supplémentaires. C'est une consultation améliorée ».

Un bon nombre de patients est pourtant incapable de citer au moins une information présente en SA voire d'affirmer s'il y en a. Stéphanie nous explique : « quand je vais chez le médecin, c'est que je suis malade. Je suis comme dans un tunnel, je ne vois pas les affiches ». Cette abstraction de l'environnement reflète le rôle que joue l'attente dans la préparation à la consultation. Certains patients arrivent toujours en avance pour se préparer, mais aussi parce que cette attente a des vertus thérapeutiques. « Quand on arrive en SA livrée à soi-même avec plein de questions en tête, est-ce que c'est le début d'une consultation ? Pour les personnes qui ont des inquiétudes, je pense que l'attente c'est important » (Suzanne). Ce processus de préparation rend les patients peu sensibles à l'information présente en SA, car il occupe une grande place psychique avant une consultation pour une pathologie aiguë ou lors de la crainte d'un diagnostic grave.

En revanche, le temps de l'attente est propice à la réception d'information lorsque les patients sont accompagnants, qu'ils consultent pour le suivi d'une pathologie chronique ou un motif jugé bénin. Le processus de préparation à la consultation est alors limité. Ali « apprécie lire les affiches sur la prévention » lorsqu'il consulte pour le renouvellement de sa licence de football. Françoise se rappelle très bien avoir « lu un document sur l'hypnose » lorsqu'elle accompagnait son fils. Henri, patient chronique, fréquente régulièrement les SA. Lorsqu'il se rend à « ses visites », il nous explique qu'il y va dans un état d'esprit différent de lorsqu'il est malade : « on fait une pause, on a l'esprit dispo pour l'information ».

L'ensemble des interviewés acceptent volontiers de patienter 15 minutes et considèrent devoir attendre plutôt que d'être attendus par le médecin. Cependant, quand sa durée est jugée trop longue, les patients considèrent l'attente comme peu propice pour s'informer.

Espace social et disponibilité pour l'information médicale

La SA est un lieu d'interactions sociales ; ces dernières influent sur la perception de l'information. Lorsque le patient est seul, il est plus attentif aux messages, car il est soumis à moins de contraintes sociales. Quand Adiba arrive et qu'elle est seule, elle « lève la tête et lit ce qui l'intéresse » par contre elle regrette de ne pas pouvoir échanger sur l'information.

Stéphanie se souvient être allée voir le MG avec ses parents : « nous lisions ces informations et cela nous faisait tous réagir différemment, ça provoque le débat ». Cependant lorsqu'il y a un enfant dans un groupe, les parents s'attellent le plus souvent à le canaliser évitant ainsi les nuisances pour les autres personnes présentes. Dans cette situation, l'attention n'est pas portée sur l'information puisqu'ils sont soumis au contrôle social imposé par les autres patients qui attendent que les parents surveillent leur enfant. Quand Adiba vient avec un enfant, elle le garde sur les genoux : « on regarde un bouquin, ou on joue. On se tient bien, on essaie de ne pas déranger ». Lorsque les parents n'assument pas ce rôle de contrôle, il existe aussi un impact négatif sur la perception de l'information pour les autres personnes présentes.

Par ailleurs, il peut exister une gêne sociale et un sentiment de honte à la lecture de certaines informations qui vont empêcher le patient de s'y intéresser en public. Laurie considère que « les gens ne vont pas oser prendre un numéro drogue info service devant leur voisin ». Adiba nous explique que « si la salle est pleine, on évite les sièges côte à côte pour ne pas gêner. Je ne vais pas regarder l'affiche derrière moi et pour ne pas gêner la personne qui est en face, je ne regarde pas l'affiche au-dessus d'elle. Je ne veux pas qu'elle pense que je l'observe ». Ainsi placé dans un coin, Henri fait l'éloge du nouveau panneau d'affichage mis en place par son médecin : « quand je l'ai vu, je me suis dit, ça au moins c'est clair, on affiche de l'information pour nous. Ça pousse à lire et à regarder. »

Modes d'information médicale

Force est de constater que lorsque les patients ont besoin d'information médicale, le premier réflexe est la recherche en ligne. L'information quitte la sphère médicale pour Internet. Julie recherche de l'information en ligne, mais elle « essaie de ne pas trop y rester ! On commence à s'imaginer qu'on a tous un cancer ! » Bien qu'elle soit jugée anxiogène, les patients recourent à cette information en ligne, mais restent critiques sur sa qualité. L'information délivrée par le MG a pour eux, un poids plus important comme pour Jacques : « sur Internet il y a à boire et à manger, je suis méfiant tandis que mon médecin, je sais qu'il est compétent ».

Concernant les différents modes d'information en SA, l'affichage peut être consulté à distance et permet d'identifier rapidement un sujet susceptible d'intéresser. Rappelons que l'affichage peut créer une gêne sociale selon le sujet, que son accumulation, sa dispersion et son manque de renouvellement constituent des freins.

Avec le temps, les supports deviennent moins attractifs. Françoise considère que les affiches « *datent toujours de 1910 ! On voit les affiches qui ont bien jauni. On ne sait plus si c'est toujours d'actualité* ».

Les brochures permettent de conserver une trace de l'information et consacrer plus de temps à la lecture. Toutefois les patients se disent gênés de les prendre lorsqu'ils ne sont pas seuls ou pour des raisons d'hygiène. Une fois ramenées au domicile elles sont souvent jetées. Sur un présentoir, elles sont jugées mal organisées, trop nombreuses et certains patients s'interrogent sur leur utilisation à des fins commerciales. Laurie se « *demande si les brochures sont fournies par les laboratoires comme de la publicité ou si c'est une vraie question de santé* ». Ces craintes peuvent être justifiées, car l'industrie pharmaceutique s'est emparée du sujet de l'information santé qui peut être utilisée à des fins marketing pour contourner l'interdiction de publicité dans les SA.

Quelles informations ?

Concernant le contenu, les patients plébiscitent les messages autour de la prévention. Florence est « *frappée par la méconnaissance des gens sur les actes essentiels comme le sommeil ou le lavage des mains. On peut faire passer des messages simples, sans moraliser. Il faut que ce soit positif, pédagogique* ». Il existe cependant un paradoxe entre l'intérêt des patients pour ce type de messages et le fait qu'ils soient perçus par certains comme moralisateurs, voire liberticides. « *On ne doit pas être dans le mode obligation ni faire peur* » (Florence).

Les informations en lien avec l'actualité sont sollicitées. Adiba regrette : « *à l'époque de la grippe H1N1 il n'y avait pas d'informations pourtant on était attentifs. Quand il y a un événement autour de la santé dans l'actualité, c'est dommage qu'il n'y ait rien d'affiché* ». Florence « *aimerait, que l'information soit ciblée, trois messages pas plus, en fonction de la période, des actualités* ».

Les patients apprécient les messages qui concernent le tissu associatif ou social local. Ils se sentent concernés. Françoise a découvert « *une association qui aide les accompagnants ou les gens qui viennent de perdre un parent d'un cancer* ». Elle a contacté l'association suite au décès de son mari. Adiba se souvient d'une « *information sur l'association du foulard. Elle organisait une exposition de foulards dont la vente était reversée à la recherche contre le cancer* ».

Discussion

Un partenariat patient-médecin pour une information partagée

La perception de l'information médicale en SA est modulée par l'image que le patient a du MG et de sa satisfaction dans la relation de soin. Les patients accordent plus d'importance aux qualités humaines de leur MG qu'à la présence d'informations médicales en SA

[8]. Si le MG est jugé à l'écoute, avec de bonnes aptitudes relationnelles, le patient se montre compréhensif et excuse le médecin s'il n'y a pas d'information. Il a été démontré qu'une stratégie d'éducation en plusieurs temps initiée dans la SA facilite l'échange patient-médecin et accroît l'efficacité du message, mais nécessite une démarche active du médecin pour amorcer la discussion [9]. En complément d'une information en SA, il appartient au médecin de construire une relation de soin de qualité et de développer ses aptitudes d'écoute et de bienveillance pour créer des conditions propices à l'échange [10, 11]. Lorsque ces dernières sont réunies, les patients déclarent se sentir plus proches du médecin et avoir acquis de nouvelles connaissances [12].

Respecter le juste temps : le temps du patient

L'information médicale semble devoir être proposée au patient sans être imposée. L'attente n'est pas toujours propice à la réception de cette information. La notion de « patient » vient de « *pathos* », celui qui subit, et aussi celui qui est amené à patienter. Le fait de patienter représente une durée subjectivement vécue opérant comme un approfondissement de soi faisant le tri de l'essentiel [10, 13]. Ce processus de préparation est variable en fonction du motif de consultation et gêne la réception d'une information en SA.

La durée de l'attente intervient aussi dans la disponibilité du patient pour l'information. De façon consensuelle, une attente de plus de 30 minutes est jugée peu respectueuse et inacceptable [2, 8]. Au-delà, les patients entrent dans un état d'attente déplaisante où tout ce qui arrive est perçu comme contrariant, ce qui aboutit à un repli sur soi. Il appartient au MG de contrôler la durée de l'attente pour qu'elle reste acceptable et éviter les états d'attente déplaisante où l'intérêt pour l'information n'a plus sa place.

Créer l'espace nécessaire à l'information

Lorsqu'il y a d'autres personnes dans la SA, le patient est soumis à des règles sociales qui vont influencer son comportement. Lors de l'arrivée dans la SA, les patients effectuent un balayage visuel. Si d'autres personnes sont présentes, le choix de leur place et leur comportement lors de l'attente sont orientés par les « *rappports en présence* » (interactions qui régissent la vie en présence d'un public selon Goffman) pour s'assurer d'un espace personnel [14]. La prise en considération de cette dimension sociale impose une certaine organisation spatiale de l'information au sein de la SA. La disposition de l'information devrait être réfléchie : elle pourrait être centralisée, dans un espace dédié et dégagé pour être accessible visuellement.

Quand les patients viennent accompagnés, ils forment un groupe dont les membres appartiennent à une même unité de participation [14]. Les échanges sont favorisés à l'intérieur du groupe tandis qu'il est plus difficile d'engager une discussion avec un inconnu. Cependant, la présence d'enfants détourne l'attention de l'information

Encadré 1



Méthode.

- Enquête qualitative menée entre avril et octobre 2016, par entretiens semi-dirigés selon un échantillonnage raisonné de treize patients dont le médecin traitant déclaré à la sécurité sociale était un médecin généraliste (MG) exerçant en Haute-Savoie.
- Enquêteur : interne de médecine générale.
- Accord oral obtenu pour l'enregistrement anonymisé des entretiens intégralement retranscrits.
- Analyse : double codage (enquêteur et directrice de thèse) par « théorisation ancrée » laissant émerger les données pertinentes avec le phénomène étudié selon le principe d'inductivité.
- Déclaration effectuée auprès de la CNIL le 25 avril 2016 par l'intermédiaire du correspondant informatique et liberté de l'Université Jean-Monnet de Saint-Étienne.
- Guide d'entretien : *Figure 1*

médicale présente à la fois pour les parents ou accompagnants et les autres personnes présentes dans la SA. À ce titre, la mise à disposition d'un coin enfant séparé de la SA est intéressante. Tout comme la mise à disposition de livres et jouets éducatifs destinés aux parents et aux enfants, mais les problèmes d'hygiène en limitent l'usage [9].

Choisir des supports variés et des messages ciblés

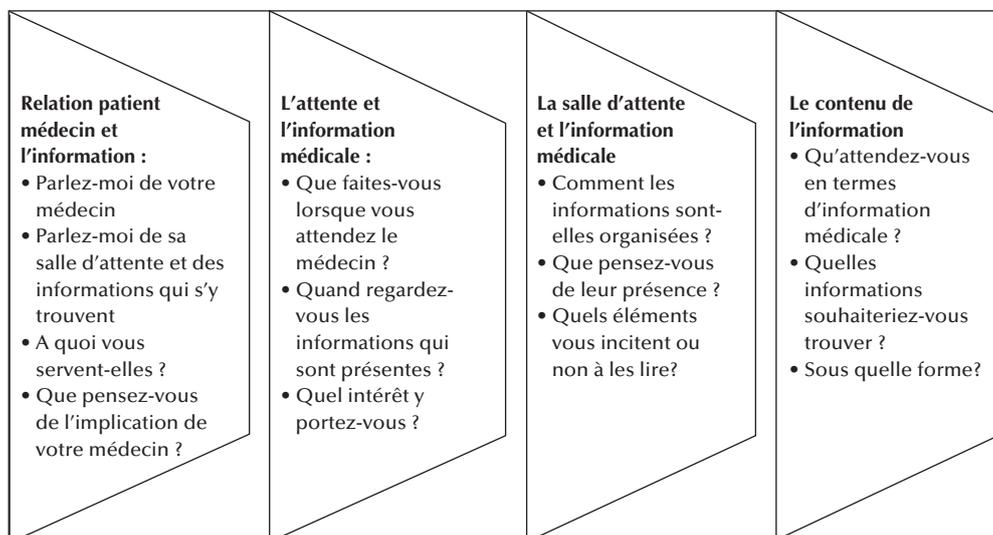
Les patients consultent régulièrement les informations médicales en ligne. Ce recours s'inscrit dans un processus de socialisation de la santé [15]. Pour eux, mettre à disposition des liens de sites validés par le MG dans la SA pourrait s'avérer utile pour aiguiller leurs recherches.

Les supports d'informations sollicités par les patients sont l'affichage et les brochures [4, 16]. Les patients qui

s'intéressent à l'information en SA l'espèrent validée, personnalisée, en quantité limitée, renouvelée fréquemment et indépendante des industriels. Alors que les patients attendent de leur médecin une information impartiale, indépendante des intérêts financiers, seuls 20 % des MG sont capables de citer toutes les informations présentes dans leur SA [4].

Les messages de prévention et sur l'hygiène de vie sont sollicités par les patients. Ces considérations rejoignent la notion « d'healthism » ou de « santéisme » créée par

Crawford dès 1980 [17]. Il regroupe sous ce terme une idéologie qui promeut la santé et en fait une obligation morale. Il dénonçait le risque de vouloir contrôler les individus sous couvert de promotion de la santé. Cette problématique est toujours d'actualité avec la multiplication des messages de prévention qui tendent à codifier les

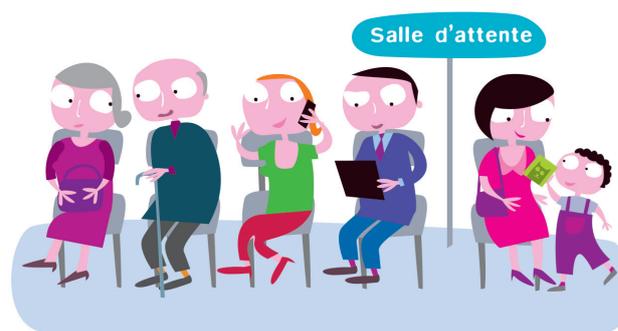


• Figure 1. Grille d'entretien.



Que retenir pour la pratique ?

- L'information médicale en SA chez le MG ne doit pas se concevoir exclusivement en termes de support d'information et de contenu.
- La réflexion doit s'inscrire dans un cadre conceptuel plus large qui prenne en considération les facteurs d'influence que sont : la relation patient-médecin, le temps de l'attente, le motif de consultation, le lieu (dans sa dimension spatiale et espace d'interactions sociales) et le sujet de l'information.
- Concernant l'information médicale, les patients semblent attendre une plus grande implication de leur MG allant au-delà de celle accessible en SA.
- Le médecin en créant sa SA devrait s'interroger sur le sens qu'il veut lui donner. Il devra penser la disposition d'information comme un enjeu dans son éthique professionnelle et relationnelle.



gestes de la vie quotidienne. Le médecin propose une information, libre à chacun d'en disposer comme il l'entend. Impossible *a priori* pour le MG de savoir comment le message sera perçu ou interprété. Les messages de prévention doivent être rassurants, non intrusifs, non culpabilisants pour éviter d'alimenter la construction d'une société du risque [18]. La présence d'information en lien avec l'actualité et/ou sur les associations d'aide aux patients ou sur des initiatives locales en lien avec la santé semble pertinente.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

- Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES Dir Rech Études Lévaluation Stat [Internet]. avr 2006 [cité 13 juin 2017]; (481). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>.
- Guyot A. Représentation et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. France : Université de Nancy I. Faculté de médecine ; 2010.
- Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. 2009-152 févr 10, 2009.
- Idris H. Place de la salle d'attente du médecin généraliste dans l'éducation pour la santé : Analyse du regard des médecins généralistes de la Somme et des patients [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie ; 2009.
- Boulard E, Frappé P. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation? *exercer* 2015 ; 26 : 162-3.
- Stefani F. Informations dans la salle d'attente du medecin. Cons Natl L'Ordre Médecins Rapp Adopté Lors Sess Des [Internet]. 2000 [cité 13 juin 2017]; 5. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/infosal-ledattente.pdf>.
- Ifop. Les Français et le système de santé [Internet]. Institut Français d'Opinion Publique ; 2013 [cité 13 juin 2017]. Report No. : 3. Disponible sur : http://www.ifop.com/media/poll/2472-1-study_file.pdf.
- Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res* 2007 ; 7 : 31.
- Rolland M-A, Gignon M. Intérêt d'un jeu éducatif sur la vaccination en salle d'attente de médecine générale. Étude comparative. Immunization educational game in general practice waiting rooms. A comparative study. *Santé Publique* 2015 ; 27 : 159-65.
- Pierron J-P. Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sci Soc Santé* 2007 ; 25 : 43-66.
- Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher?: apports croisés de la littérature, Summary. *Santé Publique* 19 : 413-25.
- Freire P. Pédagogie des opprimés. Paris : La Découverte, 1982, 202 p..
- Faivre-Jussiaux M. La salle d'attente de mon psychanalyste. Ramonville-Saint-Agne : Erès, 2008, 136 p..
- Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Les relations en public. Le Sens Commun. Paris : Les Editions de Minuit, 1973, 376p.
- Romeyer H. La santé à la télévision? : émergence d'une question sociale. *Quest Commun* 2007 ; 11 : 51-70.
- Krypciak S. Analyse des attentes des patients concernant les documents d'information disponibles dans les cabinets de médecine générale [Thèse d'exercice]. [UPEC, France] : Université Paris-Est Créteil Val de Marne ; 2006.
- Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv Plan Adm Eval* 1980 ; 10 : 365-88.
- Peretti-Watel P. *La société du risque*. Paris : La Découverte, 2010, 128 p..