

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 novembre 2020

Par BEAREZ Benjamin

Né le 23 mars 1989 à Brive-la-Gaillarde

Durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020

Thèse dirigée par le Docteur Karen Rudelle

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Patrice VIROT

M. le Professeur Achille TCHALLA

Mme. le Docteur Karen RUDELLE

Présidente

Juge

Juge

Juge et directrice de thèse



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 novembre 2020

Par BEAREZ Benjamin

Né(e) le 23 mars 1989 à Brive-la-Gaillarde

Durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020

Thèse dirigée par le Docteur Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. le Professeur Patrice VIROT

M. le Professeur Achille TCHALLA

Mme. le Docteur Karen RUDELLE

Présidente

Juge

Juge

Juge et directrice de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION

DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane

EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BEN AHMED Sabrina

CHIRURGIE VASCULAIRE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DUCHESNE Mathilde

ANATOMIE PATHOLOGIE

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LERAT Justine

O.R.L.

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2020
TREVES Richard	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VIROT Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2019

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIahi Edouard	MEDECINE NUCLEAIRE
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE

BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

Au sens positif du temps on peut dire : seul le présent est, l'avant et l'après ne sont pas mais le présent concret est le résultat du passé et il est plein de l'avenir. Le présent véritable est, par conséquent, l'éternité.

Martin Heidegger

Remerciements

Aux membres du jury :

A Madame le professeur DUMOITIER

Professeur des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'être la présidente de ce jury.

Vos conseils avisés, votre réactivité et le dynamisme dont vous faites preuve sont un atout pour représenter la médecine générale à la faculté. Je souhaite vous exprimer mon profond respect et toute ma reconnaissance.

A Monsieur le professeur VIROT

Professeur émérite de cardiologie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. La qualité de vos enseignements et votre humanité m'ont marqué durant mon passage en cardiologie.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le professeur TCHALLA

Professeur des universités-praticien hospitalier de gériatrie et biologie du vieillissement

Vous avez expressément accepté de juger mon travail, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur RUDELLE

Chef de clinique de Médecine Générale-Docteur en Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de le diriger.

Ta disponibilité, ta gentillesse et ta patience m'ont grandement aidé à réaliser ce travail. Sois assurée de ma profonde gratitude.

A toutes les équipes médicales, paramédicales hospitalières :

Au service SSR de la Souterraine, au service des urgences de Brive, au service de psychiatrie d'Esquirol et service de médecine de St Léonard.

Merci pour m'avoir aussi bien encadré et m'avoir donné un peu plus de confiance en moi.

Aux maîtres de stage de Médecine Générale :

Dr Noinski, Dr Frugier, Dr Guillaumot, Dr Pelaudeix, Dr Zirnhelt, Dr Pailleret.

Merci de votre formation, vous m'avez conforté dans mon envie d'exercer la médecine générale.

Je dédie cette thèse :

A Claire, tu partages ma vie. Merci d'être toujours là dans les bons comme dans les mauvais moments. Ta sensibilité, ton implication au travail et ta rigueur m'impressionnent toujours. Merci pour ta relecture avisée. Aie confiance en toi !

A Anna, ma fille adorée. Tu resteras toujours ma priorité. Merci de m'apporter cet amour et donner du sens à la vie.

A mes parents, pour qui j'ai un profond respect. Merci pour votre éducation. Vous m'avez toujours soutenu tout au long de ces études jusqu'à la relecture de cette thèse !
A mon père, tu restes un exemple à bien des égards... merci de m'avoir guidé et donné les moyens de me poser les bonnes questions.
A ma mère, merci de ta présence et de ton amour, c'est une chance de t'avoir !

A Sophie, ma grande sœur, merci de m'avoir supporté durant l'enfance et plus tard de m'avoir aidé durant mes premières années de médecine. Si j'en suis là, tu n'y es pas pour rien. Tu peux être fière de toi, de ton parcours et de ta famille. A Bertrand, c'est un plaisir de t'avoir comme beau-frère et on « lâche rien » !

A Nicolas, mon grand frère, tu as toujours été un modèle pour moi. J'espère que nous passerons encore de nombreux bons moments ensemble ! A Marina, ma belle-sœur, ta détermination professionnelle, sportive et familiale sont exemplaires.

A mes adorables neveux, nièce, Jules, Martin, Charlotte et au prochain dont je ne connais pas encore le prénom !

A Mamie-T, une grand-mère comme on en rêverait. Merci de m'avoir toujours soutenu. A mes autres grands-parents qui ne sont plus là...

A mes oncles et tantes (Tania, Nanou, Marie-Claude, Michelle, Loulou, Françoise, Danny, Jacquie, Jacquo, Nathalie, M-F, Claude, ...). Vous m'avez tous, à un moment ou un autre beaucoup apporté. Mention spéciale à Flicou qui a traduit le résumé, merci !

A mes cousins, cousines qui comptent tout autant qu'ils sont nombreux.

A Gilles et Dominique, mes beaux-parents, toujours de bons conseils et d'une grande gentillesse. A mon beau-frère, Adrien et sa famille, votre courage et votre sens de la famille m'ont touché.

A toi qui ne vas pas tarder à pointer le bout de ton nez...

A mes amis

A mes fidèles compagnons de route Benj, Beber, et Paulo.

Benj, on se suit depuis le collège. Je ne compte plus les moments mémorables passés en ta compagnie. Le temps passe et nos habitudes changent mais je t'assure que mon amitié reste. Je suis fier du médecin et du père de famille que tu es devenu. Je te souhaite plein de bonheur. Il nous reste encore beaucoup à partager.

Beber, mon grand, merci pour ton infaillible amitié. Tu es toujours de bon conseil. Ta compagnie est à chaque fois agréable. Une belle carrière professionnelle et une belle vie personnelle t'attendent.

Paulo, ta gentillesse et ta sensibilité font de toi un ami que je n'échangerais pour rien. La carrière qui se profile devant toi est une évidence. Je suis heureux pour toi et ton fils a de la chance d'avoir un tel père !

Je pense également aux compagnes de chacun : Julie, Alice et Marie-Anna et j'apprécie votre présence et votre amitié.

A mes amis rencontrés à la fac et pendant l'internat, merci pour tous ces moments. Vous avez fait en sorte que ces années passent si vite : Melody, Anne-Sophie, JF, Caroline, Potuc, Seb, Clément, JB, Martin, ... et tous ceux que j'oublie.
A Guillaume, médecin du sport à la pointe !

A mes amis de Dordogne, Matthieu, Jeremy, Marie. Nous nous voyons moins mais les souvenirs sont impérissables et à chaque fois que nous nous retrouvons, c'est un plaisir.

A mes amis motards, Kevin et Fred. C'était il y a déjà longtemps mais je n'oublierai pas toutes ces sorties faites ensemble.

A mes amis cyclistes, merci pour toutes les parties de manivelles. C'est une chance de vous avoir rencontré. C'est tellement agréable de se tirer la bourre entre potes ! Je pense particulièrement à Damien, David, Thierry, Jérôme, Théo, Fred, Steph, Vincent, Aurélien, ... Merci aussi aux filles VTTistes d'avoir intégré ma chère et tendre (Anne, Marie, Alex, Johann, Mathilde).

A Valentin parti beaucoup trop tôt...

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Liste des abréviations.....	21
INTRODUCTION.....	22
1.1. Durée des consultations en médecine générale.....	24
1.2. Déroulement d'une consultation de médecine générale.....	25
1.3. Durée de consultation et ressenti du patient.....	26
1.4. Approche centrée patient.....	27
1.5. Le temps un marqueur d'évènements indésirables.....	28
1.6. Qu'en est-il chez les autres spécialistes ?.....	30
1.7. Durée de consultation au niveau international.....	30
1.8. Les professions intermédiaires.....	32
1.8.1. Assistants médicaux.....	32
1.8.2. Infirmiers de pratique avancée.....	33
1.9. Une durée optimale ?.....	33
MATERIEL ET METHODE.....	35
2.1. Type d'étude.....	35
2.2. Objectifs.....	35
2.3. Description du questionnaire.....	35
2.4. Population.....	35
2.5. Analyse statistique.....	36
RESULTATS.....	37
3.1. Taux de participation et diagramme de flux.....	37
3.2. Taux de remplissage du questionnaire.....	38
3.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	38
3.3.1. Genre.....	38
3.3.2. Âge.....	40
3.3.3. Activité socio-professionnelle.....	41
3.3.4. A quel rythme les patients venaient-ils voir leur médecin ?.....	42
3.4. Durée de consultation.....	44
3.4.1. Les patients connaissaient-ils la durée de consultation prévue ?.....	44
3.4.2. Quelle était l'estimation de la durée selon les patients ?.....	44
3.4.3. Les patients pensaient-ils que la durée de consultation identique pour chaque consultation ?.....	45
3.4.4. La durée de consultation était-elle suffisante selon les patients ?.....	45
3.4.5. Une durée de consultation limitée empêchait elle d'évoquer certaines plaintes ?.....	46
3.4.6. Quelle était la durée idéale selon les patients ?.....	47
3.5. Les patients attendaient-ils d'avoir plusieurs problèmes avant de consulter ?.....	48
3.6. Les patients étaient-ils dérangés par la demande revenir ?.....	49
3.7. Le retard du médecin était-il normal selon les patients ?.....	49
3.8. Le retard influençait-il le déroulement de la consultation ?.....	50
3.9. Demande de plusieurs consultations par le patient et impact.....	51
3.9.1. Les patients demandaient-ils une consultation supplémentaire ?.....	51
3.9.2. Cette consultation supplémentaire avait-elle un impact sur la suite de la journée du médecin ?.....	51
3.10. Quel élément entraînait-il le plus satisfaction pour le patient ?.....	53
DISCUSSION.....	54

4.1. Analyse de la méthode.....	54
4.1.1. Type d'étude.....	54
4.1.2. Forces et limites de l'étude	54
4.1.2.1. Forces de l'étude	54
4.1.2.2. Limites de l'étude	55
4.1.3. Échantillonnage.....	56
4.2. Analyse des résultats.....	56
4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients	56
4.2.1.1. Âge et sexe	56
4.2.1.2. Catégorie socio professionnelle	58
4.2.1.3. Rythme de suivi	58
4.2.2. Ce que savent et estiment les patients sur la durée de consultation.....	59
4.2.3. Le contenu des consultations	60
4.2.3.1. La question des motifs multiples	60
4.2.3.2. Réaction du patient lorsque le médecin lui propose une consultation supplémentaire.	61
4.2.3.3. Le retard	62
4.2.3.4. Demande de consultation multiple	63
4.2.4. La qualité principale du médecin qui donne satisfaction au patient.....	63
4.3. Perspectives	64
CONCLUSION	66
Références bibliographiques	68
Annexes	72
Serment d'Hippocrate.....	78

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des phases de la consultation (durée en secondes)	26
Figure 2 : Marguerite des compétences	27
Figure 3 : Tableau décrivant les différents tempos issu du document de la HAS (23).....	29
Figure 4 : diagramme de flux de l'étude.....	37
Figure 5 : Répartition des répondants selon le genre.....	38
Figure 6 : Répartition des répondants selon le genre et par tranche d'âge	39
Figure 7 : Répartition par tranche d'âge des patients	40
Figure 8 : Répartition selon l'activité socio-professionnelle.....	41
Figure 9 : Fréquence du suivi	42
Figure 10 : Fréquence de consultation selon l'âge.....	43
Figure 11 : Connaissance de la durée de consultation	44
Figure 12 : Durée de consultation prévue	44
Figure 13 : Une durée identique pour chaque patient	45
Figure 14 : Durée de consultation suffisante.....	45
Figure 15 : Une durée limitée empêche-t-elle d'évoquer certaines plaintes ?	46
Figure 16 : Durée idéale	47
Figure 17 : Attente d'avoir plusieurs problèmes avant de consulter	48
Figure 18 : Dérangé par la demande de revenir	49
Figure 19 : Retard du médecin normal	49
Figure 20 : Influence du retard.....	50
Figure 21 : Patients demandant plusieurs consultations	51
Figure 22 : Impact de la consultation supplémentaire sur la suite des rendez-vous.....	51
Figure 23 : Impact de la demande de consultation supplémentaire pour les patients qui la demande.	52
Figure 24 : Caractéristique entraînant la meilleure satisfaction.	53

Liste des abréviations

AAFP : American Academy of Family Physicians

ALD : Affection Longue Durée

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

C-PRED-EsPer : Consultation PREvention Dédiée Estimation Personnalisée du Risque

CNOSF : Comité National Olympique et Sportif Français

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des statistiques

ECOGEN : Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

FFC : Fédération Française de Cardiologie

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Infirmier de pratique avancée

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ONAPS : Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

SFMG : Société Française de Médecine Générale

INTRODUCTION

Nous assistons ces dernières années à un changement de statut du patient. Il est devenu acteur de sa santé. De malade passif, il devient un patient actif qui peut participer aux soins. On retrouve cette évolution dans le plan national pour la sécurité du patient 2013-2017 (1). La loi de 2002 a renforcé ce mouvement impulsé par les patients (2). Les pouvoirs publics invitent alors à une plus grande participation des patients dans le système de santé.

Suite à ce changement, la satisfaction du patient devient un critère plus important. C'est d'ailleurs une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS (3). "L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ". La satisfaction du patient peut ainsi être considérée comme un résultat des soins et même un élément de l'état de santé lui-même.

Nous pourrions être tentés de croire que la satisfaction naît, dans l'absolu, de la prestation reçue. Mais elle est en fait plus un état affectif fait de plaisir et de soulagement, éprouvé par celui qui a obtenu ce qu'il souhaitait. Il faut donc que le médecin s'efforce de trouver un compromis entre ce que le patient souhaite et le soin à réaliser. Il est donc important d'identifier les éléments qui, aux yeux des patients, définissent un service de qualité et de connaître leurs attentes et leurs désirs.

Un de ces éléments de satisfaction qui paraît important d'étudier est la durée de consultation en médecine générale.

Comment le patient perçoit-il le temps ? Est-il vraiment un facteur de satisfaction ? Existe-t-il une différence de perception entre chaque catégorie de patients ?

Dans le langage courant, nous utilisons quotidiennement les expressions suivantes : « le temps passe trop vite ou trop lentement ; le temps presse ; on a le temps ; prenez votre temps, etc. ». Le médecin doit alors se poser la question de ce qu'il fait de ce temps, de la signification qu'il accorde à chacune de ces expressions.

Ainsi, dans une réflexion sur le temps et la consultation, un médecin suisse écrivait : « Gérer le temps, c'est acquérir une forme de sagesse trempée dans le moule de l'expérience et de l'humilité » (4).

Il est même possible de prendre un point de vue un peu plus philosophique. Dans *Essai sur les données immédiates de la conscience*, Henri Bergson remet en question la conception du temps partagée par le sens commun, la philosophie et la science. Il montre que l'écoulement du temps est autant, sinon davantage une propriété liée à la perception individuelle du sujet qu'une dimension mesurable de la réalité.

Le temps, c'est celui de l'observatoire, il est mesuré instantanément, il est objectif. La durée, c'est ce qui est perçu par l'individu. Pour lui, il est le temps « réel », subjectif. Que les secondes sont parfois longues... Ce temps réel, c'est celui que mesure notre conscience, pas notre montre.

Il paraît donc important d'avoir le ressenti des patients sur la durée de consultation avec leur médecin traitant qui est un pilier dans leur parcours de soins.

Nous verrons donc dans un premier temps les généralités sur la durée de consultation à travers des travaux internationaux et nationaux. Quelles sont les durées de consultation dans les différents pays du monde ? Dans quelles mesures sont-elles un facteur de satisfaction ? Quelles sont les implications de la durée de consultation sur la pratique du médecin ?

Par la suite, nous ferons l'analyse du point de vue des patients sur la durée de consultation à travers un questionnaire distribué à des patients de la Haute Vienne.

1.1. Durée des consultations en médecine générale

La France se caractérise par un temps de consultation plutôt long.

L'étude ECOGEN (étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale) retrouvait une durée moyenne de 16,7 minutes sur la base de plus de 20000 consultations réalisées en 2012 (5). Dans cette étude, les investigateurs étaient des internes en stage chez 128 maîtres de stage.

Ce résultat vient corroborer les 16,4 minutes en moyenne retrouvées sur une étude nationale de la DREES de 2002 dont l'analyse a été réalisée en 2006 (6). Les différences étaient le plus souvent attribuables aux caractéristiques du patients (pour les deux tiers environ). Pour le reste, elles étaient liées aux différences de pratique d'un médecin à l'autre. Dans cette étude, les patients âgés, en ALD, ou présentant des pathologies psychologiques ou psychiatriques avaient des consultations plus longues. Il en était de même pour les nouveaux patients et les cadres supérieurs. A l'inverse, les bénéficiaires de la CMU auraient des temps de consultation plus courts. Les femmes médecins, les médecins pratiquant des honoraires libres ou ayant une activité faible, garderaient leurs patients plus longtemps.

Une autre étude française réalisée en 2000 avait rapporté une durée moyenne des consultations en médecine générale de 14,5 min (7). L'évolution de la société peut certainement en partie expliquer l'allongement de la durée des consultations. Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre d'ALD vont dans ce sens (8).

L'étude ECOGEN a également permis d'identifier les motifs de consultation sur plus de 20000 consultations et confirme cette tendance.

Le motif de consultation (symptômes ou demandes du patient) le plus fréquent était la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 %), devant le suivi d'un problème de santé (5,7 %) et la discussion de résultats d'examen (4 %).

Concernant le résultat de consultation (problèmes diagnostiqués par le médecin) le plus fréquent était les situations de prévention avec 11% des consultations devant le suivi des facteurs de risque cardio-vasculaires (5).

Toujours dans l'étude ECOGEN, les médecins généralistes prenaient en charge simultanément 2,2 problèmes de santé en moyenne au cours d'une consultation de 16,7 minutes. Ce nombre de problèmes semblait corrélé à la durée de consultation comme cela a été retrouvé dans une étude américaine de 1999 où chaque problème supplémentaire augmentait la durée de consultation de 2,5 minutes en moyenne (5). Nous retrouvons un chiffre presque similaire dans une étude anglaise plus récente de 2011 basée sur des enregistrements vidéos des consultations où chaque problème additionnel augmentait en moyenne de 2 minutes la durée de consultation (10). Dans ces deux études le nombre moyen de problèmes était respectivement de 2,7 et 2,5 problèmes avec des durées de consultation de 19,3 et 11,9 minutes.

Parmi les résultats de consultation, la proportion de symptômes et plaintes résiduels (20 %) était proche de l'estimation de la SFMG (27 %) (11). Elle témoignait de situations où l'expertise du médecin généraliste ne permettait pas de poser un diagnostic de maladie ou de syndrome au terme de la consultation.

Plus récemment (d'octobre 2018 à février 2019) une enquête menée par voie téléphonique par la DREES a été réalisée auprès de 3300 médecins généralistes libéraux (12). Celle-ci demandait le nombre d'heures travaillées par semaine avec la part consacrée aux patients. De plus il leur était demandé la durée d'une consultation en général, le nombre de journées de formation par an et si leurs horaires de travail s'accordaient avec leur vie privée. Les médecins déclaraient travailler en moyenne 54 heures par semaines dont 44 heures et 30 minutes consacrées aux patients.

Cette enquête a également permis d'estimer une durée de consultation moyenne de 18 minutes. Les femmes avaient une durée de consultation un peu plus élevée d'environ d'1 minutes 30. Il était aussi retrouvé que plus le volume d'activité était élevé plus la durée de consultation était courte et inversement.

Enfin 60 % des médecins généralistes déclaraient par ailleurs que leurs horaires de travail s'adaptait, en général, plutôt bien ou très bien à leur vie privée. Cette appréciation était surtout retrouvée chez les médecins les plus âgés et ceux ayant le volume hebdomadaire le plus bas.

Une autre étude réalisée en France par Doctolib, un site de prise de rendez-vous en ligne, a retrouvé 22 consultations par jour et a pu estimer une durée moyenne de consultation à 17 minutes basée sur l'agenda de 2480 médecins généralistes (13).

1.2. Déroulement d'une consultation de médecine générale

Concernant la structuration de la consultation plusieurs phases ont été décrites par Byrne et Long (1976) (14). Elles ont également été détaillées par Ohtaki en 2003 au cours d'une étude de comparaison entre le déroulement d'une consultation au États-Unis et au Japon (15).

On peut retenir 11 phases :

- les salutations,
- le(s) motif(s) de consultation,
- les demandes supplémentaires du patient,
- l'interrogatoire,
- l'examen physique,
- le diagnostic et ses explications,
- le traitement et les examens complémentaires,
- les discussions sociales sans rapport avec la demande médicale initiale,
- les questions pratiques liées au paiement ou à l'organisation de la rencontre,
- la clôture de la consultation,
- les silences.

Le Dr Stephan a réalisé une thèse d'exercice en 2012 intitulée : *Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes (16).*

Dans cette thèse la durée de chacune de ces phases était représentée sur ce graphique.

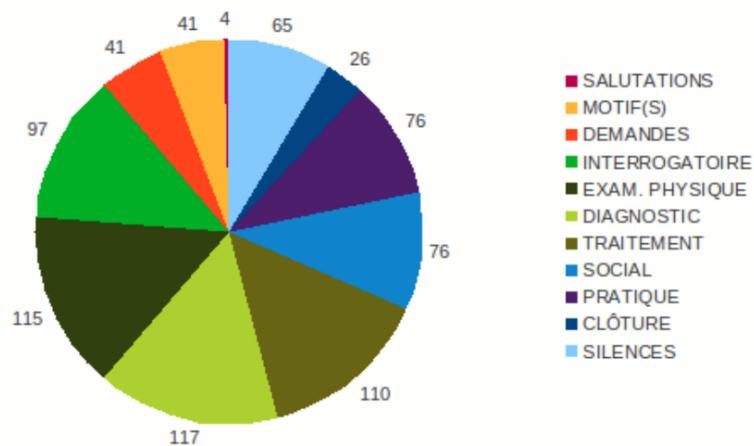


Figure 1 : Répartition des phases de la consultation (durée en secondes)

Toujours dans cette thèse les phases ont été regroupées en 3 temps : le « temps-patient » qui regroupait les phases des motifs de consultation et des demandes, le « temps-médecin » qui était la somme des phases d'interrogatoire, d'examen physique, de diagnostic et de traitement, et le « temps-autre » qui représentait les salutations, les questions pratiques, les discussions sociales et les silences.

La durée moyenne des 47 consultations dans cette thèse était de 12 minutes et 48 secondes et au final le « temps-médecin » ne représente qu'un peu plus de 7 minutes.

Les principaux résultats de ce travail montraient que le médecin était le principal facteur de variation et que le « temps-médical » était plus long chez les patientes que chez les patients. Il apparaissait aussi que l'âge était un facteur déterminant sur les « temps-patient » et « temps-autre ». En effet ces derniers augmentaient avec l'âge du patient. Le « temps-médecin » quant à lui diminuait avec l'âge. Enfin, de façon remarquable dans cette thèse, le nombre de motifs de consultation avait peu d'incidence sur la variation des différentes durées.

1.3. Durée de consultation et ressenti du patient

Plusieurs études ont montré que la durée réelle de consultation n'était pas toujours en corrélation avec la satisfaction du patient. Dans l'une d'elle, c'est la durée perçue par le patient qui semblait être un facteur de satisfaction (17). Il n'était cependant pas expliqué dans cette étude par quel moyen il était possible d'accroître la durée perçue.

Cependant des consultations plus longues permettaient d'approfondir l'approche de certains troubles psychosociaux, de donner des conseils pour des règles hygiéno-diététiques, pour

l'éducation thérapeutique des maladies chroniques...Elles favorisaient également l'observance (18).

Dans une autre étude, seulement un tiers des patients environ avaient pu mesurer avec précision la durée de la consultation (19). Les patients souffrant de problèmes psychosomatiques ou psychosociaux graves étaient les patients les plus chronophages pour le médecin, mais ils sous-estimaient considérablement le temps que le médecin avait passé réellement avec eux. Ainsi une consultation objectivement longue pouvait être perçue comme courte par un certain profil de patients. Néanmoins la durée réelle de consultation semblait tout de même influencer la satisfaction des patients.

1.4. Approche centrée patient

Bien que la satisfaction des patients ait été plus liée au style de la consultation qu'à sa durée, l'objectif actuel d'une consultation « centrée sur le patient » est peu compatible avec l'organisation actuelle de l'exercice incitant à des consultations courtes en lien avec un mode paiement à l'acte (20). Cette approche « centrée patient » fait partie des compétences à acquérir au cours de la formation de médecine générale. Il s'agit de la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients. Cette compétence est représentée au centre de la marguerite (21) ; premiers recours et urgences, approche globale complexité, éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire, continuité, suivi, coordination des soins et enfin le professionnalisme qui englobe toutes les compétences.

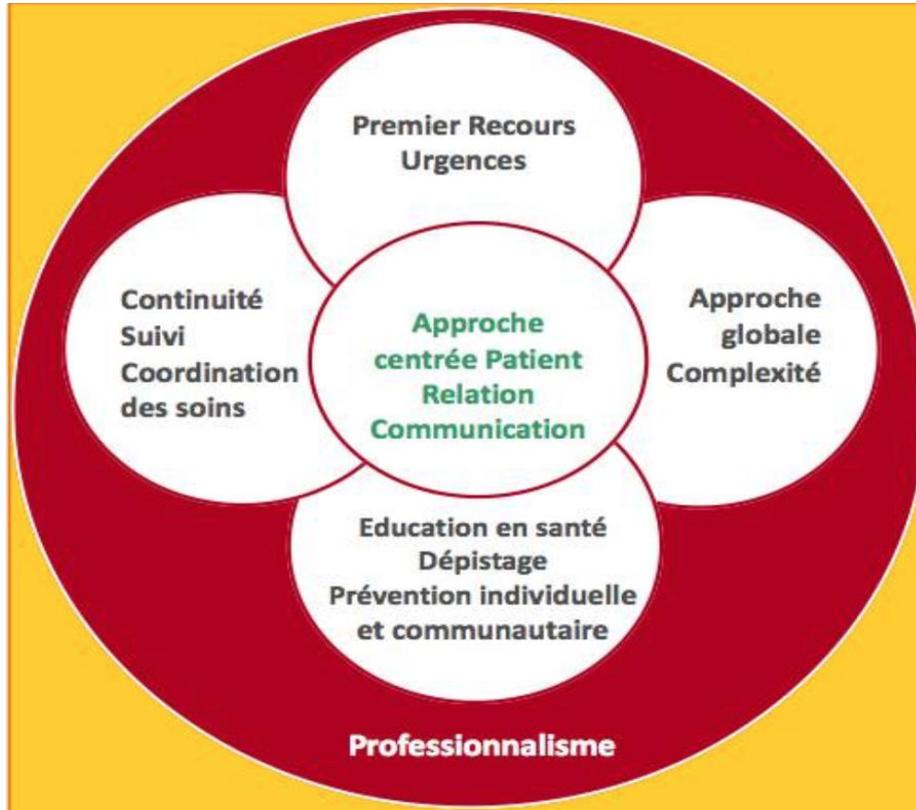


Figure 2 : Marguerite des compétences

Cependant, ce type de pratique peut être parfois difficilement réalisable de par son aspect chronophage. En effet, cela va à l'encontre de la demande de soins qui croit de jour en jour.

Dans une consultation « classique », il paraît peu réaliste et certainement peu efficace, de vouloir aborder l'ensemble des problèmes soulevés dans une seule consultation. Différentes méthodes peuvent être utilisées en cours de consultation pour éviter la frustration du patient qui se sent mal écouté ou mal compris, comme : établir des priorités avec le patient, aborder les problèmes dans des consultations successives, lui demander d'en établir une liste... Cette approche centrée sur le patient est à la base de nombreuses études (22).

Un autre élément pouvant allonger la durée de consultation dans l'objectif d'une prise en charge globale est le « syndrome du pas de porte ». Il s'agit d'une nouvelle plainte exprimée par le patient en fin de consultation. A ce moment, le médecin a réalisé une toute autre démarche pour répondre au motif initial. Ces demandes perturbent souvent le médecin ainsi que la relation qu'il entretient avec son patient. Elles placent le soignant dans une position délicate qui, du fait du temps imparti à ses consultations, peut difficilement reprendre l'entretien à son début. Ce « syndrome » ne serait pas si anecdotique. Dans une étude sur plusieurs pays européens, il se produisait toutes les six consultations en moyenne (23). Ce nombre variait en fonction de la façon qu'avait le médecin de conduire l'entretien et de laisser la place à l'expression des inquiétudes et croyances du patient.

Lorsque le médecin arrive à éviter ces plaintes de fin de consultations le gain de temps peut être important. Cela permet également de prioriser la prise en charge. En effet, il arrive parfois que ces plaintes soient plus importantes que celles exprimées au premier abord.

1.5. Le temps : un marqueur d'évènements indésirables

C'est notamment ce que démontre la méthode des tempos décrite par Amalberti et Brami dans leur étude (24) (25).

On retrouve même un document issu de la HAS en 2015 qui se sert de cette méthode pour la classification des événements indésirables associés aux soins rencontrés hors établissement (26) :

Ainsi celle-ci privilégie le temps comme critère de classification des événements en mettant en avant que ce dernier est à la fois un « prédicteur » constant des erreurs en médecine générale et un élément qui a du sens pour les médecins. La classification est structurée en cinq catégories : le tempo de la maladie et du traitement, le tempo du médecin, le tempo du cabinet, le tempo du patient et le tempo du système médical. Chaque tempo est décliné en deux ou trois types de dysfonctionnements à identifier et à contrôler également dans un créneau de temps. Comme un chef d'orchestre, le médecin doit prendre en compte de façon synchrone l'ensemble des tempos afin de maîtriser le parcours de chaque patient tout en contrôlant l'activité globale du cabinet et en manquant son propre équilibre physique et mental. En effet le temps contribue fortement à l'apparition de la fatigue et du *burnout*. Chaque fois qu'un tempo particulier est privilégié, on assiste à une dégradation des autres éléments car les risques s'échangent (effet domino du risque lié à la maîtrise du temps).

Figure 3 : Tableau décrivant les différents tempos issu du document de la HAS (26)

MÉTHODE DES TEMPOS	
1. Tempo de la maladie ou du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pathologie trompeuse ou atypique, évoluant plus rapidement ou plus lentement que la pathologie habituelle ■ Action thérapeutique trop lente, peu efficace ■ Assurance donnée au patient d'une évolution favorable sur la base d'une évolution habituelle ■ Explication de la pathologie pauvre. Instructions non fournies au patient ou à sa famille sur l'évolution à attendre et sur les symptômes qui doivent alerter ■ Autre (à déterminer)
2. Tempo du médecin	<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés d'accès à la bonne connaissance au bon moment (pression de la fatigue, des interruptions etc.) ■ Technique requise pour acte médical mal appliquée ■ Compétences insuffisantes du médecin ■ Autre (à déterminer)
3. Tempo de cabinet	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interruptions fréquentes (téléphone, patients, secrétaire, etc.) ■ Données médicales insuffisamment tracées ■ Autre (à déterminer)
4. Tempo du patient	<ul style="list-style-type: none"> ■ Délai dans l'expression des symptômes ■ Expression incorrecte des symptômes ■ Mauvaise observance ■ Relation médecin-patient non optimale ■ Autre (à déterminer)
5. Tempo du système	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retard dans l'obtention des rendez-vous pour les examens (imagerie, biologie) ■ Retard dans l'obtention des rendez-vous avec des spécialistes ■ Perte d'information entre professionnels de santé ■ Retour à domicile inapproprié d'un patient envoyé à l'hôpital ■ Autre (à déterminer)

1.6. Qu'en est-il chez les autres spécialistes ?

Une étude menée par la DREES a également été effectuée en 2009 (27).

Les spécialités choisies étaient la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie médicale et obstétrique, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie (ORL), la pédiatrie, la psychiatrie et la rhumatologie.

Il en ressortait qu'une consultation en ophtalmologie était en moyenne aussi longue qu'une consultation chez un généraliste (16 minutes).

La consultation était en moyenne plus longue chez le dermatologue et l'ORL (19 minutes), le gynécologue (20 minutes), le pédiatre (21 minutes), le rhumatologue et le gastro-entérologue (24 minutes), le cardiologue (29 minutes). La plus longue était celle du psychiatre (32 minutes).

L'amplitude des variations de durée était moins importante pour la dermatologie, l'ORL et la gynécologie (la moitié des séances durait de 15 à 20 minutes) et la psychiatrie (de 30 à 35 minutes).

La durée pouvait osciller entre 10 et 20 minutes pour la moitié des consultations en ophtalmologie, entre 15 et 25 minutes en pédiatrie et entre 20 et 30 minutes pour la gastro-entérologie et la cardiologie. En rhumatologie, la moitié des consultations durait entre 15 et 30 minutes.

De nombreux facteurs influent sur la durée moyenne constatée, notamment le sexe : les consultations chez les praticiennes étaient toujours plus longues que chez leurs confrères. Les médecins plus âgés recevaient également leurs patients plus longtemps dans la plupart des disciplines.

Par ailleurs, la durée de la consultation s'allongeait lorsque le praticien exerçait en secteur 2.

En outre, il était observé dans ce travail que les caractéristiques du patient contribuaient également à moduler le temps de consultation. Ainsi les patients plus jeunes bénéficiaient de plus de temps en psychiatrie ou rhumatologie par exemple, tout comme le patient issu d'un milieu social favorisé.

L'enquête présentait également la nature du recours des soins par spécialité étudiée telle que le suivi régulier, une affection récente ou aiguë, une affection chronique stable ou déstabilisée et la prévention. Cette dernière représentait une part importante de l'activité des spécialités étudiées.

Dans plus de la moitié des cas, les spécialistes demandaient à leurs patients de revenir les consulter. À l'issue d'une urgence, le spécialiste orientait le plus souvent son patient vers un généraliste.

Selon l'enquête, entre 6% et 10% des demandes étaient urgentes chez les spécialistes. Les urgences représentaient environ 11% des consultations d'un médecin généraliste.

1.7. Durée de consultation au niveau international

Une étude multinationale a été réalisée en 2002 afin de comparer les déterminants de la durée de consultation retrouvés dans la littérature avec ceux relevés en pratique chez des médecins généralistes de 6 pays européens (28). Il s'agissait d'analyser des consultations vidéo enregistrées (15 consultations/médecin généraliste, 190 médecins généralistes). La durée de consultation était mesurée avec un chronomètre. Un questionnaire rempli par le médecin et le patient permettait de relever les différents déterminants de cette dernière (médecin généraliste, patient). La durée moyenne des consultations était de 7,6 minutes en Allemagne, 7,8 minutes en Espagne, 9,4 minutes au Royaume Uni, 10,2 minutes au Pays-Bas, 15 minutes en Belgique, et 15,6 minutes en Suisse, avec une moyenne générale de 10,7 minutes. La variabilité de la durée de consultation était explicable pour 55 % par les

caractéristiques du patient, 22 % par celles du médecin et 23 % celles du pays. La France n'était pas incluse dans cette étude.

Les courtes durées de consultation des médecins généralistes espagnols et allemands pourraient s'expliquer par leur activité importante soit plus de 200 patients par semaine (*culture of shorter consultation times*).

Les plus longues durées de consultation concernaient la Belgique et la Suisse, où le système d'accès aux médecins est proche du nôtre (*open market*, paiement direct par le patient).

Enfin, concernant les anglo-saxons et les hollandais qui utilisent le principe de la capitation, les durées de consultation étaient intermédiaires. (*la capitation consiste en une inscription annuelle des patients chez un assureur national ou privé qui les oriente vers un médecin affilié. Une fois le choix validé, le patient peut aller voir ce médecin gratuitement autant de fois qu'il le souhaite*).

Une importante étude de 2017 comparait la durée de consultation dans 67 pays, riches et pauvres, par analyse de la littérature publiée entre 1946 et 2016 en anglais, chinois, japonais, espagnol, portugais et russe (29).

Les résultats étaient comparables à l'étude précédente auprès des 6 pays européens mais avec des écarts bien plus importants. La durée moyenne des consultations variait de manière impressionnante à travers le monde, allant de 48 secondes au Bangladesh à 22,5 min en Suède. Il a été constaté que 18 pays représentant environ 50% de la population mondiale passaient 5 minutes ou moins avec leurs médecins généralistes. Il existait aussi des associations significatives entre la durée des consultations et les dépenses de santé par habitant, les admissions à l'hôpital, la densité des médecins de soins primaires, l'efficacité des médecins et la satisfaction des médecins.

Au-delà des différences culturelles pouvant expliquer ces variations importantes de durée de consultation entre les pays, la place du médecin généralistes n'est pas toujours la même. En effet, l'émergence de nouveaux métiers pourrait également contribuer à ces écarts.

Ainsi le métier d'assistant médical existe aux États-Unis depuis les années 1960 et plus récemment dans d'autres pays. Fin 2010, ce métier était implanté en Australie, Canada, Grande-Bretagne et Pays-Bas. Par exemple, au Canada, les assistants médicaux existent dans l'armée depuis le milieu des années 1980. Depuis 2004, quatre formations différentes au métier d'assistant médical y ont été accréditées. D'une durée de 24 mois, elles sont accessibles aux étudiants ayant un bac+3 ou un bac+4. La première année est consacrée aux bases anatomiques (physiologie, cardiologie, hématologie, oncologie, maladies infectieuses, etc.), à l'apprentissage de la clinique (examens, interprétation résultats de biologie, lecture de clichés radiologiques, etc...), aux techniques de communication avec le patient (entretien motivationnel, conseils de prévention) et à l'éthique médicale et professionnelle. La seconde année est centrée sur les stages (urgence, psychiatrie, médecine générale, etc.). Leur évaluation, supervisée par un maître de stage, pourra être complétée par un test écrit. Un examen final donne accès au titre de Canadian Certified Physician Assistant, qui permet d'exercer auprès de médecins généralistes ou spécialistes, en clinique ou à l'hôpital.

L'assistant médical permet de libérer du temps médical au médecin généraliste en accomplissant certains actes médicaux, en réalisant des tâches administratives... Ainsi la durée de consultation peut être diminuée du fait de sa simplification.

Ces nouvelles professions intermédiaires de la santé ont été créées dans les endroits où il y avait une pénurie de médecins généralistes. La France semble emprunter le même chemin.

1.8. Les professions intermédiaires

Comme vu précédemment, la place du médecin généraliste est en train d'évoluer avec l'apparition de nouvelles professions de la santé. Le but non dissimulé de la création de ces nouveaux métiers est de permettre aux médecins de réaliser plus de consultations.

1.8.1. Assistants médicaux

Inscrite dans le cadre du projet de loi Ma Santé 2022, il est prévu la création d'ici 2022 de 4000 postes d'assistants médicaux.

Ils auraient vocation à libérer du temps médical pour les médecins généralistes. Ils devront exercer en zone sous-dense ou dans un cabinet d'au moins 3 médecins (2 médecins selon les dernières négociations) et s'engager à favoriser l'accès aux soins sur leur territoire.

Pour se faire, le médecin devra augmenter sa patientèle ou son nombre de consultations dans un délai de 2 ans.

La première année, le forfait de financement serait de 36 000 € par cabinet, puis la deuxième de 25 000 €. Par la suite, le forfait passerait à 21 000 € si le médecin remplit son objectif d'augmentation d'activité

Selon le texte, les missions confiées à l'assistant médical peuvent relever de trois domaines d'intervention :

- Des tâches de nature administrative : ces tâches consistent en des missions sans lien direct avec le soin, comme l'accueil du patient ou la création et la gestion de son dossier informatique.
- Des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation, notamment aider le patient au déshabillage, à la prise de constantes, à la mise à jour de son dossier concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie...
- Des missions d'organisation et de coordination. Par exemple, l'assistant médical pourra remplir une mission de coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Suite à l'accord conclu entre les syndicats de médecins libéraux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie complémentaires (Uncam), un arrêté a été publié le 20 août 2019 confirmant l'avenant n°7 de la convention des médecins et la création du nouveau métier d'assistant médical.

Cependant il ne semble pas que la création de ce nouveau métier fasse l'unanimité auprès des jeunes généralistes (30). Courant mars et avril 2019, ReAGJIR avait envoyé un questionnaire à de jeunes médecins (remplaçants et jeunes installés) afin de voir comment ils percevaient la profession d'assistant médical. 52 % des jeunes médecins interrogés ne prendraient pas d'assistant médical, 25 % ne savaient pas et seuls 22 % avaient répondu favorablement. L'augmentation imposée du nombre de consultations semblait être le principal frein.

1.8.2. Infirmiers de pratique avancée

En plus de ces assistants médicaux se développe également le métier d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA). L'IPA dispose de compétences et d'une autonomie qui lui permettent de prendre en charge certaines pathologies. Cela passe par une prise en charge globale du patient, la possibilité de prescrire certains examens ou de renouveler certains traitements. Ces IPA s'inscrivent au sein d'une équipe de professionnels pour une répartition et une réorganisation nouvelle des soins autour du patient.

1.9. Une durée optimale ?

Dès 1995, Stewart avait élaboré un score d'efficacité de la consultation qui reposait sur la réponse effective à la demande du patient et sur la qualité de cette réponse (31). L'analyse de centaines de consultations montrait alors que les consultations les plus courtes (7,8 minutes) étaient peu performantes mais paradoxalement, celles supérieures à 10 minutes n'apportaient aucune amélioration. Dans cette série, les consultations de durée intermédiaire (8,5 minutes) étaient les plus efficaces. Depuis ce résultat a souvent été retrouvé depuis dans la littérature. La conclusion de l'étude était claire : le savoir-faire et l'efficacité dans une consultation n'étaient que très partiellement liés à la durée réelle de cette dernière. La courbe d'efficacité et de durée de consultation semblait plutôt obéir à une courbe en U inversé. Une consultation trop courte était bien souvent insuffisante, mais elle n'était pas idéale non plus lorsqu'elle était trop longue.

D'autres études confirmaient également que le temps prolongé de consultation posait en fait plus de difficultés qu'un temps court. En effet, plus la consultation s'allongeait, plus il devenait impératif de gérer avec une stratégie claire l'agenda des demandes et de prioriser. Ainsi, les Suédois ayant les consultations les plus longues, avaient alerté sur ce besoin impératif de planification stricte de la consultation. Une étude réalisée par Ogden en 2004 en Suède soulignait de ce fait l'importance de la planification et de la priorisation (20).

Le médecin doit donc définir la durée de sa consultation en fonction des attentes du patient, des recommandations de pratiques actuelles, mais aussi en fonction de la demande de soins croissante due au vieillissement de la population et à la baisse de la densité médicale. La prise en compte de ces différents facteurs oblige le praticien à calculer une durée « idéale » ni trop longue, ni trop courte.

Pour réaliser sa consultation, le médecin impose donc une limite dans le temps. Cela peut engendrer parfois une certaine frustration voire une insatisfaction du patient mais également du médecin.

Concernant la durée de consultation les patients peuvent avoir des attentes différentes. En effet certains voudront passer plus de temps avec leur médecin alors que d'autres seront satisfaits du temps qui leur est accordé.

Certains médecins pratiquent encore les consultations sans rendez-vous. Cette façon d'exercer permet de moduler avec plus de facilité le temps accordé au patient devant l'absence théorique de tout retard. Cependant elle tend à disparaître et ne semble plus correspondre à la pratique de la médecine actuelle où la part de suivi/prévention est de plus

en plus importante. Néanmoins, les consultations sans rendez-vous peuvent sembler plus pertinentes pour gérer les urgences.

Dans les différentes études concernées par le sujet, le point de vue du patient n'est pas souvent abordé. Comment perçoit-il le temps passé avec son médecin ? Aimerait-il passer plus de temps en consultation ? Quels critères permettent de satisfaire au mieux le patient ?

Cette thèse aura donc pour but d'essayer d'identifier la perception qu'a le patient du temps et de la durée de consultation.

MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive déclarative réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire.

2.2. Objectifs

Notre objectif principal était de savoir comment le patient percevait le temps dédié à sa consultation.

Nos objectifs secondaires étaient de connaître les caractéristiques du patient pouvant influencer cette perception, le ressenti du patient face au retard du médecin et ce qui pourrait améliorer leur satisfaction.

2.3. Description du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire papier à destination des patients remis en main propre par chaque médecin chez qui il a été déposé. Le questionnaire était essentiellement composé de questions fermées pour faciliter la compréhension du patient et l'interprétation des réponses. (Annexe 1)

Il a été distribué au début de l'année 2020 soit de janvier à mi-mars 2020. Nous avons fait plusieurs relances afin d'obtenir le plus de répondants possibles. Du fait de la crise sanitaire, le recueil des questionnaires ne s'est pas prolongé au-delà du début du confinement.

Il était composé d'une première partie d'introduction et de présentation du travail envisagé, suivi de 16 questions.

Les quatre premières questions permettaient de déterminer le profil du répondant (âge, sexe, profession, rythme de suivi chez son médecin).

Les trois suivantes demandaient aux patients de décrire leur connaissance quant à la durée de consultation.

Enfin, les six dernières questions donnaient des informations sur le souhait des patients et les limites que pouvait avoir la durée de consultation.

2.4. Population

La population cible était les patients consultant dans différents cabinets de médecine générale de la Haute-Vienne. Pour des raisons de facilité de distribution du questionnaire, la plupart des cabinets se situaient aux alentours de Limoges. Les questionnaires ont été adressés à 10 patientèles différentes.

Les critères d'inclusion étaient tous les patients majeurs en capacité de répondre et consentants.

Les critères d'exclusion étaient les patients mineurs et les patients non en capacité de répondre et/ou de comprendre le questionnaire.

2.5. Analyse statistique

Les réponses ont été enregistrées dans une base de données à l'aide d'un tableur Excel. Des tableaux croisés dynamiques ont été utilisés pour leurs analyses.

Les variables qualitatives ont été décrites en effectifs et pourcentages.

RESULTATS

3.1. Taux de participation et diagramme de flux

Afin de pouvoir distribuer le questionnaire aux patients, il était nécessaire d'obtenir la participation et le consentement de chaque médecin.

Sur les 13 médecins à qui nous avons proposé de distribuer ce questionnaire, 10 ont accepté et 3 ont refusé, soit un taux de participation de 77%.

Au total, 200 questionnaires ont été distribués auprès de 10 patientèles sur la période de février à mars 2020.

141 questionnaires ont été remplis par les patients. Les questionnaires manquants n'ont pas été remplis par manque de temps ou par oubli des médecins.

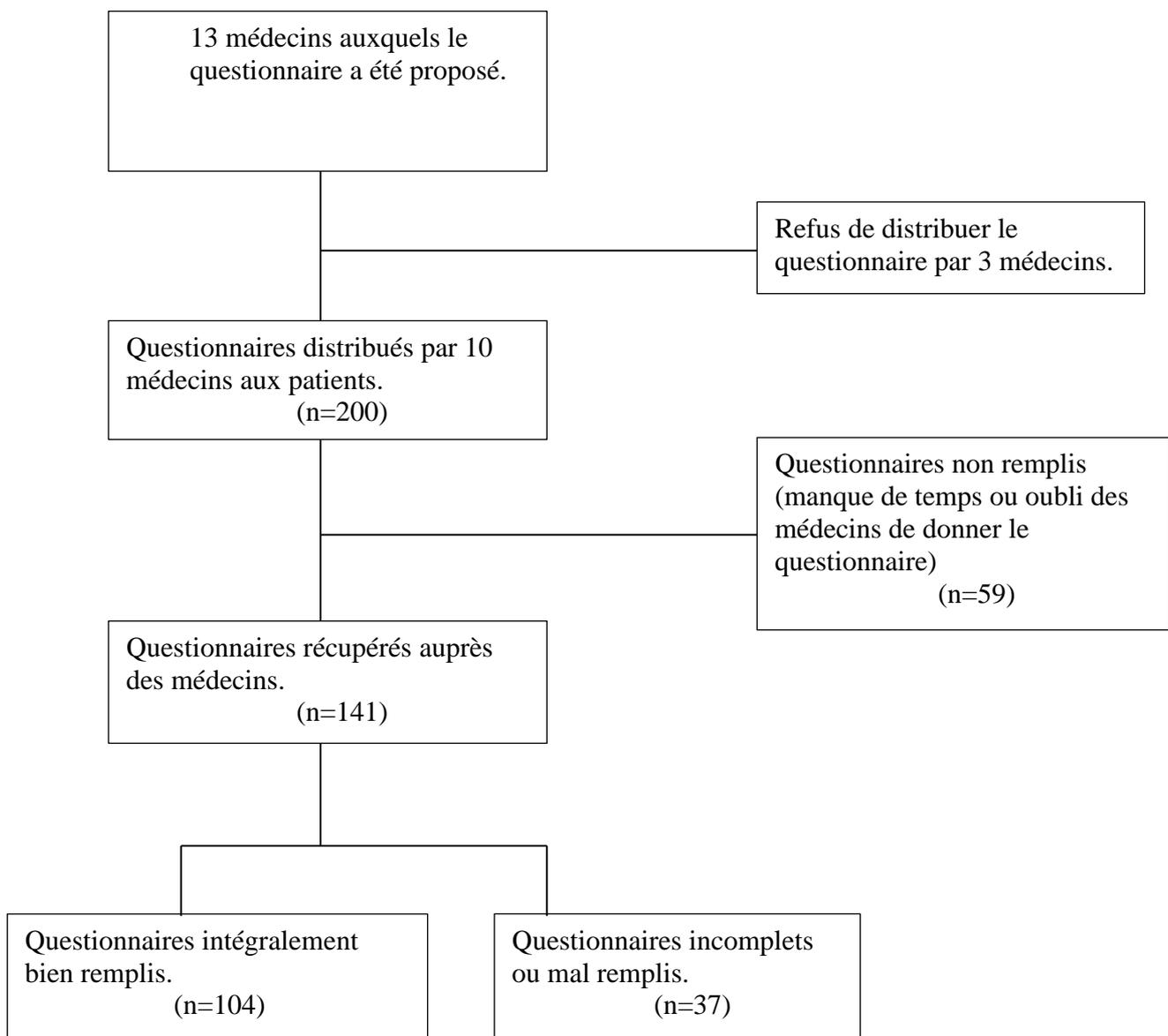


Figure 4 : diagramme de flux de l'étude

3.2. Taux de remplissage du questionnaire

200 questionnaires ont été distribués auprès de 10 patientèles.

Le taux de remplissage du questionnaire était de 70,5% (n=141 patients) dont 26,2% de questionnaires incomplets (n=37 patients).

3.3. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

3.3.1. Genre

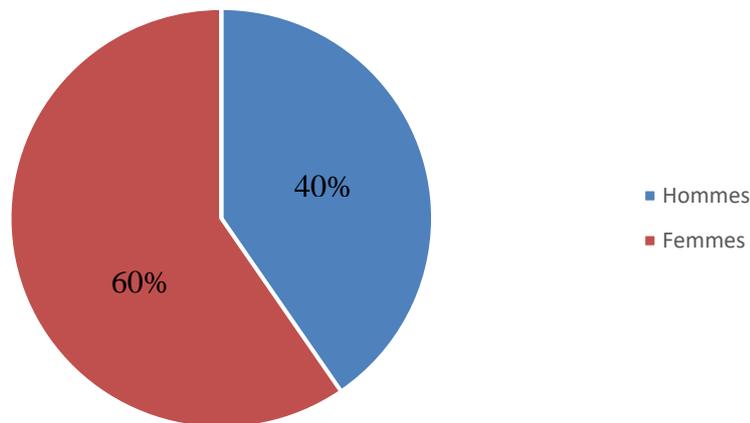


Figure 5 : Répartition des répondants selon le genre

Les répondants étaient majoritairement des femmes à 59,6% (n=84) contre 39,4% d'hommes (n=57).

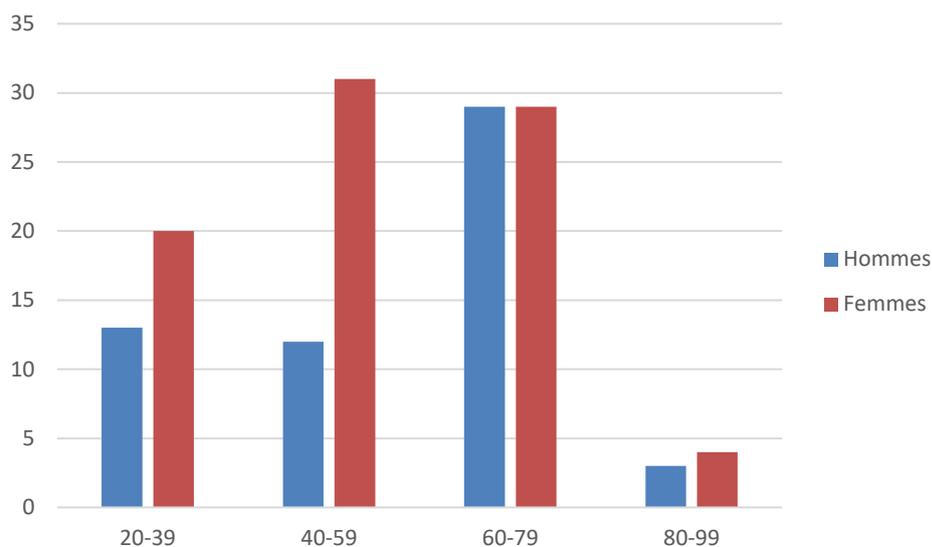


Figure 6 : Répartition des répondants selon le genre et par tranche d'âge

Entre 20 et 59 ans, les femmes représentaient 67,1% des répondants (n=51) et 32,9% étaient des hommes (n=25).

Parmi les répondants les plus âgés, il y avait autant d'hommes que de femmes entre 60 et 79 ans (n=29). 57% de femmes (n=4) et 43% d'hommes (n=3) avaient entre 80 et 99 ans.

L'âge moyen était de 53,98 ans chez les hommes et de 56,04 ans chez les femmes.

3.3.2. Âge

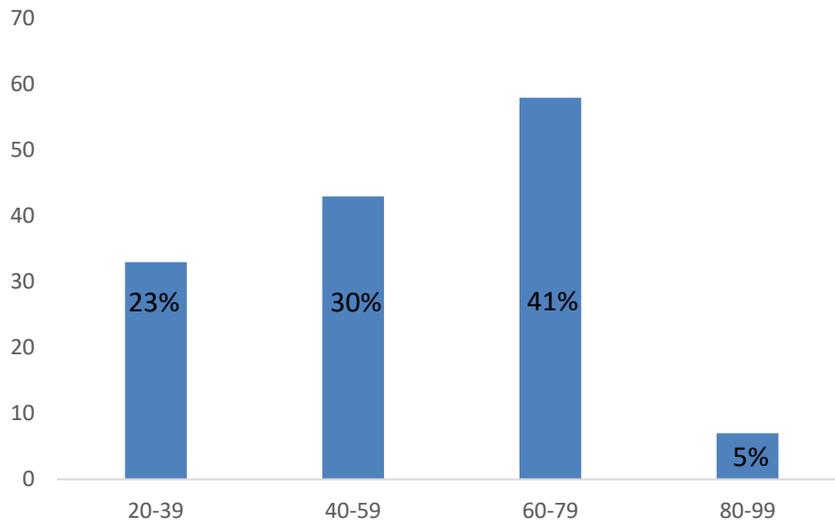


Figure 7 : Répartition par tranche d'âge des patients

La moyenne d'âge des patients était de 55,4 ans avec une médiane de 56 ans.

Le répondant le plus jeune avait 21 ans et le plus âgé avait 88 ans.

La tranche d'âge entre 20 et 39 ans représentait 23% des répondants (n=33), celle entre 40 et 59 ans 30% des répondants (n=43).

La tranche d'âge entre 60 et 79 ans avait le plus grand nombre de répondants soit 41% (n=58) et enfin la tranche d'âge 80-99 ans était la moins représentée avec 5% des répondants (n=7).

3.3.3. Activité socio-professionnelle

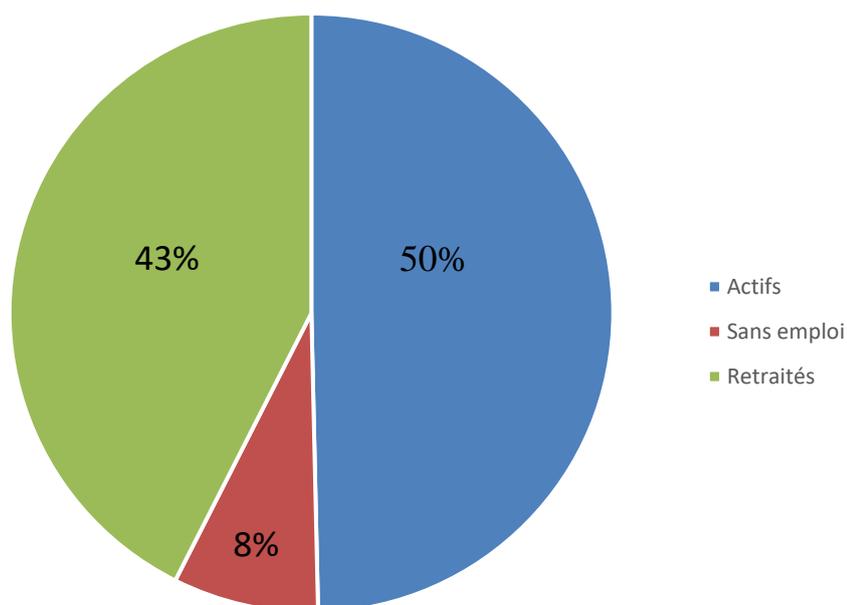


Figure 8 : Répartition selon l'activité socio-professionnelle

On retrouvait dans cet échantillon 50% d'actifs (n=70), 43% de retraités (n=60) et 8% de personnes sans emploi (n=11).

A noter qu'aucun des répondants n'était étudiant.

3.3.4. A quel rythme les patients venaient-ils voir leur médecin ?

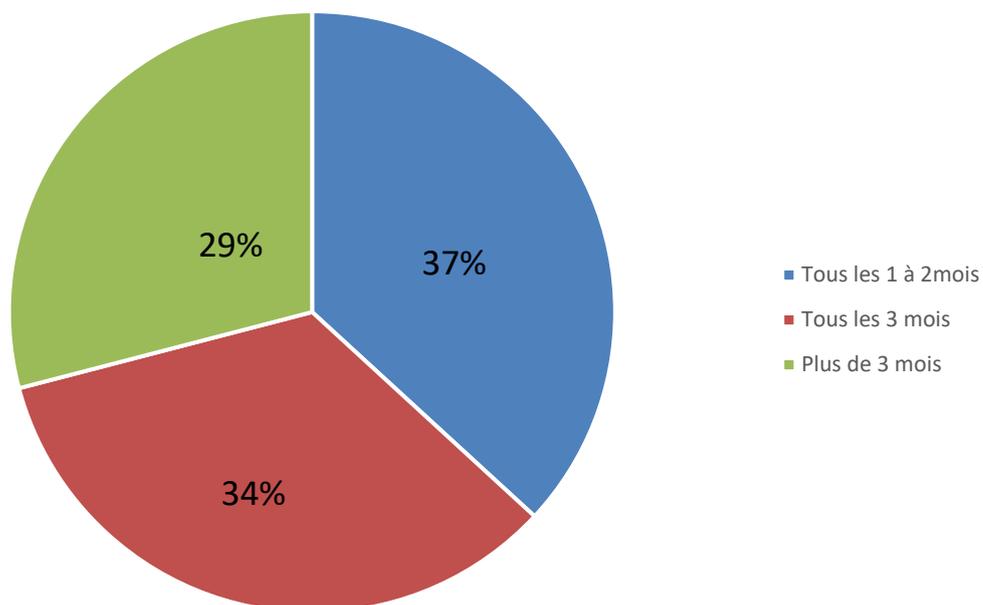


Figure 9 : Fréquence du suivi

Les patients se répartissaient de façon presque équivalente sur la fréquence de suivi à 1/3 pour chaque proposition.

Soit 37% (n=52) pour un suivi tous les 1 à 2 mois, 34% (n=48) pour un suivi tous les 3 mois et 29%(n=41) pour un suivi supérieur à tous les 3 mois.

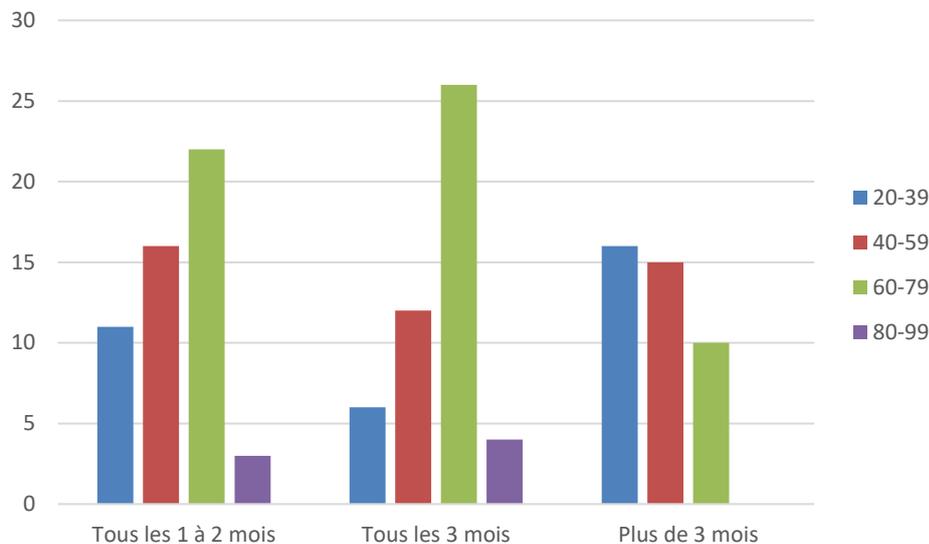


Figure 10 : Fréquence de consultation selon l'âge

Les répondants âgés de 60 à 79 ans et entre 80 et 99 ans consultaient plus fréquemment que les patients plus jeunes. 82% des 60 à 79 ans (n=48) consultaient au moins une fois tous les 3 mois tout comme 100% des plus de 80 ans.

Pour les patients de 40 à 59 ans la répartition selon la fréquence de consultation était à peu près équivalente pour chaque proposition : 37% tous les 1 à 2 mois (n=16), 28% tous les 3 mois (n=12) et 35% moins d'une fois tous les 3 mois (n=15).

Enfin chez les 20 à 39 ans, peu se rendaient chez leur médecin tous les 3 mois (18%, n=6). La plupart s'y rendaient moins d'une fois tous les 3 mois (48%, n=16) ou tous les 1 à 2 mois (33%, n=11).

3.4. Durée de consultation

3.4.1. Les patients connaissaient-ils la durée de consultation prévue ?

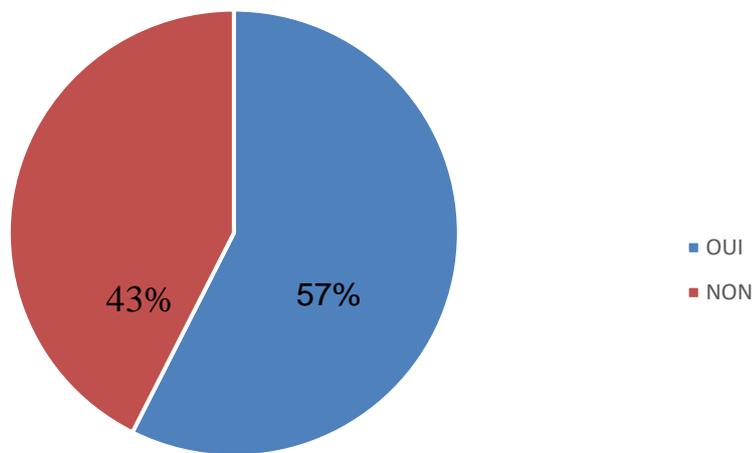


Figure 11 : Connaissance de la durée de consultation

Plus de la moitié des personnes questionnées (57%, n=81) déclaraient connaître la durée de consultation prévue par leur médecin.

3.4.2. Quelle était l'estimation de la durée selon les patients ?

Les patients répondant « oui » à la précédente question avaient majoritairement donné des durées de consultation de 15 et 20 minutes (81%, n=66).

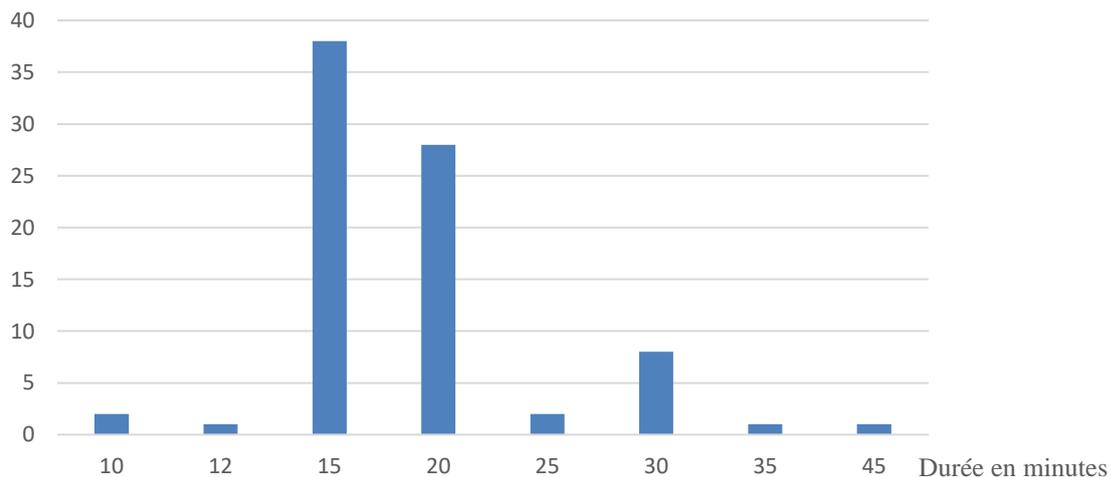


Figure 12 : Durée de consultation prévue

La moyenne de ces durées était de 18,9 minutes avec une médiane de 15 minutes.

3.4.3. Les patients pensaient-ils que la durée de consultation était identique pour chaque consultation ?

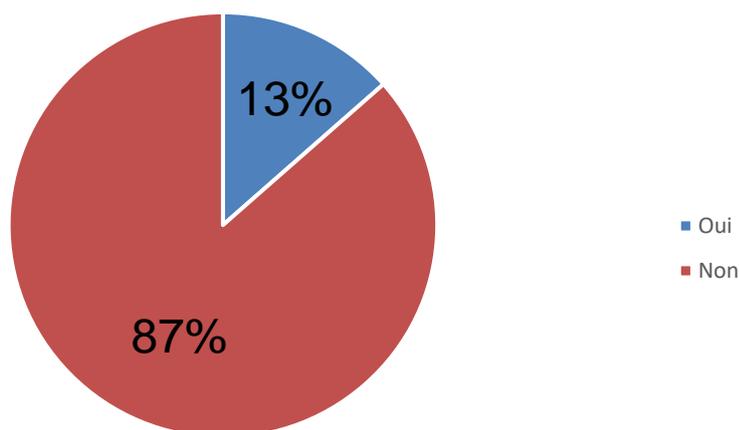


Figure 13 : Une durée identique pour chaque patient

Pour une grande majorité des répondants, la durée de consultation n'était pas identique pour chaque patient.

3.4.4. La durée de consultation était-elle suffisante selon les patients ?

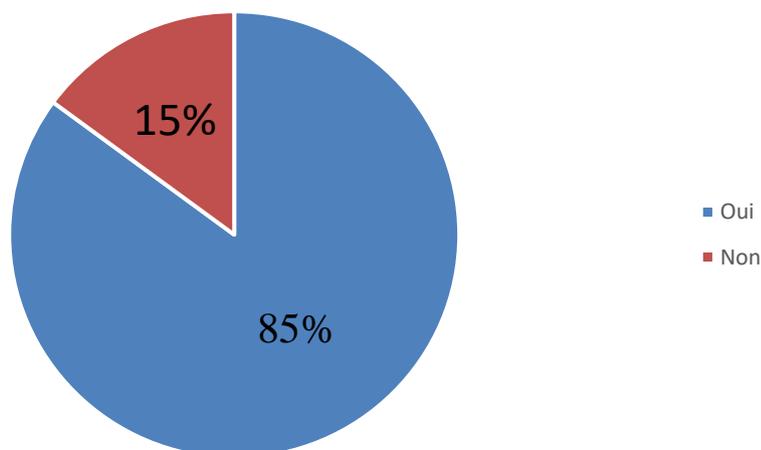


Figure 14 : Durée de consultation suffisante

Pour 85% des répondants (n=120), la durée de consultation était suffisante.

3.4.5. Une durée de consultation limitée empêchait elle d'évoquer certaines plaintes ?

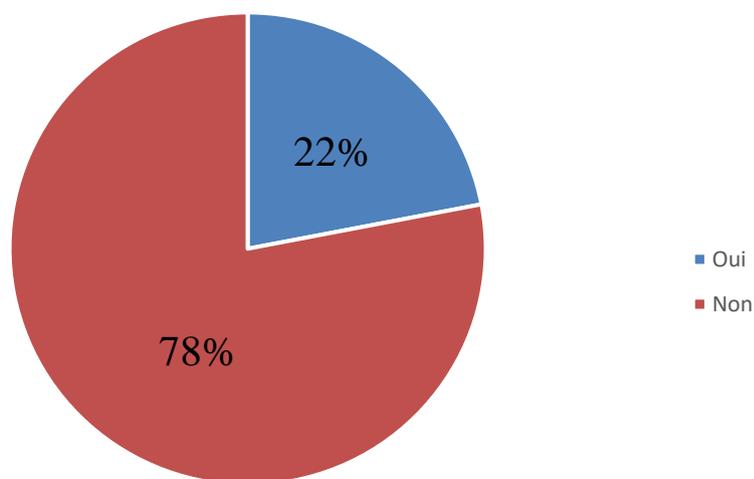


Figure 15 : Une durée limitée empêche-t-elle d'évoquer certaines plaintes ?

Pour la plupart des répondants, une durée de consultation limitée n'empêche pas d'évoquer certaines plaintes (78%, n=110).

3.4.6. Quelle était la durée idéale selon les patients ?

33 patients n'avaient pas répondu à cette question.

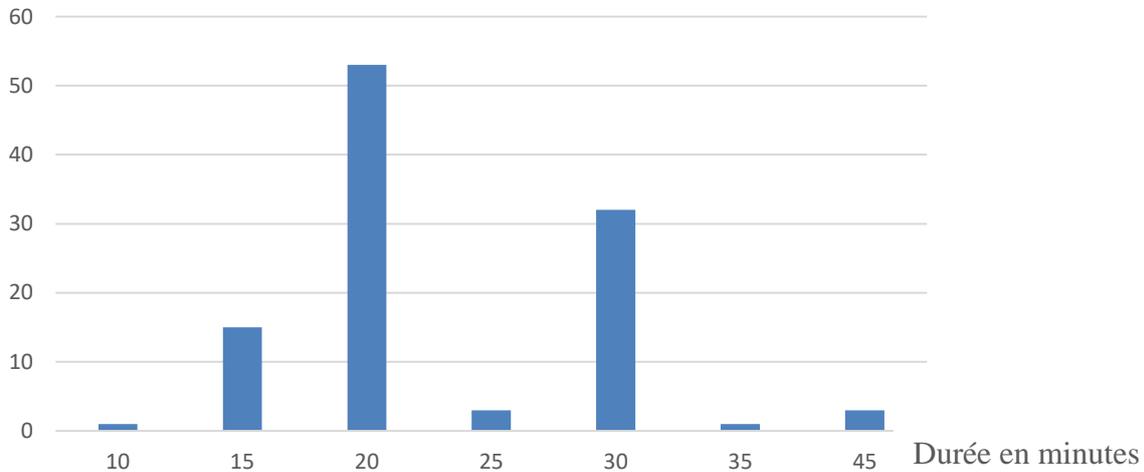


Figure 16 : Durée idéale

Parmi ceux qui avaient répondu (n=108), la moitié environ (49%, n=53) estimait que la durée idéale était de 20 minutes. Pour 30% d'entre eux (n=32), celle-ci était de 30 minutes et pour 14% d'entre eux (n=15), elle était de 15 minutes.

Dans une moindre mesure la durée idéale était de 25 et 45 minutes pour moins de 3% des répondants (n=3).

Pour deux patients, elle était de 10 et 35 minutes (moins de 1%).

En moyenne la durée idéale était de 23,1 minutes avec une médiane de 20 minutes.

Pour les femmes, elle était de 23,8 minutes et pour les hommes de 22,2 minutes.

La moyenne de cette durée était également assez variable selon la tranche d'âge : elle était de 21,3 minutes chez les 20 à 39 ans, de 24 minutes chez les 40 à 59 ans, de 25 minutes chez les 60 à 79 ans et enfin de 20,8 minutes chez les plus de 79 ans.

3.5. Les patients attendaient-ils d'avoir plusieurs problèmes avant de consulter ?

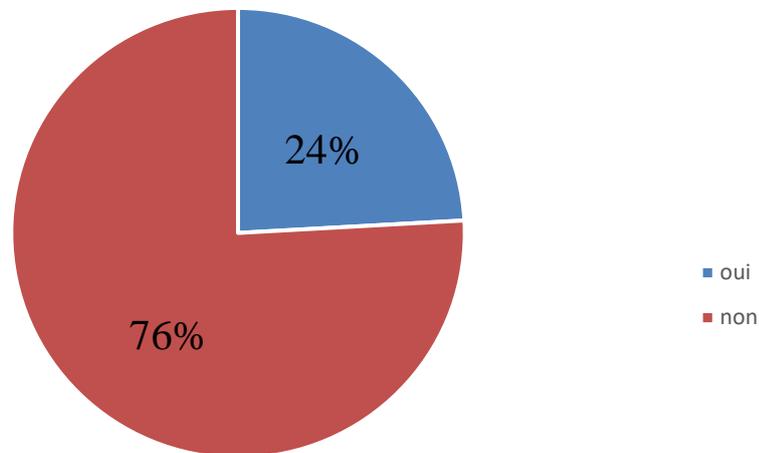


Figure 17 : Attente d'avoir plusieurs problèmes avant de consulter

Plus des trois quarts des répondants n'attendaient pas d'avoir plusieurs problèmes avant de consulter (76%, n=107)

3.6. Les patients étaient-ils dérangés par la demande de revenir ?

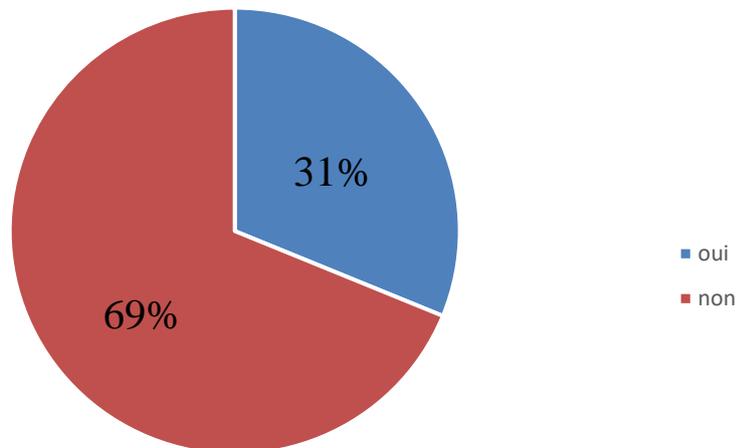


Figure 18 : Dérangé par la demande de revenir

Plus de deux tiers des patients n'étaient pas dérangés par le fait que leur médecin leur demande de revenir pour traiter l'ensemble de leurs problèmes (69%, n=97).

3.7. Le retard du médecin était-il jugé normal selon les patients ?

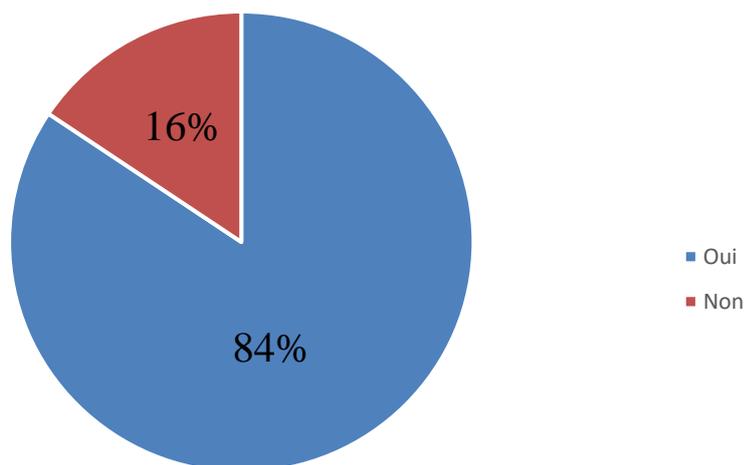


Figure 19 : Retard du médecin normal

Une majorité des répondants (84%, n=119) trouvaient normal que leur médecin ait parfois du retard.

3.8. Le retard du médecin influençait-il le déroulement de la consultation ?

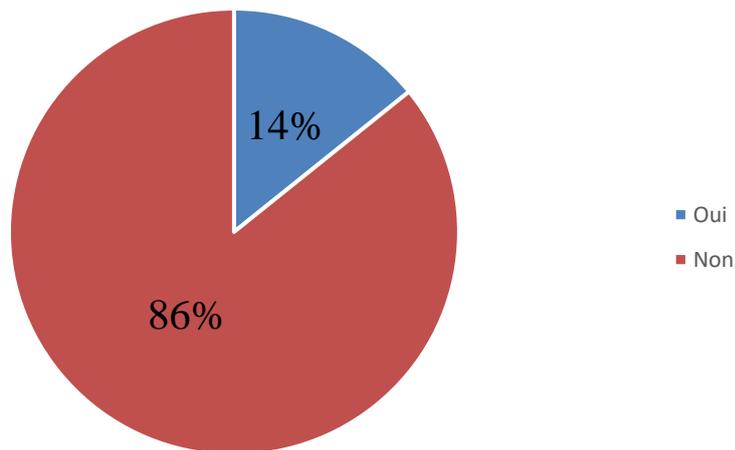


Figure 20 : Influence du retard

Pour 86% des répondants (n=121), le fait d'avoir du retard n'influençait pas le déroulement de la consultation.

3.9. Demande de plusieurs consultations par le patient et impact

3.9.1. Les patients demandaient-ils une consultation supplémentaire ?

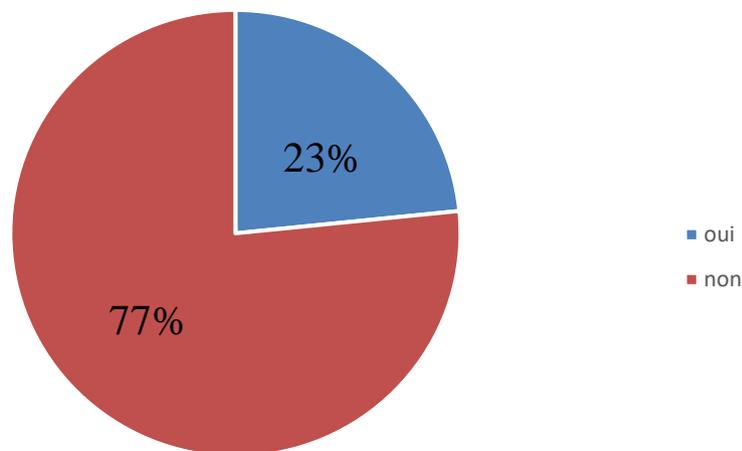


Figure 21 : Patients demandant plusieurs consultations

Pour environ un quart des patients (23%, n=33) cela leur arrivait de demander une consultation supplémentaire pour leur conjoint, enfant, ...

3.9.2. Cette consultation supplémentaire avait-elle un impact sur la suite de la journée du médecin ?

56 patients au lieu des 33 attendus ont répondu à cette question. En effet, seuls les patients ayant répondu « oui » à la question précédente auraient dû répondre à celle-ci.

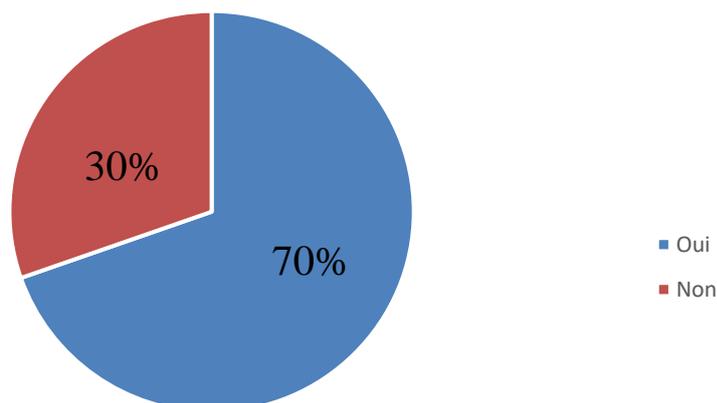


Figure 22 : Impact de la consultation supplémentaire sur la suite des rendez-vous.

Pour 70% des répondants (n=39), le fait de demander une consultation supplémentaire avait un impact sur la suite des rendez-vous du médecin.

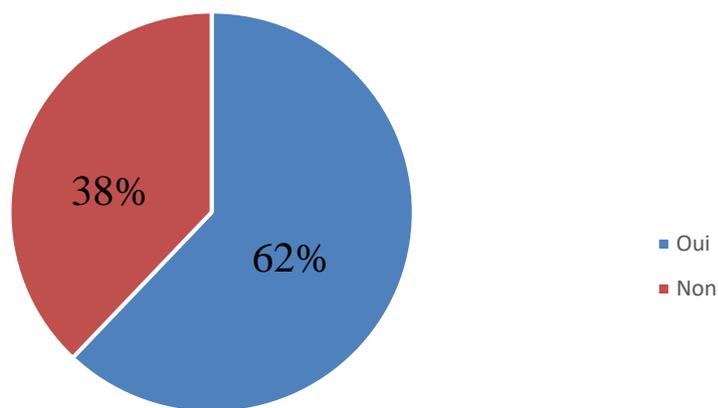


Figure 23 : Impact de la demande de consultation supplémentaire pour les patients qui la demande.

En excluant les patients qui ne devaient pas répondre à cette question, on obtient un résultat un peu différent.

Chez les 33 patients qui demandaient une consultation supplémentaire, 62% déclaraient que cela avait une incidence sur la suite des rendez-vous du médecin.

3.10. Quel élément entraînait le plus de satisfaction pour le patient ?

Chaque répondant devait choisir la caractéristique leur procurant le plus de satisfaction à l'issue de la consultation parmi trois choix de réponses.

Certains des répondants en avaient choisi plusieurs (n=6) et n'ont pas été intégrés dans les résultats.

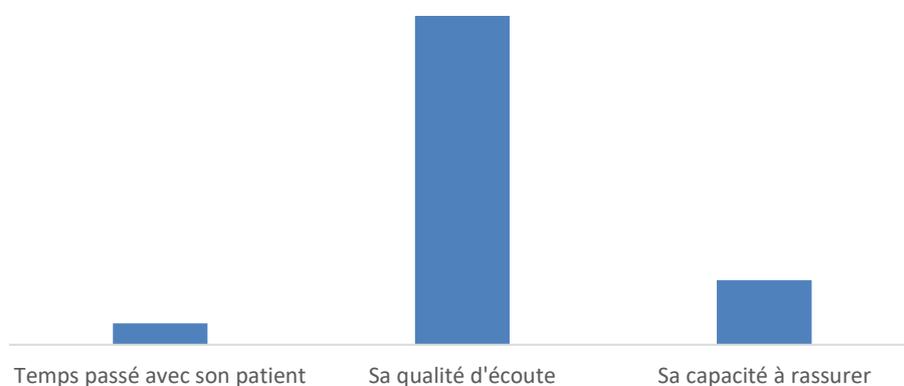


Figure 24 : Caractéristique entraînant la meilleure satisfaction.

Pour 79% (n=107), la qualité d'écoute était la caractéristique la plus importante pour donner satisfaction au patient.

La capacité à rassurer et le temps passé avec le patient étaient respectivement de 15% et de 5% (n=21 et n=7).

DISCUSSION

4.1. Analyse de la méthode

4.1.1. Type d'étude

Comme nous l'avons vu, le patient est aujourd'hui actif dans sa prise en charge médicale. Il y participe et établit avec son médecin une relation de partenariat. Il est à même de prendre part aux soins. C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve dans le plan national pour la sécurité du patient 2013-2017 (1).

La loi de 2002 a renforcé ce mouvement impulsé par les patients (2). Les pouvoirs publics invitent alors à une plus grande participation des patients dans le système de santé.

Il paraît donc important de connaître le ressenti des patients quant à la durée de consultation avec leur médecin traitant qui est un pilier dans leur parcours de soins.

Nous avons donc choisi de réaliser cette étude épidémiologique descriptive en interrogeant directement les patients afin de savoir comment ils percevaient la durée de consultation avec leur médecin traitant.

Les objectifs secondaires étaient de connaître les caractéristiques du patient pouvant influencer cette perception, le ressenti du patient face au retard du médecin et ce qui pourrait améliorer leur satisfaction.

A travers ce travail, nous avons pu montrer que la majorité des patients étaient satisfaits du temps passé avec leur médecin. Cependant pour eux la durée de consultation idéale serait souvent plus longue que celle qu'ils estimaient.

Les patients les plus jeunes, les hommes et les personnes venant moins régulièrement voir leur médecin pensaient passer moins de temps en consultation chez leur médecin. Pour eux, la durée idéale d'une consultation est également plus courte.

A contrario les femmes, les personnes plus âgées et les patients venant voir souvent leur médecin estimaient passer plus de temps avec leur médecin et pour eux, la durée idéale d'une consultation était plus longue.

4.1.2. Forces et limites de l'étude

4.1.2.1. Forces de l'étude

Cette étude représente un travail sur un sujet qui n'a pas souvent été exploré en France avec certaines questions qui semblent inédites. C'est également un sujet d'actualité dans un contexte où la demande de soins, aussi bien en quantité qu'en qualité, augmente. La durée de consultation est un élément central dans la pratique de la médecine générale pour pouvoir répondre au mieux à ces demandes.

C'est un thème original qui a un impact direct sur la pratique de la médecine générale. Il permet également d'avoir une réflexion sur la notion du temps. De nos jours il faut que tout aille vite, que tout se règle rapidement.

Dans nos sociétés, la notion de rendement est valorisée : faire un maximum de profits en un minimum de temps... Cette logique fonctionne peut-être pour une bonne économie mais fonctionne-t-elle pour une bonne santé ?

Il est donc important de comprendre comment les patients appréhendent la durée de consultation.

Le sujet semblait avoir intéressé les patients puisque le taux de répondants était satisfaisant à 70,5% (141 réponses sur les 200 questionnaires distribués).

La représentativité était bonne et la population variée. Comme nous le verrons plus tard, la population était semblable à celle obtenue dans des études de grande ampleur.

Une grande majorité des médecins avaient acceptés de distribuer le questionnaire et étaient intéressés par le sujet ce qui a pu faciliter la distribution des questionnaires.

Le questionnaire se voulait assez simple et compréhensible pour les patients afin d'avoir une meilleure réponse aux questions. Les patients pouvaient remplir seuls le questionnaire afin de limiter le biais de désirabilité.

La plupart des questions étaient fermées et présentées sur un recto-verso. Il y avait seulement 16 questions ce qui permettait aux patients de répondre assez rapidement.

Celui-ci a été validé par la commission de thèse de médecine générale afin de s'assurer de la pertinence des questions et de la compréhension de celles-ci par les patients.

Pour une meilleure acceptabilité, le questionnaire était anonyme.

4.1.2.2. Limites de l'étude

Il existe un biais de sélection sur le recrutement des médecins chez qui le questionnaire a été distribué. En effet, pour des raisons de facilité, le questionnaire a été remis aux connaissances exerçant à proximité. Ce biais aurait pu être évité, par exemple en effectuant un tirage au sort sur une liste de médecins (liste de l'ordre des médecins).

Nous retrouvons également un biais de sélection des patients lors de la distribution des questionnaires. Nous avons laissé le choix aux médecins de donner le questionnaire directement aux patients, par exemple en fin de consultation, ou alors d'attribuer ce rôle à leur secrétaire ou même de laisser le questionnaire en accès libre...En contrepartie, cela a pu permettre une bonne acceptabilité des médecins quant à la diffusion de ce questionnaire avec l'adhésion de 10 médecins sur 13 soit un taux d'acceptation de plus de 75%.

Un biais déclaratif peut être soulevé du fait d'une probable incompréhension de certaines questions par les patients. On aurait pu éviter ce biais en proposant aux médecins de prendre le rôle d'enquêteurs mais cela risquait de diminuer l'acceptation des médecins (temps de réalisation du questionnaire) et de plus, le patient ne se serait pas senti libre de répondre aux questions concernant la pratique de son médecin (augmentation du biais de désirabilité).

Pour limiter ce biais le questionnaire a été évalué et accepté par la commission de thèse et le nombre de questions auxquelles les patients devaient répondre est peu important.

Nous relevons également un biais déclaratif car certains patients n'avaient pas répondu correctement suite à une mauvaise compréhension de la question et un biais de non-réponse quand ils n'avaient pas voulu se prononcer.

Nous pouvons aussi retrouver des biais de confusion concernant l'analyse des résultats. Ils ont été autant que possible minimisés et exprimés au fur et à mesure de l'analyse (par exemple âge, fréquence de suivi et durée de consultation souhaitée).

Comme vu précédemment, le biais de désirabilité a été limité mais certains médecins ont préféré faire remplir le questionnaire à leurs patients en leur présence. Cela a certainement pu entraîner des réponses qui ne représentaient pas la réalité.

4.1.3. Échantillonnage

Sur 200 questionnaires diffusés chez 10 médecins, 141 réponses ont été obtenues soit un taux de participation de 70,5% ce qui est correct.

Dans cet échantillon, la répartition hommes/femmes, l'âge et la catégorie socio-professionnelle des patients sont superposables à ceux obtenus dans l'étude de grande envergure ECOGEN.

Il s'agit donc d'un échantillon varié et représentatif des patients venant consulter leur médecin généraliste.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

4.2.1.1. Âge et sexe

Les répondants étaient majoritairement des femmes à 59,6% (n=84) contre 39,4% d'hommes (n=57). Ces chiffres sont tout à fait concordants avec ceux retrouvés dans l'étude ECOGEN qui, sur plus de 20000 consultations, comptait 59% de femmes et 41% d'hommes. Ainsi, notre échantillon était assez représentatif de la population de patients venant consulter. Nous pouvons donc potentiellement extrapoler les résultats sur des populations plus importantes.

Ce résultat laisse penser que les femmes consultent plus leur médecin que les hommes.

C'est d'ailleurs ce que déclaraient les femmes dans une étude de la Drees réalisée en 2008 (32). Sur cette investigations auprès de 28 500 individus, 67% des femmes et 73% des hommes âgés de plus de 18 ans se considéraient en bonne ou très bonne santé. Cette enquête démontre également que femmes et hommes ont des représentations différentes de la « bonne santé ». Les femmes seraient plus attentives à leur état de santé. En outre, elles déclareraient consulter plus souvent leur médecin généraliste et recourir plus facilement à la prévention.

Ce constat était surtout observé sur la tranche d'âge de 18 à 64 ans. Au-delà, les femmes et les hommes déclaraient consulter leur médecin à la même fréquence.

Nous avons donc démontré que les femmes sont globalement plus soucieuses de leur état de santé que les hommes. Nous pouvons alors nous poser la question suivante : est-ce à tort ou à raison ?

Une étude américaine de l'AAFP (American Academy of Family Physicians) s'est penchée sur cette question et il en est ressorti que chez les hommes, leur état de santé n'était pas toujours une priorité. Ils attendent le plus longtemps possible avant de consulter leur médecin. Cela proviendrait de facteurs culturels et génétiques qui amènent les hommes à surmonter autant que possible leurs défaillances (ne pas montrer ses faiblesses, image de la virilité,...) (33). Cela pourrait même selon certains experts, expliquer en partie la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes !

Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients était de 55,4 ans avec une médiane de 56 ans. Ce sont des chiffres également comparables à l'étude ECOGEN. La répartition est également comparable avec une prédominance des tranches d'âge de 40 à 59 ans et de 60 à 79 ans.

Ceci peut s'expliquer par deux phénomènes : un phénomène démographique car il s'agit des tranches d'âge où la population est la plus nombreuse (génération du baby-boom) (34) et un phénomène de santé lié à l'apparition de plus en plus fréquente de pathologies chroniques ou aiguës à ces âges-là.

Ces différentes caractéristiques augmentent le nombre de consultations et leur complexité. C'est pourquoi la fréquence et la durée des consultations vont augmenter.

Que ce soit pour de la prévention (demandes à prédominance féminine chez les patients les plus jeunes) ou que ce soit pour des patients polyopathologiques (en lien avec le vieillissement de la population), la prise en charge par le médecin généraliste se complexifie de plus en plus.

Nous comprenons aisément que cela va impacter la durée moyenne des consultations en les allongeant. L'évolution de la demande de soins va sans nul doute continuer à augmenter cette durée. Pour expliquer ce phénomène, nous pouvons prendre l'exemple de la prévention en médecine générale.

La prévention est mise en avant depuis la loi de santé publique de 2004. Pour la pratiquer, il est facilement compréhensible que réaliser des consultations courtes puisse se révéler être difficile.

Une étude réalisée par le collège national des généralistes enseignants intitulée « Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique Étude C-

PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ? » rend tout à fait compte de ce phénomène (35).

Il a été demandé à 53 médecins de consulter en utilisant des outils spécifiques pour réaliser une consultation de prévention (444 consultations exploitées).

Le résultat concernant l'impact des actes de prévention sur la durée est impressionnant :

« La consultation avec EsPeR double la durée de consultation qui est habituellement de 18 minutes chez les médecins de la Société française de médecine générale (40 à 50 minutes dans la présente étude). »

4.2.1.2. Catégorie socio professionnelle

Dans cet échantillon, nous avons retrouvé 50% d'actifs, 43% de retraités et 8% de personnes sans emploi. Si nous comparons ces chiffres avec ceux de l'étude ECOGEN, nous remarquons qu'il y avait une surreprésentation des retraités puisqu'ils ne représentaient dans cette dernière que 32,7% des consultations.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la part de retraités parmi la population diffère d'une région à l'autre. C'est dans le Sud et l'Ouest de la France qu'ils sont le plus nombreux. Le Limousin fait partie des régions où la proportion des retraités dépasse les 26% des personnes âgées de 15 ans ou plus (36).

Nous constatons donc qu'une part importante des consultations réalisées concerne des personnes inactives. Il a été décrit que chez les personnes retraitées, la santé est la première des préoccupations. C'est ce que nous retrouvons notamment dans certaines études et travaux de gérontologie (37).

Nous pouvons facilement imaginer que ces personnes souhaitent passer plus de temps avec leur médecin ou du moins, le voir plus souvent. C'est ce que nous retrouverons dans les rythmes de suivi déclarés par les patients. En effet, les patients vus régulièrement ont un souhait de consultation plus long.

4.2.1.3. Rythme de suivi

Les patients se répartissaient de façon presque équivalente sur la fréquence de suivi. Soit environ 1/3 pour chaque proposition : tous les 1 à 2 mois, tous les 3 mois et moins d'une fois tous les 3 mois. Nous pouvons en déduire que deux patients sur trois étaient vus au moins une fois tous les 3 mois.

Chez ces patients vus plus souvent il est probablement plus facile d'effectuer des actes de prévention comme l'évocation des règles hygiéno-diététiques.

En effet, promouvoir l'activité sportive, dépister l'obésité, éviter les facteurs de risque cardiovasculaires... est un enjeu capital pour un « mieux vivre » et un « mieux vieillir ». Par exemple au niveau régional, il existe le Limousin Sport Santé qui propose de nombreux services pour permettre à tout patient de pratiquer une activité physique adaptée (38). Ceci fait suite aux dernières recommandations nationales de la HAS, de l'ONAPS, du CNOSF ou encore de la FFC (voir différentes affiches en annexe 2). Le compte rendu de l'ONAPS nous apprend qu'il y a encore beaucoup de travail à faire pour que l'ensemble de la population pratique une activité physique suffisante (39).

Cependant, les médecins ont-ils ou prennent-ils le temps de proposer et d'expliquer aux patients l'intérêt de la prévention ?

Avec les patients revenants plus souvent, l'ensemble des thèmes de prévention peuvent être abordés plus facilement lors des consultations successives.

C'est donc probablement les patients ayant déjà des problèmes de santé qui bénéficieraient le plus facilement des actes de prévention. Une étude américaine vient pourtant à l'encontre de cette idée. En effet, il y est décrit que les multiples problèmes de santé en lien avec une pathologie chronique pouvait annuler l'action de prévention (40).

Dans notre étude, les répondants âgés de 60 à 79 ans et ceux entre 80 et 99 ans consultaient plus fréquemment que les patients plus jeunes.

Chez les 20 à 39 ans, la plupart se rendaient chez leur médecin moins d'une fois tous les 3 mois. Même constat dans l'étude de la Drees où la proportion de patients ayant vu un médecin généraliste au moins une fois dans l'année augmente fortement à partir de 45 ans (32).

4.2.2. Ce que savaient et estimaient les patients sur la durée de consultation

Une légère majorité des patients déclaraient connaître la durée de consultation prévue par leur médecin. Ils estimaient la durée de consultation à 18,9 minutes en moyenne.

La durée était donc surestimée si on la compare à la durée moyenne des consultations de l'étude ECOGEN qui était de 16,7 minutes. Il y a effectivement plus de deux minutes d'écart.

Il semblerait que les personnes venant plus régulièrement chez leur médecin déclaraient connaître plus souvent la durée de consultation prévue par leur médecin. Pour eux, elle était plus longue. En effet, les patients venant tous les 1 à 2 mois estimaient une durée de consultation à 19,6 minutes en moyenne.

Peut alors se poser la question suivante : la durée de consultation est-elle plus longue chez un patient vu plus régulièrement ?

Le plus souvent, les patients vus fréquemment sont des patients polyopathologiques présentant au moins une ALD. De ce fait, les consultations chez ces patients sont souvent plus longues.

Ces données se retrouvent dans l'étude de la DRESS de 2006 ou « Les ALD et la pluralité des diagnostics donnent lieu à des séances plus longues » avec des durées allongées de 12% pour une ALD et de 24% pour deux ALD (6).

Il est donc constaté que les patients ayant peu ou pas de pathologies ont certainement des consultations plus courtes. Les consultations chez ces patients restent probablement limitées au seul problème abordé par le patient.

Nous pouvons imaginer qu'il y a peu d'actions de prévention primaire chez ces patients. En effet comme nous l'avons vu précédemment, les consultations de prévention sont par essence des consultations longues.

Néanmoins, pour une grande majorité des patients, la durée des consultations est suffisante. Seulement 22% des cas trouvaient que cette durée limitée empêchait d'évoquer certaines plaintes.

Lorsque nous demandons aux patients de définir la durée idéale des consultations, leur réponse était assez paradoxale par rapport aux réponses précédentes car cette durée était bien au-dessus de celle estimée. En effet, pour les patients de cet échantillon la durée idéale d'une consultation était en moyenne de 23,1 minutes.

Il y a là encore une différence entre le temps réel et perçu par le patient comme cela est clairement retrouvé dans l'étude de John Cape qui démontrait que la satisfaction du patient engendrait une surestimation de la durée de consultation (17).

Une thèse réalisée par le Dr Laura Villeneuve en 2008 étayait ce constat (41). Dans cette étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés auprès de 92 patients, il a été constaté qu'aucun des patients interrogés n'a évoqué de lien entre la durée de consultation et la satisfaction concernant les problèmes traités. La consultation, selon eux, semblait être déterminée par une durée bien définie (de 15-20minutes), correspondant au temps nécessaire pour être entendu, et pour la prise de leur tension artérielle. S'il s'agissait d'une maladie grave, une extension de temps était alors permise.

Si nous comparons la durée de consultation idéale aux différentes tranches d'âge, nous observons que plus le patient est âgé, plus la durée idéale de consultation est longue (sauf sur la tranche d'âge des plus de 80 ans qui n'est sans doute pas assez représentée). Ainsi nous passons de 21,3 minutes pour les 20-39 ans à 25 minutes pour les 60-79 ans.

Non seulement le vieillissement de la population peut entraîner des soins de plus en plus compliqués mais en plus pour ces derniers, la consultation idéale serait plus longue.

4.2.3. Le contenu des consultations

4.2.3.1. La question des motifs multiples

Les patients qui déclaraient attendre d'avoir plusieurs « problèmes » avant de consulter vont potentiellement allonger la durée de consultation. Ici, ils étaient un peu moins d'un quart.

En détaillant les caractéristiques de ces patients, nous nous apercevons que c'était le plus souvent des personnes âgées de 40 à 59 ans (environ 30% dans cette tranche), des femmes (30% d'entre elles) et des personnes qui venaient chez leur médecin tous les 3 mois (31% d'entre eux).

Ces résultats ont également été retrouvés dans le travail de thèse réalisé par Dr Laura Villeneuve en 2008 (41). Plusieurs caractéristiques engendraient généralement de multiples motifs de consultation :

- L'occasion d'un renouvellement, d'autant plus si ce dernier est fréquent.
- La crainte de déranger le médecin pour un seul problème bénin.
- L'anxiété et la recherche d'une synthèse englobant tous les symptômes préoccupants.
- La peur de l'oubli avec la confection d'une liste.
- La contrainte professionnelle et la nécessité de s'organiser.
- La dissuasion du temps d'attente, amplifiée par les enfants.
- Le souci d'économie, soit d'avance de frais personnels, ou bien de dépenses de sécurité sociale.

D'après l'étude de Dauris et Schambach portant sur 158 consultations réparties sur 15 médecins (42), il a été démontré que le nombre de motifs augmentait la durée totale de la séance. Les consultations avec un motif unique avaient une durée moyenne de 14,5 minutes. Cette durée passait le seuil des 15 minutes pour deux motifs, et doublait pour les consultations avec trois motifs, atteignant dans ce cas une durée moyenne de 30,5 minutes.

Au-delà de rallonger la consultation, la multiplicité des motifs nuit à la bonne prise en charge médicale. En effet, de nombreux travaux ont établi une corrélation négative entre les demandes multiples et la qualité de la démarche clinique du médecin. Ainsi, certaines études concluaient qu'au-delà de 2 motifs au cours de la consultation, la qualité d'écoute du médecin diminuait, le risque d'erreur médicale était estimé à la hausse, et la satisfaction du praticien se trouvait réduite (43) (44).

4.2.3.2. Réaction du patient lorsque le médecin lui propose une consultation supplémentaire.

Nous avons observé qu'une majorité des réactions étaient positives à la proposition d'une consultation supplémentaire pour finir de répondre à l'ensemble des « problèmes » du patient. En effet, plus de deux tiers des patients n'étaient pas dérangés par le fait que leur médecin leur demande de revenir (69%, n=97).

Nous remarquons que c'est dans la tranche d'âge des 40-59 ans, que la proportion de personnes que cela dérangeait, était la plus importante (environ 40% ici).

Par contre, il n'y avait pas vraiment de différence entre les hommes et les femmes sur cette réponse. Le rythme de suivi ne semblait pas non plus intervenir dans cette réponse.

Il y aurait certainement un intérêt à sensibiliser les patients sur le déroulement optimal d'une consultation en leur expliquant ce qui peut être réalisable dans l'instant, ou au contraire ce qui peut être reporté à une date ultérieure. Certains médecins vont même jusqu'à afficher dans leur salle d'attente : « une consultation = une question », une idée calquée sur le modèle britannique.

Même si les patients abusent parfois, il est important de garder une certaine part d'humanité et de compassion. Une ouverture serait ainsi possible pour concilier à la fois les attentes des patients et celles du médecin à l'aide d'une communication claire et précise.

Le médecin peut être amené à demander aux patients de revenir, notamment lorsqu'une demande est formulée en fin de consultation (syndrome du pas-de-porte) ou lorsque les motifs de consultation se multiplient.

Un travail mené sur ces "demandes de fin de consultation" a pu démontrer que ces consultations étaient plus longues (45). Cependant, il n'a pas pu être conclu que les consultations plus longues étaient à l'origine des demandes supplémentaires ou inversement...

4.2.3.3. Le retard

Pour une grande majorité des répondants, il était normal que leur médecin ait parfois du retard (84%).

Bien que ce retard semble plutôt bien accepté, il est « durée dépendant » dans de nombreuses études.

En effet, une grande étude menée aux États-Unis en 2011 auprès de 14 984 patients ayant utilisé les données d'un outil en ligne (www.DrScore.com) a montré que l'insatisfaction des patients était corrélée au temps passé dans la salle d'attente et aux consultations écourtées (moins de 5 minutes) (46). Les patients les plus satisfaits semblaient être ceux qui avaient le moins attendu et ceux qui avaient passé le plus de temps avec leur médecin.

Dans notre étude, le fait que le médecin ait du retard n'avait pas d'impact sur le déroulement de la consultation pour 86% des répondants.

Néanmoins, une thèse de 2015 portant sur 400 patients démontrait qu'un temps d'attente de plus de 30 minutes les dissuadait à venir consulter leur médecin (47). De plus, il a également été observé un changement d'humeur du patient en fonction de la ponctualité du médecin : celle-ci était positive lorsqu'il n'y avait pas d'attente ou peu (< 30 minutes), mais négative pour une attente supérieure. En outre, deux tiers des patients souhaiteraient que le médecin s'excuse pour son retard.

Même constat dans une autre thèse réalisée auprès de 840 patients en Loire Atlantique qui montrait que l'augmentation du temps d'attente perçu était mise en relation avec une baisse de la satisfaction globale, surtout au-delà de 30 minutes d'attente. Seuls 48% des patients se disaient satisfaits de la durée d'attente et pour la majorité, l'attente maximale acceptable était de 15 minutes (48). Cependant toujours dans cette étude il était noté que la satisfaction du patient était surtout dépendante de la qualité des soins. Une prise en charge de qualité permet sûrement de mieux faire accepter le temps d'attente et de faire en sorte qu'il paraisse moins long.

Concernant les médecins, une étude qualitative réalisée par Sofia Chaabane montrait que le retard pouvait avoir des conséquences néfastes. Il est décrit que ce retard pouvait également modifier la prise en charge du patient, sur de nombreux plans : omission d'éléments à l'examen clinique, erreurs thérapeutiques, absence de promotion de la santé, retard dans la prise en charge globale, altération de la relation médecin-patient (49).

Partant de ce constat, il paraît important que les médecins choisissent une bonne durée de consultation pour ne pas être en retard ou du moins que ce retard ne soit pas supérieur à 15 minutes pour leur bien et celui de leurs patients.

4.2.3.4. Demande de consultations multiples

Elle peut être à l'origine d'un allongement de la durée de consultation et de retard. Il arrive parfois que les médecins se retrouvent face à une demande supplémentaire qui n'était pas prévue. Par exemple cette demande pouvait être celle de recevoir le conjoint ou l'enfant du patient.

A cette question, une part non négligeable des patients avouait faire cette demande (environ un quart des patients interrogés).

Malheureusement, il existe très peu d'études à ce sujet et nous n'avons retrouvé aucun travail pertinent à ce propos.

En revanche, avant la réalisation de ce travail nous avons soutenu un mémoire de DES de médecine générale s'intitulant « Influence de la durée de consultation sur la pratique de la médecine générale » qui s'intéressait au point de vue des médecins quant à la durée de consultation. L'ensemble des médecins interrogés avouait faire face à ces demandes. Par contre nous n'avons pas déterminé à quelle fréquence cela arrivait. Dans la majorité des cas, les médecins acceptaient de faire une consultation supplémentaire (9 médecins sur les 15 interrogés). Un seul médecin avouait demander au patient de prendre un autre rendez-vous. Les 5 autres acceptaient de faire ou non la consultation supplémentaire selon la plainte formulée par le patient.

Il serait intéressant d'effectuer une enquête à ce sujet pour essayer de savoir quelle est la fréquence de ces demandes et de trouver un moyen de les prévenir.

Est-ce dû à la difficulté d'obtenir un rendez-vous chez son médecin ?

Pourtant le délai pour obtenir un rendez-vous en médecine générale a souvent été étudié et semble plutôt rapide quand nous le comparons à d'autres spécialités. En effet la moitié des rendez-vous était obtenue en 2 jours chez le généraliste contre 52 jours chez l'ophtalmologiste par exemple selon une étude la DREES (50).

Parmi les patients qui demandaient une consultation supplémentaire, 62% des répondants pensaient que cela avait un impact sur la suite des rendez-vous du médecin. Peut-être avaient-ils du mal à obtenir un rendez-vous rapide ? ils ne voulaient pas se déplacer à plusieurs reprises ? ou alors pour des raisons financières ?

Pour les autres patients qui pensaient que cela n'avait pas d'impact on comprend qu'ils n'hésitaient pas à faire cette demande

4.2.4. La qualité principale du médecin qui donnait satisfaction au patient

Il était demandé aux patients de choisir parmi trois propositions qui caractérisaient le médecin celle qui leur donnait la plus grande satisfaction (le temps qu'il a passé avec vous, sa qualité d'écoute, sa capacité à vous rassurer).

Pour la grande majorité des patients interrogés ce qui leur importait le plus était la qualité d'écoute du médecin (près de 80% d'entre eux).

La satisfaction du patient se définit comme une expérience émotionnelle agréable et constitue l'un des critères déterminants de la qualité des soins (51). Elle représente également un facteur prédictif d'une meilleure adhésion thérapeutique (52) (53).

Des études de grande ampleur ont cherché à retrouver quels étaient les facteurs de satisfaction des patients. Nous retrouvons des résultats concordant avec ceux obtenus ici.

Une revue systématique de la littérature réalisée sur les priorités des patients en matière de soins de santé primaires confirme ces résultats (54). 57 études ont été incluses dans ce travail. Les caractéristiques les plus souvent mises en avant étaient dans plus de 50% des cas : « humanité », « compétence / précision », « implication des patients dans les décisions », « temps pour les soins », « autres aspects de disponibilité / accessibilité », « informations », « exploration des besoins des patients », « autres aspects de la relation et de la communication » et « disponibilité de services spéciaux ».

4.3. Perspectives

Les patients semblaient majoritairement satisfaits du temps qui leur était accordé, même si leur souhait serait d'avoir des consultations légèrement plus longues. Peut-être est-ce lié à un défaut de perception ? Une étude comparative entre durée réelle et durée estimée par le patient sur de nombreuses consultations permettrait de mieux comprendre les déterminants qui font qu'une consultation paraisse longue sans l'être vraiment.

Souvent les patients venant moins fréquemment étaient les plus satisfaits de la durée de consultation et avaient également un souhait de durée de consultation plus bas que les autres. De ce fait le médecin réalise-t-il des consultations plus courtes chez ces gens ? C'est alors que peut se poser le problème de la prévention primaire. Une étude afin de déterminer si les médecins généralistes arrivent à prendre le temps nécessaire pour faire de la prévention primaire pourrait être intéressante.

Le temps perçu d'une consultation par les patients semble être important pour sa satisfaction mais il n'est pas une notion déterminante de celle-ci. En revanche la qualité d'écoute semble, elle en être un élément majeur.

Une consultation idéale serait finalement celle où le patient aurait eu le temps de parler au médecin de tous ses problèmes sans tabou et sans gêne et où le médecin aurait pu comprendre son patient tout en ayant le temps de répondre au mieux à ses demandes afin de résoudre ses problèmes.

Nous constatons que le temps est une notion primordiale lors de la rencontre de ses deux acteurs : le patient souhaite avoir le temps de parler et d'être écouté, mais le médecin a bien souvent en tête la bonne gestion de son emploi du temps. Il a donc un temps limité à accorder à chaque patient, afin que la salle d'attente ne se remplisse pas trop vite, ce qui pourrait générer un stress autant pour les patients que pour le médecin.

De nouvelles solutions sont proposées par le gouvernement afin de répondre à la pénurie de médecins et à l'augmentation de la demande de soins.

La mise en place des nouveaux métiers comme les IPA, les assistants médicaux est-elle une bonne solution ? Ceux-ci ont pour but de libérer du temps au médecin afin de leur permettre de voir plus de patients et non pour passer plus de temps avec eux. Cela n'aura-t-il pas un impact sur la qualité de relation médecin-patient ? Ainsi une enquête chez les médecins généralistes installés et chez les médecins souhaitant s'installer serait intéressante pour évaluer l'intérêt de ces nouveaux métiers.

Faut-il remettre en question l'exercice de la médecine libérale qui est basé majoritairement sur le paiement à l'acte ? L'évolution de la pratique et la demande des soins ne nécessitent-elles pas de revoir ce mode de rémunération qui incite à enchaîner les actes ?

Les NMR (nouveaux modes de rémunération) n'apportent qu'une solution partielle à cette problématique car beaucoup d'entre eux sont basés sur le nombre de patients suivis par le médecin (ce qui peut inciter à augmenter sa patientèle).

Une revalorisation de l'acte serait-elle un meilleur moyen pour éviter de multiplier les actes et d'augmenter la durée des consultations ? ou alors un salariat avec un nombre de consultations limitées ? ou bien encore adopter un système de capitation comme dans de nombreux autres pays ?

Nous pourrions imaginer une étude demandant aux médecins généralistes si un changement de rémunération pourrait impliquer un changement de pratique.

CONCLUSION

Les résultats de cette thèse ont permis de confirmer que la durée de consultation n'est pas un facteur de satisfaction à lui seul. La grande majorité des patients sont satisfaits du temps qui leur est accordé même si ceux-ci aimeraient passer un peu plus de temps avec leur médecin.

D'autres résultats de ce travail permettent de s'apercevoir que les patients vus le plus rarement souhaitent généralement des consultations courtes. Ils pensent également passer moins de temps avec leur médecin. Faut-il essayer de réaliser des consultations plus longues chez ces patients pour faire de la prévention par exemple ?

Autre point, rarement abordé dans les études : le fait que les patients demandent une consultation supplémentaire non prévue semble être un événement assez courant. Quel impact cela peut-il avoir sur la pratique du médecin et sur les soins apportés aux patients ?

Cette étude nous apprend aussi que la durée de consultation n'est pas le facteur de satisfaction le plus important. En effet ce qui prime est la qualité d'écoute du médecin. La recherche de la performance médicale et de résultat ne doit donc pas se faire au détriment de la qualité de l'écoute, pilier de la relation médecin-patient. Le « gain de temps » ne sera pas pertinent car il entrainera une baisse de la satisfaction et par la même occasion une baisse de la qualité de soins.

De son côté le médecin doit structurer correctement sa consultation pour éviter des consultations trop longues et inefficaces : établir rapidement le nombre de motifs de consultation les hiérarchiser, ne pas hésiter à demander aux patients de revenir, de refuser les demandes supplémentaires en expliquant que les délais sont rapides... Tout cela semble bien être accepté par la majorité des patients.

Faudrait-il diminuer le nombre d'actes par jour, et donc notre activité ? Mais est-ce possible de l'envisager dans le système de santé tel que nous le connaissons actuellement, où les médecins généralistes sont essentiellement rémunérés à l'acte ? La réponse est probablement « oui », au détriment de la rémunération finale. Ce qui n'est pas forcément dans la logique d'une revalorisation de la médecine générale par rapport aux autres spécialités. La solution passerait donc peut-être par un autre mode de rémunération ou une revalorisation de l'acte...

L'organisation de l'emploi du temps d'un médecin généraliste découle en partie du temps qu'il doit passer avec chacun de ses patients. Durant les études de troisième cycle de médecine générale les stages chez le médecin généraliste permettent de se rendre compte de l'organisation d'une journée type. Ce stage permet également d'observer que d'un médecin à l'autre, l'organisation peut être complètement différente. Au final cela se fait de manière plutôt empirique...

Il y a peu de formations théoriques concernant ce thème durant les études de médecine. L'élaboration d'une journée type avec le nombre de patients à voir, la durée de consultation à prévoir, la marge de temps à garder pour les urgences et éviter les retards, ... pourrait aider et servir de base aux futurs médecins généralistes qui souhaitent s'installer.

La solution pour libérer du temps médecin-patient passe peut-être par la mise en place des nouveaux métiers déjà cités (IPA, assistants médicaux). Cependant il ne semble pas que ce soit le but premier de ces derniers. L'objectif de la CNAM est de permettre au médecin de recevoir plus de patients sur un même espace de temps. Ainsi, grâce à ces métiers, le médecin généraliste pourrait augmenter le nombre de patient vu sur une heure. De ce fait il pourrait passer de 3 à 4 patients à 6 patients reçus pendant une heure. Ce qui équivaut à des consultations de 10 minutes par patient en moyenne, est-ce le temps suffisant pour l'écoute, pour établir une relation satisfaisante ?

Références bibliographiques

1. DGOS DGS HAS Plan national pour la sécurité des patients 2013/2017 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_pour_la_securite_des_patients_-_2013_-_2017_-_tableau_recapitulatif_action-2.pdf#xd_co_f=YjVkZGY3ZWYtZDFiYi00MzFILWE1NjgtYTk4ZDA1NWFKMzY4~
2. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
3. OMS | Lorsque le patient est l'expert: mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients en matière de soins [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: <http://www.who.int/bulletin/volumes/97/8/18-225201-ab/fr/>
4. G Pfister. Le temps et la consultation : l'expérience d'un praticien [Internet]. 2001. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2001/RMS-2373/558>
5. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENÉrale. *exercer* 2014;114:148-57.
6. Drees La durée des séances des médecins généralistes N°481 avril 2006 [Internet]. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>
7. Chambonet J-Y, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? *European Journal of General Practice*. 1 janv 2000;6(3):88-92.
8. Drees Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée N°1077 Septembre 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>
9. Flocke SA, Frank SH, Wenger DA. Addressing multiple problems in the family practice office visit. *J Fam Pract*. mars 2001;50(3):211-6.
10. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. *Br J Gen Pract*. nov 2013;63(616):e751-759.
11. Société Française de Médecine Générale : Se former, enseigner le DRC®LE DICTIONNAIRE DES RÉSULTATS DE CONSULTATION® [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/drc/se_former_enseigner_le_drc/
12. Drees Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine N°1113 Mai 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
13. « Comment travaillent les médecins généralistes ? » Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes Avril 2017 [Internet]. Disponible sur: https://toute-la-veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
14. Buijs R, Sluijs EM, Verhaak PF. Byrne and Long: a classification for rating the interview style of doctors. *Soc Sci Med*. 1984;19(7):683-90.
15. Ohtaki S, Ohtaki T, Fetters MD. Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Family Practice*. juin 2003;20(3):276-82.
16. Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale: à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
17. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract*. déc 2002;52(485):1004-6.
18. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ*. 13 avr 2002;324(7342):880-2.

19. Stunder W, Scherer M, Himmel W. [How well do primary care patients assess the time needed for a consultation in general medical practice?]. *Dtsch Med Wochenschr.* janv 2008;133(3):67-70.
20. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, et al. « I want more time with my doctor »: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract.* oct 2004;21(5):479-83.
21. CNGE Marguerite MEDECINE GENERALE [Internet]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf
22. UnafomeC Consultation : que demande le patient, que lui proposer ? BIBLIOMED Numéro 579 du 18 mars 2010 [Internet]. Disponible sur: https://www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/579_Consultation_que_demande_le_patient_que_lui_proposer.pdf
23. Peltenburg M, Fischer JE, Bahrs O, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den, Study for the investigators of the E-C. The Unexpected in Primary Care: A Multicenter Study on the Emergence of Unvoiced Patient Agenda. *Ann Fam Med.* 11 janv 2004;2(6):534-40.
24. Amalberti R, Brami J. 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf.* 1 sept 2012;21(9):729-36.
25. Brami J, Amalberti R, Wensing M. Patient safety and the control of time in primary care: A review of the French tempos framework by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 14 août 2015;21(sup1):45-9.
26. HAS Classification des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) rencontrés hors établissement de santé Juin 2015 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/classification_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias_rencontres_hors_etablissement_de_sante.pdf
27. Drees. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale - Ministère des Solidarités et de la Santé N°704 Octobre 2009 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/consulter-un-specialiste-liberal-a-son-cabinet-premiers-resultats-d-une-enquete>
28. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ.* 31 août 2002;325(7362):472.
29. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* [Internet]. 1 oct 2017;7(10). Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>
30. ReAGJIR Assistants médicaux Un nouveau dispositif peu attractif aux yeux des jeunes médecins généralistes 9 mai 2019 [Internet]. Disponible sur: https://www.reagjir.fr/wp-content/uploads/2019/05/190509_CP_ReAGJIR_Assistants-m%C3%A9dicaux.pdf
31. Mercer SW, Watt, GCM, Maxwell M, and Heaney DH. The development and preliminary validation of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 2004, 21 (6), 699-705. :2.
32. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. 2008;8.
33. Harris Interactive® Men's Health Study April 30 to May 2, 2007 [Internet]. Disponible sur: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/media_center/men-prevention/final_executive_summary_061307.pdf

34. INSEE Pyramide des âges 2020 - France et France métropolitaine [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>
35. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneveut L, Chatellier G. Étude C-PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ? *exercer* 2008;81:36-41.
36. Drees Les retraités et les retraites ÉDITION 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/retraites2020.pdf>
37. Joëlle Gaymu, Christiane Delbès. La retraite quinze ans après Collection : Cahiers de l'INED n° 154, 2004, 240 pages [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/cahiers/la-retraite-quinze-ans-apres/#tabs-2>
38. Virot PP, Marcelaud MF, Tubiana PN. LIMOUSIN SPORT SANTE Promouvoir l'activité physique ou sportive, adaptée, pour préserver et améliorer la santé. [Internet]. Disponible sur: <http://www.haute-vienne.gouv.fr/index.php/content/download/12503/109957/file/Limousin%20Sport%20Santé%20Diapos%20P%20Virot%209%20oct%202015.pdf>
39. Onaps SPORT SANTÉ SUR ORDONNANCE CONTEXTE ET EXEMPLES DE MISES EN OEUVRE OCTOBRE 2017 [Internet]. Disponible sur: http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_PRN2SBE_Sport-sur-ordonnance.pdf
40. Stange KC, Zyzanski SJ, Jaén CR, Callahan EJ, Kelly RB, Gillanders WR, et al. Illuminating the « black box ». A description of 4454 patient visits to 138 family physicians. *J Fam Pract.* mai 1998;46(5):377-89.
41. Villeneuve L. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale: étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde. 23 févr 2018;145.
42. Dauris, Virginie, Schambach, Soline. Auteur, Amouyal, Michel. Directeur de thèse. Les Consultations de médecine générale: déroulement, pratiques des médecins et attente des patients : Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du gard et de l'Hérault Enquête d'observation auprès des patients. 2013.
43. Camoin A, Le Hir J-M, Aix-Marseille Université, Aix-Marseille Université, Faculté de médecine (2012-). Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient. [S.l.]: [s.n.]; 2015.
44. Dareths-Fabier S, Prouff B, Université Bordeaux-II. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. [S.l.]: [s.n.]; 2011.
45. Jouanin, Sophie (1977-....). Auteur, Figon, Sophie. Directeur de thèse, Université Claude Bernard (Lyon). Organisme de soutenance, Date(s) :, 2006. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale. 2006.
46. Short waits, long consults keep most patients very happy with their physicians [Internet]. University of Michigan News. 2011 [cité 24 août 2020]. Disponible sur: <https://news.umich.edu/short-waits-long-consults-keep-most-patients-very-happy-with-their-physicians/>
47. Christophe N. Retentissement de l'attente dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients: enquête dans l'arrondissement de Cholet [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
48. Métois, Clara (1984-). Auteur, Senand, Rémy (19..-....). Directeur de thèse, Université de Nantes (1962-....). Organisme de soutenance, Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique. 2013.
49. Chaabane S. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. 3 sept 2018;100.
50. Drees La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52

jours chez l'ophtalmologiste - Ministère des Solidarités et de la Santé octobre 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887>

51. Rk M, K S, S A, Tk M-S. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? [Internet]. Vol. 19, Family practice. Fam Pract; 2002 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12110550/>

52. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ : British Medical Journal. 30 nov 1991;303(6814):1385.

53. Ruiz-Moral R, Torres LÁP de, Jaramillo-Martin I. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. Journal of General Internal Medicine. janv 2007;22(1):86.

54. M W, Hp J, J M, F O, R G. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain [Internet]. Vol. 47, Social science & medicine (1982). Soc Sci Med; 1998. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9823053/>

Annexes

Annexe1 : Questionnaire de l'étude.....	72
Annexe 2 : Exemple d'affiche de prévention et sport.....	74

Annexe 1. Questionnaire de l'étude

DUREE DE CONSULTATIONS

Madame, Monsieur

En tant que médecin généraliste je réalise ma thèse sur la durée de consultation.

L'objectif principal de cette étude est d'essayer de comprendre comment le patient perçoit le temps dédié à sa consultation.

Ceci afin de connaître certains facteurs pouvant améliorer la qualité d'une consultation en médecine générale.

Le questionnaire est rapide à compléter (environ 5 minutes). Les données sont anonymes.

Nous vous remercions par avance pour votre aide.

Cordialement.

Benjamin BEAREZ, médecin généraliste

Dr Karen RUDELLE, directrice de thèse

QUESTIONNAIRE :

1-Quel est votre âge ?

2-Quel est votre sexe ?

3-Quelle est votre profession ? (Emploi, sans emploi, retraité, étudiant, ...)

4- A quel rythme voyez-vous votre médecin ?

- a) Tous les 1 à 2 mois
- b) Tous les 3 mois
- c) Moins d'une fois tous les 3 mois

5-Connaissez-vous la durée de consultation prévue par votre médecin ?

Oui / non

6-Si oui pouvez donner cette durée :

7-Pensez-vous qu'il y ait une durée de consultation identique pour tous les patients ?

Oui / non

8-Trouvez-vous que la durée de consultation est suffisante ?

Oui / non

9-La durée de consultation limitée vous empêche-t-elle d'évoquer certaines plaintes ?

Oui / non

10-Quelle serait la durée idéale d'une consultation selon vous ?

11-Attendez-vous d'avoir plusieurs « problèmes » avant de voir votre médecin ?

Oui / non

12-Cela vous dérangerait-t-il que votre médecin souhaite vous revoir lors d'une prochaine consultation pour finir de s'occuper de l'ensemble de vos problèmes ?

Oui / non

13-Trouvez-vous normal que votre médecin ait parfois du retard ?

Oui / non

14-Dans le cas où vous avez dû patienter à cause d'un retard cela change-t-il le déroulement de la consultation ?

Oui / non

15-Vous arrive-t-il de demander plusieurs consultations (pour enfant, conjoint, ...) sur un seul créneau de rendez-vous sans prévenir le médecin ?

Oui / non

Si Oui pensez-vous que cela a un impact sur les rendez-vous suivants du médecin :

Oui / non

16-Al'issue d'une consultation avec votre médecin traitant qu'est ce qui fait que vous êtes satisfait ? (Choisir la proposition la plus importante selon vous)

- a) Le temps qu'il a passé avec vous
- b) Sa qualité d'écoute
- c) Sa capacité à vous rassurer

Éventuels commentaires :

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST ESSENTIELLE POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIAQUES, ET POUR EN DIMINUER LES CONSÉQUENCES. IL Y A DES SPORTS ADAPTÉS À TOUS LES ÂGES DE LA VIE.



LES 10 RÈGLES D'OR DU SPORTIF

(À RESPECTER QUELS QUE SOIENT VOTRE ÂGE ET VOTRE CONDITION PHYSIQUE)

PRATIQUER UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE EST ESSENTIEL POUR LA SANTÉ DE VOTRE COEUR ET DE VOS ARTÈRES.

30 MIN / JOUR

-25 À 30 %
LES RISQUES DE MORTALITÉ CARDIOVASCULAIRE. ELLE DIMINUE, AUSSI LES RISQUES DE RÉCIDIVE CHEZ LES CARDIAQUES.



PRATIQUER LE SPORT DE VOTRE CHOIX



-40 ANS

SANS SYMPTÔMES CARDIAQUES

OK

+40 ANS

DES ANTECÉDENTS CARDIAQUES OU DES FACTEURS DE RISQUE CARDIAQUES



PRIVILÉGIEZ LES SPORTS D'ENDURANCE QUI VOUS PERMETTENT DE PRATIQUER DURANT 30 À 60 MINUTES UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE PROGRESSIVE, SANS ESSOUFFLEMENT NI FATIGUE MUSCULAIRE EXCESSIVE.

1. JE PRÉVOIS UN ÉCHAUFFEMENT ET UNE RÉCUPÉRATION DE 10 MINUTES.



2. JE RESPIRE À FOND ET JE BOIS 3 À 4 GORGÉES D'EAU TOUTES LES 30 MINUTES D'EXERCICE.



3. JE CONTRÔLE RÉGULIÈREMENT MON POULS. FRÉQUENCE CARDIAQUE MAXIMALE = 220 BATTEMENTS PAR MINUTE - MON ÂGE.



4. JE M'ACCORDE UN TEMPS DE REPOS SUFFISANT APRÈS OU ENTRE CHAQUE EFFORT.



5. J'ÉVITE LES ACTIVITÉS INTENSES PAR DES TEMPÉRATURES EXTÉRIEURES INFÉRIEURES À -5 °C OU SUPÉRIEURES À +30 °C, ET LORS DES PICS DE POLLUTION.



6. JE NE FUME PAS, EN TOUT CAS JAMAIS DANS LES 2 HEURES QUI PRÉCÈDENT OU SUIVENT MON ACTIVITÉ SPORTIVE.



7. JE NE CONSOMME JAMAIS DE SUBSTANCE DOPANTE ET J'ÉVITE L'AUTOMÉDICATION.



8. JE NE FAIS PAS DE SPORT SI J'AI DE LA FIÈVRE, NI DANS LES 8 JOURS QUI SUIVENT UN ÉPISODE GRIPPAL (FIÈVRE + COURBATURES).



9. JE SIGNALÉ À MON MÉDECIN TOUTE DOULEUR DANS LA POITRINE OU ESSOUFFLEMENT ANORMAL, TOUTE PALPITATION CARDIAQUE ET TOUT MALAISE SURVENANT À L'EFFORT OU JUSTE APRÈS L'EFFORT.

10. JE PRATIQUÉ UN BILAN MÉDICAL AVANT DE REPRENDRE UNE ACTIVITÉ SPORTIVE INTENSE SI J'AI PLUS DE 40 ANS POUR LES HOMMES 50 ANS POUR LES FEMMES.

*D'APRÈS LES RECOMMANDATIONS DU CLUB DES CARDIOLOGUES DU SPORT





Données utiles

BOUGER

A tous les âges de la vie



DES INÉGALITÉS ENTRE GÉNÉRATIONS ET SEXES
DANS LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS
DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SUIVI DES RECOMMANDATIONS



NIVEAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

ENFANTS

3-10 ANS



ADOLESCENTS

11-17 ANS



ADULTES

18-64 ANS



SENIORS

65-79 ANS



4 ENFANTS / 5
NE PRATIQUENT PAS
UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE
QUOTIDIENNE



2 ADOLESCENTS / 3
NE SUIVENT PAS LES
RECOMMANDATIONS



1 ADULTE / 3
NE SUIV PAS LES
RECOMMANDATIONS



1 SENIOR / 3
NE SUIV PAS LES
RECOMMANDATIONS

NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

- ÉLEVÉ (green circle)
- MODÉRÉ (orange circle)
- FAIBLE (red circle)

(Anses, Étude INCA3, 2014-2015)
KEYZUP THINKING DESIGN 2017





Vous êtes **sédentaire**,
en **surpoids** ou **obèse**,
porteur d'une **maladie chronique** ?

diabète, HTA, maladies
cardiovasculaires,
cancer



Quel que soit votre âge, sur les conseils de votre médecin,
Limousin Sport Santé peut vous proposer une **évaluation physique**
et vous permettre de **reprendre une activité physique régulière**
adaptée à vos possibilités et à vos choix...

**Parlez-en
à votre médecin !**

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne.

Introduction : De nos jours le médecin généraliste doit faire face à une augmentation de la demande de soins tout en améliorant la qualité de ces soins. Pour cela la satisfaction du patient est un élément indispensable à prendre en compte. La durée de consultation de médecine générale paraît être une caractéristique importante à étudier notamment du point de vue des patients. Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle déclarative réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire auprès de patients de la Haute Vienne durant 3 mois de janvier 2020 à mars 2020. L'objectif principal était de savoir comment les patients percevaient la durée de consultation en médecine générale. Les objectifs secondaires étaient de connaître les caractéristiques pouvant influencer cette perception, de connaître le ressenti face au retard et les comportements des patients pouvant allonger la durée de consultation. Résultats : 10 médecins ont accepté de diffuser le questionnaire et 141 patients ont pu répondre. Les patients estimaient la durée de consultation à 18,9 minutes et 85% d'entre eux en étaient satisfaits. Cependant la durée idéale estimée serait de 23,1 minutes pour les patients. Les personnes les plus âgées et les femmes semblaient faire augmenter cette durée. Pour 79% des patients, la qualité d'écoute était l'élément principal de satisfaction. Conclusion : Les patients étaient globalement satisfaits du temps passé avec leur médecin mais une disparité semblait s'installer en fonction de l'âge et du genre. Cela pouvait laisser supposer que la durée de consultation accordée à chaque patient se faisait l'avantage de certains et au détriment d'autres.

Mots-clés : durée de consultation, satisfaction, médecine générale,

Duration of consultation in general medicine: perception and feeling of patients in Haute-Vienne.

Introduction: Nowadays the general practitioner has to face an increase in the demand for care while improving this quality of care. For this reason, patient satisfaction is an essential element. The length of time spent consulting a general practitioner seems to be an important characteristic to be studied, particularly from the patient's point of view. Method: This is a declarative observational study carried out with the help of a self-questionnaire with patients in Haute Vienne during 3 months from January 2020 to March 2020. The main objective was to find out how patients perceived the duration of consultations in general practice. The secondary objectives were to find out what characteristics could influence this perception, how patients perceive delays and which patient behaviours could increase the length of the consultation. Results: 10 physicians agreed to distribute the questionnaire and 141 patients were able to respond. Patients estimated the consultation time at 18.9 minutes and 85% of them were satisfied with it. However, the ideal estimated time for patients would be 23.1 minutes. Older people and women seemed to increase this time. For 79% of patients, listening quality was the main element of satisfaction. Conclusion: Patients were generally satisfied with the time spent with their doctor, but a disparity seemed to emerge according to age and gender. This could suggest that the length of time each patient was given was to the advantage of some and to the detriment of others.

Keywords: duration of consultation, general practice, satisfaction

