

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 3 juillet 2024

Par Estelle Gras

Etude sur la durée de consultation et le souhait de revalorisation en fonction du motif de consultation, d'après le point de vue des médecins généralistes de la Haute Vienne en 2023

Thèse co-dirigée par les docteurs Delphine REZOLA et Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG, Présidente

Mme. Le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA, MCA-MG, Juge

M. Le Docteur Pierre-Jean BAUDOT, MCA-MG, Juge

Mme. Le Docteur Karen RUDELLE, MCU-MG, Juge

Mme. Le Docteur Delphine REZOLA, MSU-MG, Juge



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 juillet 2024

Par Estelle Gras

Etude sur la durée de consultation et le souhait de revalorisation en fonction du motif de consultation, d'après le point de vue des médecins généralistes de la Haute Vienne en 2023.

Thèse co-dirigée par les docteurs **Delphine REZOLA** et **Karen RUDELLE**

Examineurs :

Mme. **Le Professeur Nathalie DUMOITIER**, PU-MG, Présidente

Mme. **Le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA**, MCA-MG, Juge

M. **Le Docteur Pierre-Jean BAUDOT**, MCA-MG, Juge

Mme. **Le Docteur Karen RUDELLE**, MCU-MG, Juge

Mme. **Le Docteur Delphine REZOLA**, MSU-MG, Juge



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Asseseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANAOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
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
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
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
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
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	MEDECINE PALLIATIVE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitre de Conférences des Universités associée à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

(du 01-09-2022 au 31-08-2025)

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

RUDELLE Karen

Professeurs associés des universités à mi-temps de médecine générale

HOUDARD Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

LAUCHET Nadège (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

Maitres de conférences associé à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean (du 01-09-2023 au 31-08-2026)

BUREAU-YNIESTA Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

SEVE Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2023 au 31.08.2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du-01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

TREVES Richard du 01-09-2023 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01.09.2023 au 31.08.2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Oliver	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoit	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE
BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE

BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALED Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loic	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anais	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphael	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MOI BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE

ROCHER Maxime

OPHTALMOLOGIE

TALLIER Maïa

GERIATRIE

TRAN Gia Van

NEUROCHIRURGIE

VERNIER Thibault

NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany

ONCOLOGIE MEDICALE

HARDY Jérémie

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LAFON Thomas

MEDECINE D'URGENCE

A mon grand-père le Docteur Michel Bazin.

Je te dédie ce travail de thèse et ces longues années d'étude. Sans ton soutien et ton implication dans mes études, elles n'auraient pas été les mêmes. Si aujourd'hui je peux reprendre le flambeau des médecins de la famille c'est grâce à toi. J'espère que tu en seras fier.

« La médecine, c'est un art qu'on exerce, en attendant qu'on le découvre. »

Emile Deschamps

« La joie est le médecin de votre âme. »

Serge Marjollet

« Un médecin qui écoute est souvent plus utile qu'un médecin qui prescrit. »

Didier Sicard

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Professeur des universités de médecine générale

Je vous remercie de juger ce travail. Vous me faites un immense honneur en acceptant de présider ce jury. Je vous prie de voir dans ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA

Maitre de conférences associé à mi-temps de médecine générale

Je garderai un excellent souvenir de la qualité de vos enseignements au cours des GEP au sein du Département de Médecine Générale. Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail, soyez assurée de mon éternel respect.

A Monsieur le Docteur Pierre-Jean BAUDOT

Maitre de conférences associé à mi-temps de médecine générale

Votre participation à mon jury de thèse est pour moi un très grand honneur. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma haute considération.

A Madame le Docteur Karen RUDELLE

Maitre de Conférences des universités de médecine générale

Avoir réalisé ce travail de thèse sous votre direction a été un immense honneur. Pour votre disponibilité, votre engagement et votre accompagnement tout au long de sa réalisation, trouvez ici toute l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Delphine REZOLA

Maitre de stage universitaire

Je te remercie de t'être lancée sans hésitation dans cette aventure avec moi. Travailler sous ta direction a été un réel plaisir. Ta disponibilité, tes conseils et ta rigueur m'ont été précieux durant ces mois. Je tiens particulièrement à te remercier pour ta bienveillance lors de mon premier stage de médecine générale de cet internat.

A mon jury de thèse

Je vous remercie de vous être rendus disponibles pour juger ce travail.

Aux médecins participants

Je remercie tous les médecins qui ont pris un peu de leur temps pour participer à notre étude. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans vous.

A mes parents

Je vous remercie pour votre soutien sans faille pendant ces longues années d'étude exigeantes. Vous m'avez permis d'être ce que je suis. Soyez assurés de tout mon amour. Merci aussi pour les valeurs que vous m'avez transmises, elles sont un appui de tous les jours. Je suis fière d'être votre fille, j'espère vous rendre aussi fiers aujourd'hui. Papa je te remercie d'avoir aiguisé ma curiosité pour les sciences médicales. Maman je te remercie pour ta douceur et pour ton implication dans la relecture de mon travail de thèse.

A mes grands-parents

Je vous remercie pour votre bienveillance et votre soutien. Grandir entourée de votre amour a été d'une grande douceur. J'ai de merveilleux souvenirs des étés passés en votre compagnie à la mer, des hivers à la montagne, des repas en famille, des cours de conduites, des leçons de ski, et des lectures de BD.

A mon frère

Je te remercie de faire partie de ma vie. Tu es la prunelle de mes yeux. Je suis tellement fière de toi.

A mes amis

Marina, Wil et Louis, je vous remercie pour tous les bons moments passés ensemble. Sans vous cet internat n'aurait pas eu la même saveur.

A Luca

Grazie per la tua pazienza. Grazie per essere stato presente nei miei alti e bassi. Grazie per essere sempre presente per me. Grazie per il tuo sostegno e la tua tenerezza. Sono felice di condividere la mia vita con te. E di ciò che la vita ha in serbo per noi.

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/>



Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

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

EBM : Evidence-Based Medicine

ECOGEN : Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant

HTA : HyperTension Artérielle

newGMS : New General Medical Service

NHS : National Health Service

OMG : Observatoire de Médecine Générale

P4DP : Platform for Data in Primary care

PMS : Personal Medical Service

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SFMG : Société Française de Médecine Générale

VL : Visite Longue

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners

Table des matières

Introduction	22
I. Le temps de consultation	23
I.1. Le temps de consultation dans le monde.....	23
I.2. Le temps de consultation en France.....	23
I.3. Les déterminants du temps de consultation.....	24
I.3.1. Variables attribuables au système de santé	24
I.3.2. Variables attribuables au patient	25
I.3.3. Variables attribuables au médecin	26
I.4. Le temps de consultation idéal	26
II. Les motifs de consultation.....	27
II.1. Les motifs de consultation les plus fréquents.....	27
II.2. Les consultations « multi-motifs ».....	28
II.2.1. Le point de vue des médecins.....	28
II.2.2. Le point de vue des patients	29
III. L'histoire du prix de la consultation	29
III.1. Le XXème siècle	30
III.2. Le XXIème siècle	31
III.3. Evolution du prix de la consultation en médecine générale.....	32
IV. Les différents modes de rémunération existants.....	32
IV.1. Les différents systèmes de soins en Europe	33
IV.2. Le système de santé français.....	34
Méthode	37
I. Type d'étude	37
II. Objectifs.....	37
III. Description du questionnaire.....	37
IV. Population	37
V. Analyse statistique.....	37
VI. Classification des motifs de consultation	38
Résultats	39
I. Taux de participation et diagramme de flux.....	39
II. Profils des médecins généralistes répondants	40
III. Consultations	41
III.1. Motif de consultation.....	41
III.2. Temps réel de consultation.....	43
III.3. Temps idéal de consultation	44
III.4. Différence entre le temps réel et le temps idéal	45
III.5. Le souhait de revalorisation.....	46
III.6. Tableau récapitulatif	47
Discussion.....	48
I. Validité interne	48
I.1. Matériel et méthode.....	48
I.2. Population de l'étude	49
I.3. Sélection du motif de consultation	49
II. Validité externe	49
II.1. Résultats	49

II.1.1. Les motifs de consultations	49
II.1.2. Le temps réel de consultation	50
II.1.3. Le temps idéal de consultation	51
II.1.4. Le souhait de revalorisation	52
III. Perspective	52
Conclusion	54
Références bibliographiques	55
Annexes	60
Serment d'Hippocrate.....	65

Table des illustrations

Figure 1: Evolution du prix de la consultation de médecine générale.....	32
Figure 2 : Diagramme de flux	39

Table des tableaux

Tableau 1: Détail de la valorisation du FMT.....	35
Tableau 2: Caractéristiques de la population.....	40
Tableau 3: Motifs de consultations	41
Tableau 4: Motifs de réévaluation de traitement	42
Tableau 5: Temps réel de consultation en fonction du motif	43
Tableau 6: Temps idéal de consultation en fonction du motif.....	44
Tableau 7: Différence entre le temps réel et le temps idéal de consultation en fonction du motif	45
Tableau 8: Souhait de revalorisation en fonction du motif.....	46
Tableau 9: Tableau récapitulatif	47

Introduction

La médecine générale est une spécialité transversale de premier recours dont la consultation est la clef de voute. Lors de ces consultations, le médecin généraliste peut être amené à prendre en charge toutes les catégories d'âge allant du nouveau-né à la personne âgée, de la pathologie aigue à la pathologie chronique. Cette spécialité répond aux problèmes de santé des patients dans les dimensions physiques, psychologiques, sociales et environnementales. Elle est au centre de la coordination des soins du patient.

Dans un contexte de baisse de démographie médicale, il n'est pas aisé de trouver un équilibre entre une prise en charge de qualité et une prise en charge de tous les habitants du territoire. Tous les cinq ans, la CNAM et les syndicats représentatifs des médecins se réunissent afin de trouver cet équilibre. C'est donc lors de l'hiver 2022-2023 qu'ont commencé les premières réunions visant à la rédaction de la prochaine convention. N'ayant pas été trouvé de terrain d'entente entre la CNAM et les syndicats, c'est la convention de 2016 qui se prolonge avec le règlement arbitral. Ce règlement arbitral permet tout de même l'introduction d'évolutions. Nous pouvons noter l'introduction d'un nouvel acte : un médecin acceptant un nouveau patient en ALD dans sa patientèle médecin traitant, se verra rémunéré 60 euros lors de la première consultation. A cela s'ajoute la revalorisation de la consultation de médecine générale de 1,50 euros soit un total de 26,50 euros.

Nous nous sommes intéressées au lien entre la diversité des motifs de consultation, le temps de la consultation, et la rémunération de cette consultation. Le temps de consultation varie-t-il selon le motif de consultation ? Les médecins sont-ils satisfaits du temps passé avec leur patient lors de la consultation ? Dans un idéal souhaitent-ils passer plus ou moins de temps ? Quels sont leurs souhaits de revalorisation tarifaire ?

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, déclarative. Cette étude a ciblé les médecins généralistes exerçant en Haute-Vienne. Elle a pour objectif d'évaluer les variations du temps de consultation en fonction du motif de consultation, et d'évaluer le souhait des médecins concernant la revalorisation du prix de la consultation en fonction du temps et du motif de consultation.

I. Le temps de consultation

I.1. Le temps de consultation dans le monde

Une première étude menée en 2002, a observé le temps de consultation dans 6 pays d'Europe : l'Allemagne, l'Espagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Belgique et la Suisse. Les chercheurs ont choisi 27 médecins généralistes dans chaque pays, puis ont effectué des enregistrements vidéo d'une vingtaine de consultations, afin de chronométrer leurs durées. La moyenne des consultations était de 10,7 minutes. La Belgique et la Suisse avaient le temps de consultation le plus long avec respectivement 15,0 minutes et 15,6 minutes. L'Allemagne et l'Espagne avaient les temps de consultation les plus courts, avec 7,6 et 7,8 minutes. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni avaient un temps de consultation se rapprochant de la moyenne avec 10,2 et 9,4 minutes. (1)

Une deuxième étude a quantifié, par l'intermédiaire de consultations de médecine générale enregistrées sous format vidéo, le temps de consultation au Royaume-Uni. Cette étude regroupe un total de 240 consultations dont la durée moyenne est de 11,9 minutes. (2)

Une troisième étude d'envergure, publiée en 2017, porte sur le temps de consultation en médecine générale dans 67 pays. Il s'agit d'une revue de la littérature portant sur 179 publications dans 6 langues différentes, anglais, chinois, japonais, portugais et russe, concernant le temps de consultation. Les chercheurs ont défini le temps de consultation comme étant le temps que le médecin et le patient passent ensemble. Le temps de consultation varie de 58 secondes au Bangladesh à 22 minutes en Suède. Cette étude a également mis en évidence que 18 pays, représentant environ 50% de la population mondiale, ont un temps de consultation égal ou inférieur à 5 minutes. Dans cette étude, la France est le 8^{ème} pays avec la consultation la plus longue, en effet celle-ci dépasse les 15 minutes. Devant elle, se trouvent dans un ordre croissant la Suisse, la Russie, la Finlande, la Norvège, la Bulgarie, les Etats-Unis et la Suède. (3)

Nous pouvons en conclure que les patients européens bénéficient d'un temps de consultation deux fois plus long que 50% de la population mondiale. Et qu'en France les patients bénéficient d'un temps de consultation 3 fois plus long que 50% de la population mondiale. (1–3)

I.2. Le temps de consultation en France

La France a un temps de consultation supérieur à de nombreux pays dans le monde, et y compris en Europe. Plusieurs études concernant le temps de consultation ont été menées ces 20 dernières années en France.

Dans l'ordre chronologique, nous citons une des premières études, publiée en septembre 2000. Cette étude a eu lieu dans la circonscription de Nantes avec 329 consultations analysées. Le temps moyen de consultation était de 14 minutes et 24 secondes. (4)

Une étude menée par la DRESS (Direction de la recherche des Etudes de L'Evaluation et des Statistiques) en 2002 et publiée en 2006 a permis d'analyser 44 000 consultations et visites. Le temps moyen de consultation incluant les visites à domicile était de 16 minutes. (5)

L'étude qui fait suite à cette première étude d'envergure effectuée par la DRESS est l'étude ECOGEN publiée dans la revue Exercer en 2014. Cette étude porte sur les éléments de la consultation en médecine générale dont le temps de consultation. Ces éléments ont été recueillis par l'intermédiaire d'internes en stage chez différents médecins généralistes dans 27 départements. Au total 20 613 consultations ont été analysées, avec pour temps de consultation moyen 16,7 minutes. (6)

L'étude suivante a été menée par Doctolib® en 2017. L'entreprise a pu recueillir des données afin d'effectuer une étude s'intitulant « comment travaillent les médecins généralistes ? ». 2480 généralistes ont été inclus dans l'étude. Le temps de consultation moyen était de 17 minutes. (7)

En 2019 la DRESS effectue une nouvelle étude, 17 ans après la première. 3300 médecins généralistes ont participé à l'étude via un questionnaire. Le temps moyen de consultation était de 18 minutes. (8)

Pour résumer, le temps de consultation moyen en médecine générale a augmenté progressivement : en 2000, 14,4 minutes ; en 2002, 16 minutes ; en 2014, 16,7 minutes ; en 2017, 17 minutes ; et en 2019, 18 minutes. Si nous faisons la moyenne du temps de consultation recueilli par ces différentes études au cours des 20 dernières années, nous trouvons un temps de consultation moyen de 16,44 minutes.

I.3. Les déterminants du temps de consultation

Plusieurs études, déjà mentionnées dans les deux premières parties, ont également analysé différents facteurs qui allongent ou diminuent le temps de consultation.

I.3.1. Variables attribuables au système de santé

Il a été mis en évidence que le temps de consultation était corrélé au nombre de médecins généralistes disponibles pour 1000 habitants. Plus le nombre de médecins généralistes pour 1000 habitants était grand, plus le temps de consultation moyen s'allongeait. Inversement plus le nombre de médecins généralistes était faible, plus le temps de consultation diminuait. (3)
(8)

Dans l'étude regroupant 67 pays du monde, le temps de consultation semble corrélé aux dépenses de santé par habitant. Plus les dépenses étaient importantes plus le temps de consultation était long. (3)

I.3.2. Variables attribuables au patient

Les patientes ont des temps de consultation plus longs. Lorsque la patiente était une femme, pour le même nombre de motifs de consultation qu'un homme, soit un, la consultation était environ 1 minute plus longue. (1) (4) (5) (8) (9)

Plus le patient est âgé, plus le temps de consultation est long. Pour les personnes âgées de 70 à 94 ans le temps de consultation est plus long de 6,1% (4). Plusieurs études montrent que c'est en rapport avec le caractère polypathologique des consultations des personnes âgées. (1) (5) (9)

Le temps de consultation était plus long pour les patients ayant un niveau socio-professionnel plus élevé, par exemple les cadres et professions libérales avaient un temps de consultation plus long de 10,6% comparé à la catégorie « employés » et les patients sans-emploi avaient un temps de consultation inférieur de 2%, toujours comparé à cette même catégorie. (1) (5)

Les patients ayant pour couverture complémentaire la CMU bénéficiaient d'un temps de consultation inférieur de 6,7% comparé aux patients ayant une autre couverture complémentaire. (5)

Le temps de consultation était plus long pour les patients en ALD (affection longue durée). L'étude de la DRESS publiée en 2006 nous apprend que la consultation était plus longue de 12% pour les patients ayant une ALD et de 24% pour les patients ayant deux ALD. La consultation était 22% plus longue si cette affection chronique était déséquilibrée. (5)

Si le patient consultait pour un problème nouveau, la consultation était plus longue (5) (1). De même si le patient était un nouveau patient, la consultation était plus longue. (5)

Le temps de consultation était influencé par le nombre de motifs par consultation (2,4). Toujours dans l'étude menée par la DRESS et publiée en 2006, si la consultation comportait deux diagnostics elle était plus longue de 13,1% et si celle-ci comprenait 3 diagnostics ou plus, le temps de consultation était augmenté de 25,2%. (5)

Les consultations sans rendez-vous étaient plus courtes de 8% (5). Les visites à domicile étaient plus longues de 3 minutes en moyenne que les consultations se déroulant au cabinet. (5)

La réalisation d'actes comme un électrocardiogramme ou la prescription d'examen complémentaires, (par exemple prise de sang) ou la rédaction d'un courrier d'adressage allongeait la consultation de 24% en moyenne. (5)

Si le patient était accompagné d'un tiers cela rallongeait la consultation de 22,5 % (5)

I.3.3. Variables attribuables au médecin

Le temps de consultation était corrélé au volume d'activité du médecin généraliste. Plus l'activité du médecin était importante plus les consultations étaient courtes. (1) (8)

Le temps de consultation était plus long si la consultation avait lieu dans un milieu urbain plutôt que rural, environ 1,5 minute de plus. L'étude montre que ce temps de consultation plus long pourrait être en rapport avec le nombre de motifs par consultation plus important concernant les patients consultant des médecins généralistes en milieu urbain.(1)

Les médecins ayant une attitude positive vis-à-vis des motifs de consultation concernant un problème de santé mentale avaient des consultations plus longues. Ils accordaient en moyenne 50 secondes supplémentaires (1)

A travers ces études, nous avons pu voir qu'il existait au moins 16 déterminants du temps de consultation, séparés en 3 grandes classes de déterminants : ceux influencés par le patient, qui comptent pour plus de la moitié (55%), ceux influencés par le médecin, qui représentent un peu moins d'un quart (22%) et ceux influencés par le système de santé du pays représentant également un peu moins d'un quart (23%). (1)

I.4. Le temps de consultation idéal

Après avoir étudié les différents facteurs ayant une incidence sur le temps de consultation, nous pouvons nous demander s'il existe un temps de consultation idéal.

Un travail de thèse mené en France a étudié la perception du temps de consultation en médecine générale par le patient et l'existence d'un facteur de satisfaction. Sur un échantillon de 120 patients, 85% trouvaient que la durée de consultation était suffisante. Pour 49% la durée idéale d'une consultation en médecine générale était de 20 minutes, Pour 30% elle était de 30 minutes et pour 14% elle était de 15 minutes. La durée idéale de consultation pour le patient est ainsi de 23,1 minutes pour une moyenne réelle de 18 minutes. (10) (8)

Une étude publiée en 2004 nous apprend que la majorité des patients sous-estime le temps de consultation. L'étude a porté sur 294 consultations, le médecin généraliste enregistrait le temps de la consultation à l'aide de l'horloge de son ordinateur, puis écrivait le temps de consultation via un code sur le questionnaire du patient. Le questionnaire du patient comportait plusieurs questions sur l'aspect du temps de consultation, le temps de consultation perçu, et le temps de consultation souhaité par le patient. Cette étude trouve un temps réel de consultation moyen de 8,96 minutes. Le temps perçu par le patient était de 8,37 minutes et le temps souhaité par le patient était de 8,85 minutes. 17% des patients ont donné une estimation du temps de consultation juste, 51% l'ont sous-estimé et 31,3% l'ont surestimé. 26% des patients étaient satisfaits du temps de consultation réel comparé au temps souhaité, 44,9% des patients souhaitaient un temps de consultation inférieur au temps de consultation réel, et 43,1% souhaitaient un temps de consultation supérieur au temps de consultation réel. Cela nous montre que le temps de consultation souhaité et le temps de consultation réel sont très proches. Le souhait du patient de vouloir un temps de consultation plus long était associé à

une satisfaction moindre concernant l'aspect émotionnel de la consultation et une moins bonne observance. L'étude en conclut que les patients qui étaient satisfaits du point de vue émotionnel, qui se sont sentis écoutés et compris, étaient satisfaits, non seulement du contenu de la consultation, mais aussi du temps de consultation, et étaient également plus enclins à suivre les conseils du médecin généraliste. (9)

II. Les motifs de consultation

II.1. Les motifs de consultation les plus fréquents

Au début des années 1990 la SFMG (Société Française de Médecine Générale) crée l'OMG (Observatoire de Médecine Générale), un réseau de médecins généralistes informatisés dont le premier objectif était de recueillir les diagnostics les plus fréquents en médecine générale (11). Dans le premier rapport de la SFMG, nous trouvons les 30 premiers résultats de consultations pour les années 1993 à 2000 (Annexe 1). L'hypertension artérielle est le premier résultat pour les 7 années, vient ensuite l'état fébrile, les dénominations hors nomenclature et la vaccination. (12)

Une des premières études concernant les motifs de consultation est la thèse de Julien Signoret qui a étudié « l'évolution du contenu de la consultation de médecine générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010 », en se basant sur les données de l'OMG. Sur 18 ans 4 027 986 consultations ont pu être recueillies et analysées. 53,94% des consultations ont été classifiées comme faisant référence à des pathologies chroniques, 29,96% à des pathologies aiguës, 9,60% à des pathologies dites intermédiaires, et 6,51% à des consultations ne concernant pas une pathologie. Les médecins généralistes traitent donc une majorité de pathologies chroniques et environ 1/3 de pathologies aiguës. La liste des 273 motifs de consultation, est classée en annexe, dont les 3 premiers sont l'hypertension artérielle, les examens systématiques et prévention, et l'hyperlipidémie. (13)

En 2004, la DRESS va essayer de définir une typologie d'actes trouvés en médecine générale. 44 000 consultations ont pu être analysées. L'hypertension artérielle est le diagnostic le plus souvent trouvé, dans près de 17% des consultations, pathologies chroniques et aiguës confondues. Concernant les pathologies aiguës, ce sont les infections des voies aériennes qui reviennent le plus souvent avec 19% des consultations. Les consultations ayant pour motif un problème psychologique ou psychiatrique représentent 10% des consultations totales. Les pathologies rhumatologiques 9%. Nous trouvons une première classification avec les 30 motifs de consultations les plus fréquents dont les 3 premiers sont « autres diagnostics », « hypertension artérielle », et « examen systématique et prévention ». Dans un deuxième temps ces motifs ont été regroupés en 8 familles, de la plus fréquente à la moins fréquente, les infections des voies aériennes, les symptômes syndromes, les problèmes gastro-entérologiques, autres, les problèmes cardiovasculaires, les problèmes psychologiques ou psychiatriques, la prévention, et les problèmes rhumatologiques. (14)

II.2. Les consultations « multi-motifs »

Une première étude publiée en 2004 dans la revue du praticien, s'est intéressée à la typologie des actes en médecine générale. Sur un total de 3142 consultations, le nombre moyen de motifs était de 2,18 par consultation. Pour 48% des consultations il n'y avait qu'un seul motif, pour 34% on trouvait 2 à 3 motifs, pour 13% 4 à 6 motifs, et pour 7% plus de 6 motifs par consultation étaient trouvés. (15)

En 2011, un travail de thèse sur l'évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation, a recensé un nombre moyen de 1,87 motif par consultation selon les médecins. Sur les 147 consultations, 37% étaient mono-motif, 44% avaient deux motifs, et 20% avaient 3 motifs ou plus. Nous reviendrons plus tard sur l'impact de la qualité d'écoute. (16)

Une thèse abordant les consultations de médecine générale menée en 2017 a trouvé une moyenne de 1,25 motif par consultation d'après les médecins. (17)

A travers ces études, nous avons pu voir qu'un peu plus de la moitié des consultations sont des consultations multi-motifs, et qu'en moyenne les médecins généralistes traitaient environ 2 motifs par consultation.

II.2.1. Le point de vue des médecins

En 2015, Aurélie Camoin a réalisé une thèse sur la perception des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône à propos de la consultation multi-motifs. Sur un échantillon de 138 médecins généralistes, 93% affirment que la multiplicité des demandes en consultation, altère la qualité de celle-ci. 64,5% pensent qu'au moins une des étapes essentielles de la démarche médicale globale est altérée (écoute des plaintes, interrogatoire, minutie de l'examen clinique, raisonnement clinique, analyse du degré d'urgence d'un motif, prescription), en particulier la rédaction des prescriptions, l'établissement du diagnostic, et la communication avec le patient. 61% des médecins généralistes trouvent que cela altère la relation médecin-malade. Concernant la prévention et l'éducation thérapeutique, 65% des médecins généralistes pensent que l'information délivrée au patient est altérée. 91% des médecins généralistes interrogés pensent que les consultations multi-motifs sont des situations à risque d'événements indésirables avec des conséquences d'ordre psychosocial, juridique et professionnel : oubli de prescrire un médicament, une fatigue physique et psychologique, une mémorisation et une vigilance altérée, un trop grand nombre de demandes entraînant des réponses incomplètes par manque de temps. (18)

Chloé Felten en 2022 a également publié une thèse sur les conséquences des consultations à motifs multiples selon les médecins généralistes, qui rejoint les résultats de la thèse de Aurélie Camoin. Cette étude rapporte plusieurs points négatifs en dehors du gain de créneau de consultation. Les 14 médecins généralistes interrogés sur la question des consultations multi-motifs rapportent une obligation de travailler plus vite, un stress majoré, un raisonnement médical altéré pouvant mener à une insatisfaction professionnelle et un épuisement professionnel, avec un retentissement direct pour le patient. D'après ces médecins cela pouvait mener à l'oubli de certains motifs, à l'oubli de prescriptions médicales, au risque de perte d'information, un risque d'erreur médicale, et une prise en charge plus à risque d'être incomplète pour le patient. Concernant la gestion du temps de consultation, les consultations

multi-motifs entraînent une charge de travail supplémentaire pour le médecin et donc un temps de consultation allongé qui se traduira par un retard dans les consultations, ce qui signifie une répercussion sur les autres patients qui attendent plus longtemps en salle d'attente. (19)

II.2.2. Le point de vue des patients

Le point de vue des patients sur les consultations à motifs multiples, a été étudié dans la thèse de Sophie Dareths Fabier à propos de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. Concernant les consultations multi-motifs, elle met en évidence que la qualité d'écoute du médecin est significativement moins bonne au-delà de 2 motifs de consultation. (16)

En 2019, une autre thèse va étudier le point de vue des patients sur les consultations à motifs multiples en médecine générale. La première motivation, concernant les patients interrogés à propos des consultations multi-motifs, était de gagner du temps, d'éviter de prendre un deuxième rendez-vous, mais paradoxalement les patients étaient inquiets que le médecin n'accorde pas assez de temps aux autres motifs de consultation, et cela pouvait entraîner un doute sur la fiabilité du diagnostic. Cette étude a mis en lumière certaines règles à respecter mises en place par les patients, concernant les consultations à motifs multiples. La première étant qu'il fallait hiérarchiser les motifs de consultation, il fallait qu'il y ait un motif principal et des motifs secondaires. La deuxième règle concernant les motifs secondaires, ceux-ci doivent être rapides et ne pas nécessiter un nouvel examen clinique, le motif typiquement trouvé est le motif administratif, tel que le renouvellement d'ordonnance. Et enfin la dernière règle, une fois que le temps de consultation est terminé, les autres motifs ne peuvent pas être abordés. (20)

L'aspect financier des consultations à motifs multiples avait également été abordé. Du côté des médecins, c'était perçu comme une perte de revenu (19) Dans la thèse de Aurélie Camoin, 83% (n=114) des médecins interrogés jugeaient que le tarif des consultations multi-motifs n'était pas adapté et devait être réévalué. (18). Du côté des patients, c'était vu comme des économies. (20).

III. L'histoire du prix de la consultation

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale définit le cadre conventionnel. « Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. » Ce sont entre ces divers partis que les négociations seront ouvertes afin de trouver des accords sur le tarif de consultation et de remboursement des consultations de médecine générale notamment.(21)

III.1. Le XXème siècle

La Charte de médecine libérale de 1927 définit l'exercice de la médecine libérale avec les principes fondateurs suivants (22) :

- La liberté de choix du médecin par le malade
- La liberté de prescription
- Le respect du secret professionnel
- Le contrôle des patients par les caisses
- Le contrôle des médecins par leurs syndicats
- La liberté de tarifs
- Le patient paie directement le médecin

L'ordonnance de 1945 (23) : Remise en question de la liberté tarifaire de la médecine libérale au profit d'honoraires définis par des conventions départementales entre médecins et caisses.

Décret Bacon 1960 : Jusqu'en 1960 aucune entente n'est parvenue à satisfaire les deux parties, médecins et caisses départementales, la liberté tarifaire s'était poursuivie jusqu'alors. Le décret Bacon du 12 mai 1960 (24) rend possible, pour chaque médecin de manière individuelle, d'adhérer à une convention avec des tarifs réglementés. Les dépassements d'honoraires seront autorisés en fonction de la situation financière du patient, de ses exigences particulières, ou encore de la notoriété dont jouit le médecin. Ces dépassements devront bien entendu être appliqués avec tact et mesure.

1969 : Un premier accord national sur le tarif de la consultation est signé. Le prix de la consultation en médecine libérale sera de 13 francs. (25)

1970 : Ce nouveau système conventionnel est un succès, 80% des médecins libéraux se sont conventionnés. (26)

1971 : Naissance d'une convention nationale avec la loi du 3 février 1971 (27). Dans cette convention nationale le paiement à l'acte du médecin devient remboursé.

Convention de 1980 (28) : Apparition d'un nouveau secteur conventionnel, le secteur 2. Les médecins du secteur 2 fixent leur propre tarif et, par conséquent, ils financent eux-mêmes leurs diverses assurances. Pour rappel, les médecins du secteur 1 respectent les tarifs de consultation fixés par la caisse et en échange sont financés pour leurs assurances maladie et vieillesse.

Convention de 1985 (29) : Revalorisation des tarifs de consultation de médecine générale, portant celle-ci à 75 francs.

Convention de 1990 (30) : Restriction du secteur 2, ouvert à tous les médecins depuis 1980. Le secteur 2 sera dorénavant limité aux seuls médecins ayant été chefs de clinique assistants, limitant ainsi les médecins à pratiquer les tarifs conventionnels.

Convention de 1993 (31) : Revalorisation de la consultation de médecine générale à 110 francs.

Convention de 1998 (32) : Passage du franc à l'euro, la consultation en médecine générale sera de 18,50 euros et de 23 euros pour une consultation approfondie annuelle pour les patients en ALD.

III.2. Le XXIème siècle

Arrêté du 28 juin 2002 (33) : consultation à 20 euros pour la consultation en cabinet et 30 euros pour la visite à domicile.

2003 (34): Revalorisation du prix de la consultation approfondie annuelle pour les patients en ALD à 26 euros.

Convention de 2011 (35) : Introduction d'une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) en plus de la rémunération à l'acte du médecin généraliste et revalorisation de la consultation de médecine générale à 23 euros.

Convention de 2016 (36) : Revalorisation du tarif de la consultation de médecine générale à 25 euros. Création d'un forfait patientèle et d'un forfait structure.

Arrêté du 1^{er} aout 2018 (37) : Création d'une visite longue et complexe pour les patients en soins palliatifs, pour la première visite à domicile pour les patients âgés de plus de 80 ans n'ayant pas de médecin traitant, et pour les patients en ALD rencontrant des difficultés pour se déplacer. Le prix de cette consultation sera de 35 euros.

Arrêté du 22 septembre 2021 (35) : Revalorisation du prix de la VL, à 75 euros, dans la limite d'une consultation par semestre soit 4 fois par an.

Arrêté du 28 avril 2023 (38) : Revalorisation de la consultation de médecine générale à 26,50 euros. Création d'une consultation initiale d'inscription d'un patient en ALD à un médecin traitant, à un tarif de 60 euros.

III.3. Evolution du prix de la consultation en médecine générale

Voici un tableau tiré de la revue « la chronologie des chiffres de la CARMF » en 2022. Il reprend le prix de la consultation en médecine générale libérale, en euros courant de 1967 jusqu'à 2017.

Date	Valeur
01/05/1967	2,13 €
01/11/1968	2,44 €
01/05/1970	2,59 €
01/05/1971	2,74 €
01/11/1971	3,05 €
01/07/1972	3,20 €
15/11/1972	3,35 €
01/05/1974	3,51 €
01/09/1974	3,81 €
01/01/1975	4,12 €
15/06/1975	4,42 €
01/11/1975	4,57 €
01/07/1976	4,88 €
15/05/1977	5,03 €
01/10/1977	5,18 €
15/02/1978	5,34 €
15/07/1978	5,79 €
26/02/1979	6,10 €
07/07/1980	7,01 €
05/01/1981	7,62 €
15/07/1981	8,38 €
15/11/1982	9,15 €
15/03/1983	9,91 €
15/05/1984	10,67 €
07/06/1985	11,43 €
18/12/1986	12,20 €
01/09/1987	12,96 €
01/04/1990	13,72 €
06/05/1992	15,24 €
01/07/1994	16,01 €
01/03/1995	16,77 €
01/04/1998	17,53 €
01/02/2002	18,50 €
01/07/2002	20,00 €
01/08/2006	21,00 €
01/07/2007	22,00 €
01/01/2011	23,00 €
01/05/2017	25,00 €*

Suppression des zones A et B le 1^{er} novembre 1975.

Le tableau indique le C de la zone A jusqu'à cette date.

* A compter du 1^{er} mai 2017, une nouvelle lettre « G » est fixée à 25 € pour les généralistes de secteurs I et II adhérents à l'OPTAM (incluant le tarif de la consultation « C » à 23 € + une majoration de médecine générale (MMG) de 2 €).

Figure 1: Evolution du prix de la consultation de médecine générale

IV. Les différents modes de rémunération existants

Le paiement à l'acte consiste à payer le médecin pour chaque acte effectué. Les honoraires seront proportionnels au prix des actes ainsi qu'à leur quantité. Ce type de rémunération incite les médecins à augmenter leur productivité en réalisant plus d'actes. Les médecins peuvent réaliser plus d'actes soit en augmentant leurs horaires de travail, soit en diminuant le temps de consultation au détriment des patients. (39)

La capitation consiste en une rémunération du médecin basée sur le nombre de patients qu'il suit, peu importe le nombre d'actes réalisés ou le nombre de fois que le patient est vu. Les médecins peuvent augmenter leur rémunération en acceptant de suivre un grand nombre de patients, et donc de voir chaque patient moins de fois dans l'année. (39)

Le salariat consiste à payer le médecin selon un temps de travail fixe. Comme pour la capitation le nombre d'actes n'entre pas en ligne de compte pour la rémunération. Ce type de rémunération tend à favoriser des consultations plus longues, avec de la prévention et/ou de l'éducation thérapeutique. Cependant il y aurait une tendance à la baisse de productivité. (39)

IV.1. Les différents systèmes de soins en Europe

Le système de santé britannique suit le modèle beveridgien. Les lignes directrices du NHS (National Health Service) sont : une couverture universelle pour tout résident du Royaume-Uni, la gratuité des soins et un accès égalitaire pour tous les patients, des soins de qualité, un service à but non lucratif qui est financé par les impôts. Ce système de santé est géré uniquement par l'Etat, peu de patients ont une assurance complémentaire qui sert essentiellement aux soins privés. Au Royaume-Uni la médecine ambulatoire est composée des médecins généralistes (general practitioners). Les médecins généralistes passent un contrat avec le NHS qui est négocié entre celui-ci et le principal syndicat des médecins. Il existe 3 types de contrats. Le premier type de contrat est le newGMS (New General Medical Service). Il est directement négocié au niveau national, il encourage la délégation des tâches aux infirmières qui prennent en charge 35% des consultations. Un essai de rémunération à la performance (Quality and Outcomes Framework) a été instauré avec comme grande famille d'objectifs : la qualité clinique, l'organisation du cabinet, la satisfaction du patient et les actes de gynécologie obstétrique. Une majoration de ces objectifs est prévue chaque année afin d'avoir une amélioration constante de la qualité des soins. Le deuxième type de contrat est le PMS (Personal Medical Service). Il est signé entre le médecin généraliste et la structure locale. Le choix du médecin généraliste est libre, mais restreint sur une certaine zone géographique. C'est le médecin généraliste qui redirige le patient vers d'autres spécialistes si nécessaire. (40) (41) (42)

La Suède, le Danemark, la Finlande, ont des systèmes de santé semblables, s'inspirant du système beveridgien. Ils ont une couverture universelle financée par l'impôt et majoritairement publique. Ils ont une politique très orientée vers la prévention et la promotion de la santé. Les soins sont majoritairement gratuits, il existe cependant quelques tickets modérateurs. C'est le médecin généraliste qui redirige le patient vers d'autres spécialistes si nécessaire. En Suède, les médecins généralistes exercent dans des maisons de santé pluridisciplinaires avec notamment des sages femmes, des infirmières et des kinésithérapeutes. La première consultation a toujours lieu avec l'infirmière qui décide si le patient doit être vu par le médecin généraliste. En Finlande, les infirmières peuvent directement adresser les patients aux autres spécialistes sans passer par le médecin généraliste. En Suède, les médecins généralistes sont rémunérés au salariat et à la capitation en fonction du nombre de patients suivis. En Finlande, les médecins généralistes sont payés majoritairement en salariat puis une partie à la capitation en fonction du sexe et de l'âge des patients, et une faible partie de paiement à l'acte. Au Danemark, les médecins généralistes sont rémunérés à l'acte et aussi par capitation en fonction du nombre de patients suivis. (43) (44) (45) (46) (47) (48)

Le système de santé allemand est un système bismarckien basé sur une assurance professionnelle. L'Allemagne est le premier pays à avoir créé un système de sécurité sociale nationale. L'assurance maladie est obligatoire, le risque maladie y est financé en grande partie par les cotisations sociales, indépendamment du revenu et du risque de pathologie de chaque patient. Dans leur grande majorité, les médecins généralistes libéraux allemands exercent en cabinet. Ils sont rémunérés sur la base d'une enveloppe allouée à chaque région, à répartir entre tous les médecins de toutes les spécialités confondues. Cette enveloppe est fixée en fonction de la dépense moyenne de l'année précédente. Elle est répartie ensuite sous une forme de paiement à l'acte, en fonction des actes selon les recommandations EBM. Au-dessus d'un certain nombre d'actes, les médecins sont rémunérés de façon dégressive, afin de réduire l'effet négatif du paiement à l'acte qui est l'augmentation du nombre de consultations. Une rémunération au forfait est également prévue pour les consultations de prévention et d'éducation thérapeutique. C'est le médecin généraliste qui redirige le patient vers d'autres spécialistes si nécessaire. (39) (49) (50) (51)

Le système de santé des Pays Bas est d'inspiration bismarckienne. Il comporte 3 niveaux d'assurances. Le premier niveau concerne la prise en charge des soins coûteux et de longue durée. Il est financé par l'impôt sous forme de cotisations sociales. Le deuxième niveau concerne les soins courants, il est financé directement par le patient à l'assurance de son choix, et en partie par l'employeur. Le troisième niveau est facultatif, il correspond à une assurance complémentaire, environ 90% des patients en ont une. Aux Pays-Bas, l'offre est en majorité privée avec des médecins généralistes libéraux. Les médecins généralistes des Pays-Bas effectuent des actes de petite chirurgie, d'obstétrique et de fin de vie. La continuité des soins est primordiale, un médecin généraliste à proximité doit être disponible 24h sur 24 et 7 jours sur 7. C'est le médecin généraliste qui redirige le patient vers d'autres spécialistes si nécessaire. Ils sont rémunérés par un paiement à l'acte pour les consultations au cabinet, à domicile et par téléphone, et par capitation en fonction de l'âge des patients et de l'activité en zone défavorisée. (52) (53)

IV.2. Le système de santé français

Le système de santé français emprunte à la fois des caractéristiques aux systèmes de santé bismarckien et beveridgien. Il emprunte au système beveridgien l'universalité, ce qui veut dire que l'adhésion à la sécurité sociale est obligatoire pour tous les patients. On trouve des similitudes avec le système de santé bismarckien concernant les cotisations sociales qui sont à la fois versées par le salarié et par l'employeur. Le régime de sécurité sociale n'est pas dirigé par l'Etat mais par des partenaires sociaux. (54)

Aujourd'hui les médecins généralistes ont deux sources de revenu, le paiement à l'acte, selon la classification CCAM et la rémunération par forfait, avec la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), le forfait structure, et le FPMT (Forfait Patientèle Médecin Traitant).

La ROSP est versée aux médecins traitants conventionnés en fonction de plusieurs indicateurs. Pour les patients adultes, les indicateurs sont organisés autour de 3 grands volets : le suivi des pathologies chroniques (diabète, HTA, risque cardio-vasculaire), la prévention (grippe, dépistage des cancers, iatrogénie, antibiothérapie, conduites addictives) et l'efficacité des prescriptions (prescription dans le répertoire, biosimilaires, efficacité des prescriptions). Pour les patients enfants, ils sont organisés autour de 2 grands volets : le suivi des pathologies

chroniques (asthme) et la prévention (obésité, vaccination, antibiorésistance, dépistage des troubles sensoriels, dépistage des troubles des apprentissages, suivi bucco-dentaire). Cette rémunération est annuelle et ouverte à tout médecin traitant libéral et conventionné, elle permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée. Elle contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention. Pour l'adulte, elle repose donc actuellement sur 29 indicateurs de pratique clinique ce qui représente un maximum de 940 points (8 indicateurs sur le suivi des pathologies chroniques soit 220 points, 12 indicateurs sur la prévention soit 390 points, 9 indicateurs sur l'efficacité des prescriptions soit 330 points). En notant que la valeur du point équivaut à 7 euros. (55)

Le forfait structure est un forfait versé aux médecins conventionnés afin de moderniser les cabinets médicaux. Il est composé de 2 volets. Le premier volet est dédié à l'équipement du cabinet, avec un logiciel référencé Ségur, un Sesam vitale addendum 8, un taux de télétransmission supérieur à deux tiers et l'affichage des horaires du cabinet. Le premier volet comporte un total de 280 points. Le deuxième volet concerne les démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients avec 883 points. Comme pour la ROSP la valeur d'un point est de 7 euros. (56)

Le FMT est versé aux médecins conventionnés en fonction des patients pour lesquels ils sont déclarés en médecin traitant en tenant compte de leur âge et de leur pathologie. La rémunération est effectuée comme indiqué dans le tableau suivant. (57)

Tableau 1: Détail de la valorisation du FMT

Caractéristique du patient	Précision	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6 euros
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	46 euros
Patient de moins de 80 ans et en ALD	Y compris les enfants de 0 à 6 ans en ALD	46 euros
Patient de 80 ans ou plus et en affection de longue durée	ALD	70 euros
Autres patients	7 à 79 ans hors ALD	5 euros

Le système de santé français rémunère ses médecins généralistes à l'acte, à la capitation avec le FMT et à l'objectif avec la ROSP.

Nous pouvons voir que les divers systèmes de santé étudiés précédemment utilisent des schémas de rémunération mixte. Cette diversification des sources de revenus des médecins généralistes permet de combiner les avantages et de limiter les inconvénients de chacun de ces modèles. (58)

Le médecin généraliste est sollicité pour une multitude de motifs qui peuvent parfois être très différents les uns des autres. Cela va de la consultation de prévention au suivi de patients polypathologiques, en passant par la consultation pour une affection aiguë. Or, la praticité

d'avoir un créneau de consultation fixe ne permet pas toujours au médecin de prendre le temps qu'il juge nécessaire avec le patient.

De plus, malgré un grand nombre de cotations possibles, elles sont parfois inadaptées.

L'OMG créé en 1992 avait pour but de faire un relevé des pratiques des médecins généralistes en temps réel et en continu, notamment les diagnostics les plus fréquents regroupés sous l'acronyme DRC (Dictionnaire des Résultats de Consultation). Aujourd'hui, l'OMG n'est plus fonctionnel. Cependant, un nouveau projet ambitieux faisant partie de l'objectif France 2030, nommé P4DP (Platform for data in primary care), est en train de voir le jour. À l'image de l'OMG, il a pour objectif de collecter les données des médecins généralistes et de leurs patients via le logiciel médical. Cela permettra de mettre en lumière la diversité des motifs auxquels les médecins généralistes sont confrontés, leur complexité et les moyens mis en œuvre par le médecin généraliste pour y répondre afin de prendre en charge le patient de façon optimale.

Nous avons voulu recueillir l'avis des médecins généralistes à notre échelle, dans le département de la Haute-Vienne, pour pouvoir répondre à la question suivante : quel temps de consultation semble-t-il être le plus adapté en fonction du motif ?

Méthode

I. Type d'étude

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

II. Objectifs

Notre objectif principal était d'évaluer les variations du temps de consultation en fonction du motif de consultation. Notre objectif secondaire était d'évaluer le souhait des médecins concernant la revalorisation du prix de la consultation en fonction du temps et du motif de consultation.

III. Description du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire (Annexe 2) sur un logiciel de traitement de texte. La première partie du document comportait un guide avec les consignes de remplissage du questionnaire. Ainsi que les informations nécessaires pour retourner le questionnaire par e-mail ou par voie postale à l'investigateur principal. La deuxième partie du questionnaire comportait des questions visant à identifier les modes d'exercice et les caractéristiques des médecins généralistes. La dernière partie était composée d'un tableau, avec une colonne pour le motif principal de consultation, une colonne pour le temps passé, une autre pour le temps idéal, et une dernière colonne pour le montant de revalorisation souhaité.

Le questionnaire a été envoyé par e-mail aux médecins généralistes de la Haute-Vienne, via la mailing liste du conseil de l'Ordre. Le message se composait d'une présentation de notre projet de thèse, et invitait les médecins généralistes à compléter le questionnaire sur deux jours de consultation.

IV. Population

La population ciblée lors de cette étude était constituée des médecins généralistes exerçant en libéral en Haute-Vienne.

V. Analyse statistique

Les données recueillies via les questionnaires ont été retranscrites dans un fichier Excel pour permettre le calcul des effectifs, des écarts-types et des moyennes.

VI. Classification des motifs de consultation

Les motifs de consultation ont été inspirés par la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) développée par la World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) (Annexe 3). La famille "Général et non spécifié" a été séparée en deux familles distinctes. La famille "Problèmes sociaux" a été renommée "Médico-social". Ont été ajoutées les familles "Réévaluation de traitement", "Résultat d'examen", "Suivi pédiatrique" et "Odontologie". Au total, il y a 22 familles de motifs de consultation. Seul le premier motif de consultation figurant dans la case "motif principal" a été sélectionné.

Résultats

I. Taux de participation et diagramme de flux

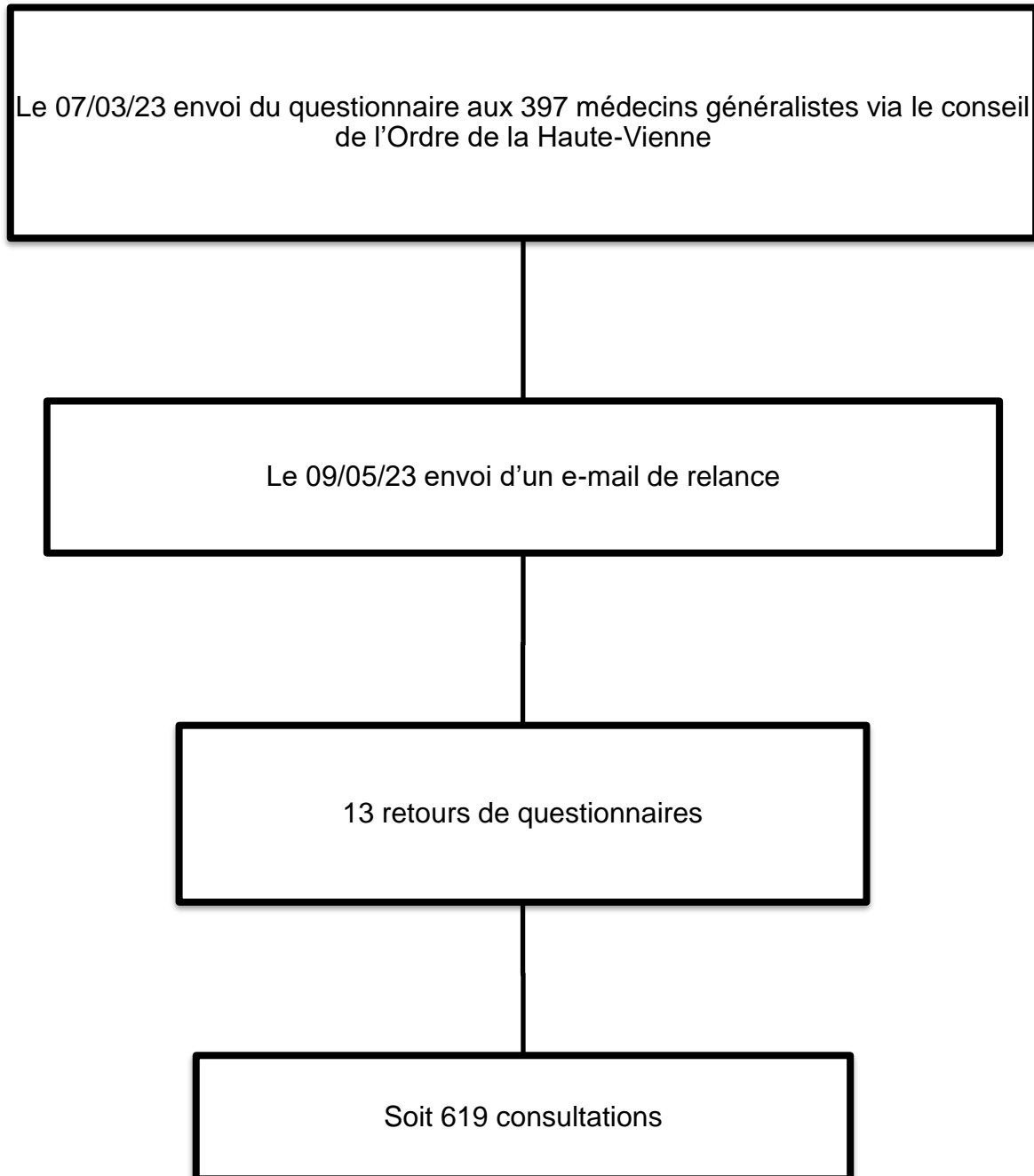


Figure 2 : Diagramme de flux

Le taux de participation des médecins généralistes de la Haute-Vienne est de 3,27%.

Les médecins généralistes ont rempli environ 3 pages de consultations chacun, soit une moyenne de 47 consultations par médecins répondants.

II. Profils des médecins généralistes répondants

Tableau 2: Caractéristiques de la population

Caractéristiques de la population	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Genre		
Femme	11	84,61
Homme	2	15,38
Lieu d'exercice		
Urbain	6	46,15
Semi-rural	2	15,38
Rural	5	38,46
Mode d'exercice		
En centre de santé	1	7,69
En groupe médical	7	53,84
En groupe pluridisciplinaire	4	30,76
Isolé	1	7,69
MSU		
Oui	9	62,23
Non	4	30,76
Créneaux de consultation		
15 minutes	6	46,15
20 minutes	7	53,84

L'âge des médecins généralistes répondants est en moyenne de 43 ans, avec une médiane de 41 ans et un écart-type de 8,52 ans.

III. Consultations

III.1. Motif de consultation

Tableau 3: Motifs de consultations

Motif	Nombre de consultation (n=)	Pourcentage (%)
Réévaluation de traitement	147	23,75
Général	62	10,02
Musculo-squelettique	54	8,72
ORL	42	6,79
Respiratoire	40	6,46
Psychologique	34	5,49
Dermatologique	32	5,16
Cardiovasculaire	30	4,84
Médico-Social	30	4,84
Système digestif	26	4,20
Neurologique	26	4,20
Suivi pédiatrique	21	3,39
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	18	2,91
Non précisé	17	2,75
Ophthalmologique	7	1,13
Grossesse, accouchement, et planification familiale	7	1,13
Système urinaire	6	0,97
Résultat d'examen	6	0,97
Sang, système hématopoïétique et immunologique	4	0,65
Système génital féminin et sein	4	0,65
Système génital masculin	4	0,65
Odontologie	2	0,32

Les 3 motifs les plus fréquents sont « réévaluation de traitement », « général » et « musculosquelettique », avec respectivement 147, 62 et 54 consultations.

Tableau 4: Motifs de réévaluation de traitement

Réévaluation de traitement	
Motif	Nombre de consultation
Polypathologique	19
Cardiovasculaire	23
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	19
Psychologique	8
Système digestif	4
Sang, système hématopoïétique et immunologique	3
Musculo-squelettique	3
Pneumologique	2
Neurologique	1
Dermatologique	1
Système urinaire	1

Sur les 147 consultations pour réévaluation de traitement, nous avons pu en analyser 64 dans le détail. Sur ces 64 consultations 19 étaient des réévaluations de traitement polypathologique. Les pathologies pour lesquelles nous trouvons le plus de réévaluation de traitement sont les pathologies cardiovasculaires et de la famille « Métabolique, nutritionnel et endocrinien ».

III.2. Temps réel de consultation

Tableau 5: Temps réel de consultation en fonction du motif

Motif	Moyenne temps réel (en min)
Psychologique	25
Suivi pédiatrique	23,81
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	22,61
Grossesse, accouchement, et planification familiale	21,43
Système génital féminin et sein	21,25
Neurologique	20,73
Cardiovasculaire	19,67
Réévaluation de traitement	19,63
Général	19,53
Système urinaire	19,17
Système génital masculin	18,75
Musculo-squelettique	18,61
Système digestif	18,04
Médico-Social	17,9
Respiratoire	17,25
Non précisé	16,65
Résultat d'examen	15,83
Sang, système hématopoïétique et immunologique	15,25
Odontologie	15
Dermatologique	14,69
ORL	14,36
Ophtalmologique	14
Moyenne	17,78

La durée effective des consultations varie de 5 minutes à 60 minutes. Parmi les 619 consultations, 4 d'entre elles étaient de 5 minutes, concernant les motifs "ORL," "Médico-social," et deux pour des problèmes "Dermatologiques". Deux consultations ont duré 60 minutes, avec les motifs "Général" et "Psychologique". La moyenne totale de temps de consultation est de 17,78 minutes.

III.3. Temps idéal de consultation

Tableau 6: Temps idéal de consultation en fonction du motif

Motif	Moyenne temps idéal (en min)
Psychologique	28,82
Suivi pédiatrique	26,19
Grossesse, accouchement, et planification familiale	25
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	23,61
Neurologique	21,73
Général	20,89
Cardiovasculaire	20,67
Réévaluation de traitement	20,09
Système urinaire	20
Système génital féminin et sein	20
Système génital masculin	20
Système digestif	19,88
Médico-Social	18,73
Musculo-squelettique	18,61
Respiratoire	17,38
Non précisé	17,24
Résultat d'examen	15,83
Dermatologique	15,78
Ophtalmologique	15,71
ORL	15,5
Sang, système hématopoïétique et immunologique	15,25
Odontologie	15
Moyenne	19,63

Nous observons un temps idéal de consultation qui varie également de 5 à 60 minutes. Parmi les 619 consultations, nous constatons 2 consultations avec un temps idéal de 5 minutes, attribuées aux motifs "Médico-social" et "Dermatologique". Une consultation présente un temps idéal de 60 minutes pour le motif "Psychologique". Et une moyenne totale du temps idéal de consultation de 19,63 minutes.

III.4. Différence entre le temps réel et le temps idéal

Tableau 7: Différence entre le temps réel et le temps idéal de consultation en fonction du motif.
Erratum

Motif	Moyenne temps réel (en min)	Moyenne temps idéal (en min)	Delta moyenne Temps idéal Temps Réel (en min)
Psychologique	25	28,82	+3,82
Grossesse, accouchement, et planification familiale	21,43	25	+3,57
Suivi pédiatrique	23,81	26,19	+2,38
Système digestif	18,04	19,88	+1,84
Ophthalmologique	14	15,71	+1,71
Général	19,53	20,89	+1,36
Système génital masculin	18,75	20	+1,25
ORL	14,36	15,5	+1,14
Dermatologique	14,69	15,78	+1,09
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	22,61	23,61	+1
Neurologique	20,73	21,73	+1
Cardiovasculaire	19,67	20,67	+1
Médico-Social	17,9	18,73	+0,83
Système urinaire	19,17	20	+0,83
Non précisé	16,65	17,24	+0,59
Réévaluation de traitement	19,63	20,09	+0,46
Respiratoire	17,25	17,38	+0,13
Musculo-squelettique	18,61	18,61	0
Résultat d'examen	15,83	15,83	0
Sang, système hématopoïétique et immunologique	15,25	15,25	0
Odontologie	15	15	0
Système génital féminin et sein	21,25	20	-1,25
Moyenne			1,03

Nous avons calculé la différence de temps entre le temps réel de consultation et le temps que les médecins généralistes auraient souhaité passer avec leur patient, pour chaque famille de motif de consultation. En moyenne, les médecins généralistes aimeraient passer 1,03 minute (Erratum) de plus avec leur patient.

Les familles de motifs de consultation pour lesquelles les médecins généralistes ne souhaiteraient pas passer plus de temps sont le « Sang, système hématopoïétique et immunologique », le « Musculo-squelettique », le « Résultat d'examen » et « l'odontologie ». Les médecins généralistes souhaiteraient passer plus de temps pour toutes les autres familles de motifs, avec en tête la famille de motifs « Psychologique » avec 3,82 minutes supplémentaires.

III.5. Le souhait de revalorisation

Tableau 8: Souhait de revalorisation en fonction du motif

Motif	Moyenne de revalorisation (en euros)
Psychologique	8,85
Non précisé	8,53
Suivi pédiatrique	8,09
Réévaluation de traitement	7,61
Système urinaire	7,5
Grossesse, accouchement, et planification familiale	7,14
Médico-Social	5,83
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	5,39
Général	5,32
Musculo-squelettique	5,09
Système génital masculin	5
Système digestif	4,42
Résultat d'examen	4,17
Système génital féminin et sein	3,75
Cardiovasculaire	3,67
Neurologique	3,46
Dermatologique	3,03
Ophthalmologique	2,86
ORL	2,62
Respiratoire	2,5
Sang, système hématopoïétique et immunologique	1,25
Odontologie	0
Moyenne	5,51

Nous avons trouvé un souhait de la revalorisation de la consultation par les médecins généralistes de 5,51 euros en moyenne.

La famille de motifs de consultation pour laquelle les médecins généralistes ne souhaitent pas de revalorisation est la famille "Odontologie". En revanche, la famille pour laquelle les médecins généralistes souhaitent la plus grosse valorisation est la famille "Psychologique", avec 8,85 euros en moyenne. Il est à noter que c'est également la famille où les médecins généralistes passent le plus de temps avec leurs patients et celle où ils souhaiteraient passer plus de temps que ce qu'ils passent actuellement.

III.6. Tableau récapitulatif

Tableau 9: Tableau récapitulatif

Motif	Nombre de consultation (n=)	Moyenne temps réel (en min)	Moyenne temps idéal (en min)	Moyenne revalorisation (en euros)
Non précisé	17	16,65	17,24	8,53
Général et non spécifié	62	19,53	20,89	5,32
Sang, système hématopoïétique et immunologique	4	15,25	15,25	1,25
Système digestif	26	18,04	19,88	4,42
Ophthalmologique	7	14	15,71	2,86
ORL	42	14,36	15,5	2,62
Cardiovasculaire	30	19,67	20,67	3,67
Musculo-squelettique	54	18,61	18,61	5,09
Neurologique	26	20,73	21,73	3,46
Psychologique	34	25	28,82	8,85
Respiratoire	40	17,25	17,38	2,5
Dermatologique	32	14,69	15,78	3,03
Métabolique, nutritionnel et endocrinien	18	22,61	23,61	5,39
Système urinaire	6	19,17	20	7,5
Grossesse, accouchement, et planification familiale	7	21,43	25	7,14
Système génital féminin et sein	4	21,25	20	3,75
Système génital masculin	4	18,75	20	5
Médico-Social	30	17,9	18,73	5,83
Réévaluation de traitement	147	19,63	20,09	7,61
Résultat d'examen	6	15,83	15,83	4,17
Suivi pédiatrique	21	23,81	26,19	8,09
Odontologie	2	15	15	0

Le motif avec le plus grand nombre de consultations est la réévaluation de traitement, avec 147 consultations. Le motif avec le moins de consultations est l'odontologie avec 2 consultations, c'est aussi le motif pour lequel aucune revalorisation n'est demandée, et le motif pour lequel les médecins généralistes ont indiqué le temps idéal le plus faible, soit 15 minutes. Le motif avec le temps réel le plus faible est l'ophtalmologie. Le motif avec le temps réel et le temps idéal les plus élevés, avec respectivement 25 minutes et 28,82 minutes, est le motif psychologique. C'est également pour celui-ci que le souhait de revalorisation du prix de la consultation est le plus élevé, à 8,85 euros.

Discussion

Le temps idéal de consultation en fonction du motif est en moyenne plus élevé de 1,03 minutes que le temps réel. Le motif de consultation pour lequel les médecins généralistes souhaiteraient passer le plus de temps sont les motifs de la famille « Psychologique ».

I. Validité interne

I.1. Matériel et méthode

Dans un premier temps nous avons choisi de faire un questionnaire standardisé avec une liste de famille de motifs de consultations, en face de laquelle le médecin répondant aurait pu écrire son temps idéal de consultation et son éventuel souhait de revalorisation. Lorsque que nous avons proposé ce questionnaire à la commission des thèses, il nous a plutôt été conseillé de faire un recueil de données.

Pour mener notre étude observationnelle, descriptive et déclarative, nous avons donc suivi le conseil de la Commission et nous avons créé un auto-questionnaire diffusé auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne. Ce questionnaire comportait un tableau afin de recueillir le motif de consultation, le temps réel de la consultation, le temps idéal de consultation selon le médecin et le souhait ou non de revalorisation.

Le fait d'avoir choisi un tableau vide à remplir par le médecin, permet de recueillir la réalité du terrain et d'être au plus proche de la réalité des consultations de médecine générale, ce qui en fait sa force. En revanche il est vrai que cela demande un investissement de la part du médecin généraliste de remplir ce tableau à la fin de chaque consultation. Ce qui a pu démotiver certains médecins de participer à cette étude et a limité le nombre de réponses recueillies.

Le peu de médecins qui a rempli notre questionnaire l'a fait sur plusieurs jours, ce qui nous a permis d'avoir un nombre de consultations conséquent. Un total de 619 consultations, soit une moyenne de 47,6 consultations par médecin.

Nous avons choisi de diffuser notre questionnaire à partir du mois de mars, afin d'éviter la période hivernale et ses nombreuses viroses. Cela aurait pu augmenter de manière significative le nombre de consultations pour les familles de motifs « ORL » et « Pneumologique ».

Le relevé de consultation peut comporter deux biais. Le biais de mémorisation, si le médecin choisissait de remplir le fichier à la fin de la journée. Le biais déclaratif, concernant le motif de consultation et le temps de consultation. Le motif de consultation peut être erroné ou mal sélectionné si la consultation comportait plusieurs motifs. Le temps de consultation peut être majoré si celle-ci était une consultation à motifs multiples.

Notre étude peut comporter un biais de sélection. Les médecins ayant répondu au questionnaire étaient peut-être plus intéressés par le sujet et avaient peut-être des souhaits de revalorisation plus importants que l'ensemble des médecins généralistes en France.

I.2. Population de l'étude

Le faible taux de médecins généralistes répondants (3,27%) ne nous permet pas de prétendre à la représentativité de la population globale de médecins généralistes français. Concernant le lieu d'exercice nous avons presque une égalité, avec 6 médecins exerçant en milieu urbain et 5 en milieu rural. Le type d'exercice des médecins généralistes répondant est en majorité un exercice en groupe médical avec 53,84%. Notre population représente tous les types d'exercices avec aussi, des médecins exerçant en groupe pluridisciplinaire, en maison de santé, et de façon isolée.

La moyenne d'âge des médecins répondants est de 43,07 ans ce qui correspond à un échantillon plutôt jeune de médecins. L'Ordre national des médecins recense une moyenne d'âge des médecins généralistes de 50 ans, plus précisément pour le département de la Haute-Vienne la moyenne d'âge des médecins généralistes se situe entre 48,5 et 49,3 ans (59). Nous pouvons penser que les jeunes médecins sont plus enclins à regarder leurs mails et que de ce fait ils ont été plus nombreux à répondre à notre questionnaire de thèse. De plus les jeunes médecins se sentent peut-être plus concernés par une étude pouvant ouvrir sur un débat sur l'avenir de leurs pratiques.

Les femmes sont majoritaires dans notre échantillon. En 2022, il y a 52,5% de médecins généralistes de genre féminin en France (59). Dans notre étude 84,61 % des médecins généralistes répondants sont des femmes, ce qui entraîne une surreprésentation de celles-ci. Cela pourrait être due à un plus grand intérêt porté par les femmes médecins généralistes au sujet de l'étude.

Une majorité des MSU ont répondu à notre questionnaire, 62,23%. La Haute-Vienne recense 72 MSU sur les 397 médecins généralistes, soit 18,14%. Nous avons donc une surreprésentation de MSU dans notre échantillon. Ceci peut s'expliquer par l'intérêt qu'ils portent aux travaux universitaires, et leur investissement dans ceux-ci.

I.3. Sélection du motif de consultation

Nous avons choisi de prendre uniquement le motif principal de chaque consultation afin de faciliter le recueil. Nous avons demandé aux médecins généralistes répondants d'inscrire dans le tableau le motif principal de la consultation. Or cette consigne n'a pas été toujours respectée. Nous avons donc sélectionné le premier motif inscrit dans la case, en pensant que le médecin aurait écrit les motifs en commençant par le plus important. Cela a créé un biais de sélection, nous ne pouvons être sûr d'avoir sélectionné le bon motif en motif principal.

II. Validité externe

II.1. Résultats

II.1.1. Les motifs de consultations

Le motif de consultation pour lequel les médecins généralistes sont le plus sollicités est la réévaluation de traitement. Nous avons décidé d'approfondir notre recherche en termes de motif de consultation. A quoi correspond la réévaluation de traitement ? Nous avons pu voir qu'il consiste majoritairement au renouvellement d'ordonnance des patients atteints de maladie cardiovasculaire ou endocrinologique. Ce qui correspond au suivi des patients ayant des pathologies chroniques. Ce résultat est également trouvé dans plusieurs travaux : Julien

Signoret trouve dans sa thèse 53,94% des consultations pour des pathologies chroniques et 12,55% pour suivi d'hypertension artérielle (13) ; l'étude de la DRESS de 2002 trouve 42% des consultations pour le contrôle ou suivi d'une affection chronique stable, et l'hypertension artérielle comme motif le plus fréquent (14) ; Lafita Petitjean trouve le renouvellement d'ordonnance en tête dans son étude menée en 2017, avec l'hypertension artérielle pour principal motif (17) ; de même pour l'étude ECOGEN qui trouve le renouvellement d'ordonnance en tête des motifs de consultations (6). Pour les études ayant détaillé les motifs de renouvellement d'ordonnance, nous trouvons pour motif principal l'hypertension artérielle. Ceci correspond également à nos résultats, avec pour principale famille de motifs, le motif cardiovasculaire. Justine Labbé a interrogé les médecins généralistes par rapport à la consultation de renouvellement de traitement, et a pu mettre en évidence le rôle de suivi du patient et celui de coordonnateur avec les autres spécialistes. Elle met également en avant qu'il ne s'agit pas simplement d'un renouvellement, mais d'une consultation complexe avec remise en question et réévaluation du traitement. (60)

La seconde famille de motifs pour laquelle le médecin généraliste est sollicité, est la famille « général ». Cette famille de motifs regroupe des symptômes tels que la fièvre, les polyalgies, asthénie, malaise, syndrome viral, mais aussi des consultations de premier contact avec des nouveaux patients, des suivis post-hospitalisation, et des bilans annuels. Cela reflète bien le rôle du médecin généraliste qui prend en charge le patient dans sa globalité. (61)

Le médecin généraliste est moins sollicité pour les problèmes odontologiques, ce qui semble cohérent étant donné que l'odontologie est un corps de métier à part.

Une des familles de motifs que nous trouvons parmi les moins fréquentes est le système génital féminin et sein, famille qui fait appel à la gynécologie. Le médecin généraliste est possiblement moins sollicité pour cette famille de motifs car les gynécologues sont en accès direct pour le patient. Dans une étude menée en 2008 sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, 91% des femmes considéraient les gynécologues plus compétents que les médecins généralistes pour assurer leur suivi. (62) Dans une autre étude nous apprenons que seulement 29,3% des femmes ont consulté un médecin généraliste pour un motif d'IST contre 69% un gynécologue. Dans cette même étude concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus les médecins généralistes étaient à l'origine de 21,9% de prescription de frottis, contre 76,1% pour les gynécologues. (63) Ceci montre une possible méconnaissance des femmes sur les compétences du médecin généraliste dans le suivi gynécologique. Cependant le médecin généraliste reste souvent le médecin de premier recours car la démographie des gynécologues est en baisse constante depuis 2010 avec une diminution de 1746 gynécologues en exercice. (59)

II.1.2. Le temps réel de consultation

Les deux motifs de consultation pour lesquels les médecins généralistes ont passé le plus de temps sont les motifs psychologiques et le suivi pédiatrique avec respectivement 25 et 23,81 minutes. Nous pouvons en effet facilement penser que ces deux motifs peuvent demander un temps de consultation plus long. Les patients venant pour un problème psychologique peuvent avoir besoin de plus de temps pour s'exprimer, et le médecin généraliste doit prendre plus de temps pour les écouter. Ce résultat est en effet en accord avec l'étude menée en 2002 dans les 6 pays européens et avec l'étude la DRESS menée en 2002.(1) (5)

Concernant le suivi pédiatrique, nous pouvons penser que pour les nourrissons un certain temps sera dédié au déshabillage et à l'habillage de l'enfant. Pour les enfants plus âgés une double anamnèse peut être nécessaire : l'interrogatoire de l'enfant afin de recueillir son ressenti, et l'interrogatoire du ou des parents qui peut être complémentaire et nous apporter d'autres informations. Louise Dendaletche, dont la thèse étudie les consultations pédiatriques en médecine générale, trouve un temps de consultation moyen de 26 minutes. (64)

Les consultations pour lesquelles le médecin généraliste passe le moins de temps sont les motifs ophtalmologiques et ORL. Le médecin généraliste peut être limité dans son examen clinique, car l'utilisation de matériel spécialisé peut être nécessaire et il faudra alors orienter le patient chez le spécialiste adéquat. Une deuxième hypothèse serait que les motifs de ces deux familles soient des pathologies aiguës de type rhinopharyngite ou conjonctivite et donc nécessitant moins de temps de consultation. Lamia Kaci Mahammed, dont le travail de thèse porte sur l'analyse des pratiques des médecins généralistes dans les affections fébriles, trouve que les avis spécialisés demandés sont majoritairement des avis ORL. Dans son étude ce sont les affections ORL qui viennent en deuxième position. (65)

La moyenne du temps réel de consultation que nous avons trouvée est de 17,78 minutes; moyenne supérieure à celle trouvée dans l'étude ECOGEN en 2014, avec pour rappel 16,7 minutes (6), mais inférieure à la dernière étude de la DRESS effectuée en 2019 avec une moyenne de 18 minutes. (8)

Les médecins généralistes ont des créneaux de consultations fixes de 15 ou 20 minutes. Cependant ils peuvent être amenés à accorder plus de temps à leurs patients si cela s'avère nécessaire. Certains motifs peuvent être complexes à traiter dans le temps imparti, comme les motifs d'ordre psychologique ou d'ordre pédiatrique et les consultations à motif-multiples qui peuvent être chronophages. Le temps de consultation peut alors être un bon reflet de la difficulté de la consultation.

II.1.3. Le temps idéal de consultation

Les deux motifs de consultation pour lesquels les médecins généralistes aimeraient passer le plus de temps sont les motifs psychologiques et le suivi pédiatrique avec respectivement 28,82 et 26,19 minutes. Au regard des réponses obtenues sur les temps réels de consultation, il est logique que nous trouvions également ces familles de motifs dans la catégorie temps idéal de consultation.

Nous avons une moyenne de temps idéal de consultation, tous motifs confondus, plus élevée que la moyenne de temps de consultation réel, 17,78 minutes pour 19,63 minutes, soit presque 2 minutes supplémentaires en moyenne. Cette faible différence nous montre que de manière générale les médecins généralistes prennent le temps nécessaire pour chaque patient, malgré des créneaux de consultations fixes, et un nombre important de demandes de consultation chaque jour.

II.1.4. Le souhait de revalorisation

Le souhait de revalorisation de la consultation des médecins généralistes semble être corrélé avec le temps passé. Nous trouvons de nouveau en première place les consultations pour motifs psychologiques avec 8,85 euros de revalorisation. Concernant les consultations pour motif psychologique, il existe une cotation CCAM pour effectuer l'échelle d'Hamilton afin de dépister et d'évaluer un syndrome dépressif. Cette cotation est valorisée à une hauteur de 69,12 euros et applicable une fois par an. Concernant les forfaits nous pouvons voir qu'aucun ne prend en compte l'état de santé psychologique des patients. Il n'y a donc pas de valorisation pour le suivi psychologique des patients, alors que comme nous l'avons vu ce sont des consultations qui prennent du temps. C'est peut-être pour ces deux raisons que le motif de consultation « psychologique » est celui qui est ressorti avec la revalorisation la plus importante.

En revanche nous pouvons souligner que les médecins généralistes utilisent peu les cotations CCAM. Ines lemmolo a étudié dans sa thèse d'exercice les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin. Les médecins généralistes interrogés avançaient une classification des cotations trop complexe et peu claire, et le fait que les logiciels métiers étaient peu intuitifs concernant la cotation d'actes. En plus du frein technique, il existait un frein relationnel, les médecins généralistes rencontraient des difficultés à demander à leurs patients une somme supérieure à 25 euros. Ils ne voulaient pas avoir à justifier le prix de la consultation au patient. Pour certains, pratiquer de nouvelles cotations entraînait un changement d'habitude qui était difficile à mettre en place. (66)

Nous pouvons donc émettre comme hypothèse que, si dans l'avenir de nouvelles cotations étaient mises en place, notamment pour les consultations de suivi psychologique, elles ne seraient que peu appliquées par les médecins généralistes.

De ce questionnement ressort une alternative à la création d'une nouvelle cotation. Par le biais du FMT nous pouvons penser à une rémunération pour tous les patients nécessitant un suivi psychologique. Ces patients pourraient par exemple être sélectionnés selon le résultat du test d'Hamilton.

III. Perspective

A l'heure actuelle le médecin doit définir le temps de consultation en fonction de plusieurs paramètres. En effet la demande de soins est grandissante. Elle est due à la conjoncture entre le vieillissement de la population et la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice. Une des solutions serait de rendre la médecine générale libérale plus attractive afin de combler le manque de médecins généralistes et répondre aux attentes des patients et des médecins en termes de temps et de qualité de consultation. C'est donc au médecin que revient la charge de trouver le juste équilibre au milieu de toutes ces contraintes. Nous avons vu que, lors des consultations, les patients présentaient plusieurs motifs de manière récurrente. Or de manière générale les actes CCAM ne sont pas cumulables.

Une autre solution serait de rémunérer le médecin généraliste en fonction du temps qu'il passe avec le patient. Nous avons vu que le temps pouvait être le reflet de la difficulté de la consultation et de la ou les problématiques abordées par le patient. Ceci pourrait permettre au médecin généraliste de traiter une consultation complexe en prenant le temps nécessaire pour

le patient. Ou de traiter plusieurs motifs lors de la même consultation sans devoir demander au patient de revenir une nouvelle fois pour traiter les autres motifs.

Ces deux hypothèses entraîneraient certainement un allongement du temps de la consultation.

L'évolution opposée serait un raccourcissement du temps de consultation. Au fil du temps les avancées médicales sont nombreuses, ce qui permet d'allonger l'espérance de vie de notre population. Or cette population vieillissante nécessite une attention particulière et de nombreux soins médicaux. La demande de soins est alors devenue très importante. En parallèle le nombre de médecins généralistes exerçant en libéral n'a fait que diminuer, 64 142 en 2012 contre 56 738 en 2023 (67). L'offre de soins a donc diminué. Cela pourrait avoir comme conséquence que chaque médecin fasse des consultations plus courtes pour répondre à une demande croissante. Si tel était le cas, les médecins généralistes n'auraient peut-être pas le temps de traiter plusieurs motifs en une seule consultation. On en viendrait donc à des consultations courtes ne traitant qu'un seul motif. Nous pouvons nous poser la question de la prise en charge globale pour le patient, que deviendrait-elle ? Alors qu'elle est pourtant au cœur du métier de médecin généraliste.

Conclusion

Notre étude s'est déroulée dans un contexte complexe. D'une part le renouvellement de convention entre la CNAM et les médecins généralistes représentés par leurs syndicats. D'autre part une démographie de médecins généralistes libéraux en baisse, faisant face à une augmentation de la demande de soins de la part de la population.

Nous sommes intervenus au plus près des consultations des médecins généralistes afin de répondre à la question : le temps de consultation diffère-t-il selon le motif de consultation ? Notre objectif secondaire était de mettre en évidence ou non un lien entre le temps de consultation et le souhait de revalorisation tarifaire.

Notre étude a mis en évidence une majorité de consultations pour réévaluation de traitement, ce qui traduit le rôle du médecin généraliste de prise en charge globale du patient et de suivi de maladie chronique. La moyenne de temps réel trouvée dans notre étude est de 17,78 minutes, ce qui est proche de la dernière étude de la DRESS menée en 2019 qui trouvait un temps de consultation moyen en médecine générale de 18 minutes. Les consultations pour lesquelles le temps réel de consultation est le plus long sont les consultations pour motif psychologique et pour le suivi pédiatrique, avec en moyenne 25 et 23,81 minutes. Les consultations pour lesquelles notre étude a trouvé un temps idéal le plus important sont également les consultations pour motifs psychologiques et le suivi pédiatrique, avec en moyenne 28,82 et 26,19 minutes. En moyenne les médecins généralistes souhaiteraient passer 1,03 minute de plus avec leur patient, ce qui reste proche du temps de consultation réel. Le souhait de revalorisation des médecins généralistes est en moyenne de 5,51 euros par consultation. Les consultations pour lesquelles le souhait de revalorisation est le plus important sont les consultations pour motif psychologique avec 8,85 euros.

Nous avons pu mettre en évidence un lien entre motif de consultation, temps de consultation et souhait de revalorisation. Les médecins généralistes passent plus de temps pour les consultations avec motifs psychologiques et souhaiteraient une revalorisation plus importante pour celles-ci.

Nous avons vu que le temps de consultation pouvait être un bon reflet de la complexité de la consultation de médecine générale. Cela était corrélé avec le souhait de revalorisation, soit un montant plus important pour les consultations plus longues. Une perspective serait de valoriser ce temps de consultation passé avec le patient, en créant par exemple un nouvel acte CCAM, ou en l'incluant dans la rémunération forfaitaire des médecins généralistes.

Références bibliographiques

1. 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.
2. 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*. 1 nov 2013;63(616):e751-9.
3. 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*. oct 2017;7(10):e017902.
4. Chambonet JY, Barberis, Peron. How long are consultations in French general practice? *European Journal of General Practice*. sept 2000 [cité 26 sept 2023]; Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3109/13814780009069954?needAccess=true>
5. La durée des séances des médecins généralistes DRESS 2006 P Breuil-Genier, C Goffette.pdf [Internet]. [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
6. Letrilliant 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.
7. Comment travaillent les médecins généralistes ? Doctolib 2017.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
8. H Chaput, M Monziols, L Fressard, P Verger, B Ventelou, A Zaytseva, Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine, DRESS, 2019 [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
9. 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. *Family Practice*. 1 oct 2004;21(5):479-83.
10. Bearez B. Durée de consultation en médecine générale : perception et ressenti de patients de la Haute-Vienne en 2020.
11. P Clerc, P Boisnault, O Kandel, D Candelier, JL Leeuws, B Zilber, F Raineri, Observatoire de la médecine générale: quels bénéfices pour les médecins? *Revue du praticien* 2004 [Internet]. [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/129/fichier_article_omg_revdupr_atc2df1.pdf
12. P Clerc, P Boisnault, G Hebbrecht, Diogene cahier de validation, Société française de médecine générale 2002. [Internet]. [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/454/fichier_edrmg_2_-_cahier_de_validation_des_donnaes_omgb4846.pdf
13. J. Signoret, Evolution de la consultation de médecine générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prise en charge non pathologiques entre 1993 et 2010.pdf

- [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur: https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/728/fichier_these_julienignoretcb5a.pdf
14. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes DRESS 2004. 2004;
 15. Kandel O. Existe-t-il une typologie des actes, La Revue du Praticien, Juin 2004.
 16. Fabier - Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/These-Sophie-Dareths-qualite_ecoute.pdf
 17. Petitjean L. Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris: étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients, 2017.
 18. Camoin A. Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2015.
 19. Felten C. Les conséquences des consultations à motifs multiples selon les médecins généralistes du Finistère: étude qualitative, 2022.
 20. Rangama C. Les consultations à motifs multiples en médecine générale du point de vue des patients. 2018.
 21. Article L162-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886222
 22. Rougeron C. La médecine générale en France de la Révolution à aujourd'hui: la métamorphose. EM-Consulte [Internet]. 2015 [cité 19 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/987174/la-medecine-generale-en-france-de-la-revolution-a->
 23. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0228 du 28/09/1945 [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=J\\$uTnszz9Mk4r3mHtsC0](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=J$uTnszz9Mk4r3mHtsC0)
 24. Décret n°60-452 du 12 mai 1960 Relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale. 60-452 mai 12, 1960.
 25. CSMF. Son Histoire [Internet]. CSMF. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.csmf.org/la-confederation/son-histoire/>
 26. Bremond M. Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre [Internet]. Pouvoirs, revue française d'études constitutionnelles et politiques. 1999 [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: <https://revue-pouvoirs.fr/les-syndicats-de-medecins-contre-l/>
 27. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0155 du 06/07/1971 (accès protégé) [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=u\\$gH\\$uLOXbUFWztQbjKV](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=ugHuLOXbUFWztQbjKV)
 28. Arrêté du 5 juin 1980 Approbation de la convention conclue entre, d'une part, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et conjointement la caisse centrale de secours mutuels agricoles et la caisse nationale d'assurance maladie et mayernité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et d'autre part, la

federation des medecins de france - Légifrance [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000678090>

29. Arrêté du 4 juillet 1985 Approbation de la convention nationale des medecins.
30. Arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la Convention nationale des medecins.
31. Arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des medecins. - Légifrance [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006060268>
32. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des medecins généralistes.
33. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des medecins généralistes.
34. Avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les medecins généralistes libéraux et les caisses d'assurance maladie.
35. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des medecins généralistes et spécialistes.
36. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les medecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
37. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les medecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
38. Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les medecins libéraux et l'assurance maladie.
39. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des medecins. *Économie & prévision*. 2009;188(2):131-9.
40. Laplace L, Kamendje B, Nizard J, Coz JM, Chaperon J. Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90. *Santé Publique*. 2002;14(1):47-56.
41. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(1):1-483, xix-xx.
42. Bras PL, Duhamel G. Remunerer les medecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères, *vie-publique.fr* [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/30082-remunerer-les-medecins-selon-leurs-performances-les-enseignements-des>
43. La pertinence du modèle de santé nordique : le Danemark et la Suède, Assemblée nationale, 2007 .pdf [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i3784.pdf>
44. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark health system review. *Health Syst Transit*. 2012;14(2):i-xxii, 1-192.
45. Keskimaki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrja V, Vuorenkoski L, et al. Finland: Health System Review. *Health Syst Transit*. août 2019;21(2):1-166.

46. Chambaretaud S, Lequet-Slama D. Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix. *Revue française des affaires sociales*. 2003;(4):399-422.
47. Christiansen T. A SWOT analysis of the organization and financing of the Danish health care system. *Health Policy*. févr 2002;59(2):99-106.
48. Chambaretaud LS. Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins. 2003;
49. Bas-Theron F. Le système de santé et d'assurance maladie en Allemagne : actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, vie-publique.fr [Internet]. 2024 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/25579-le-systeme-de-sante-et-dassurance-maladie-en-allemande-actions-concer>
50. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. *Health Syst Transit*. 2014;16(2):1-296, xxi.
51. Schersten - WITH SPECIAL GRATITUDE TO James Kahan, Panos Kana.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf
52. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(1):v-xxvii, 1-228.
53. Chevrier-Fatome MC. Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. 2002;
54. France : quel modèle d'État providence bismarckien ou beverigien | vie-publique.fr [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/24117-france-quel-modele-detat-providence-bismarckien-ou-beverigien>
55. Rosp médecin traitant de l'adulte [Internet]. 2023 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
56. Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure [Internet]. 2024 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/modernisation-cabinet>
57. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. 2023 [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
58. Messein N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes: opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Une double approche qualitative et quantitative. 2012;
59. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France.
60. Labbé J. Complexité des consultations de renouvellement d'ordonnance: ressenti des médecins généralistes. 2020.
61. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale, *exercer* 2013;108:148-55. [cité 28 mai 2024]; Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/529

62. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, mai 2008.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf
63. SPF. Baromètre santé. Premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans. [Internet]. 2020 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante.-premiers-resultats-2000.-enquete-aupres-des-12-75-ans>
64. Dendaletche L. Consultation de suivi, prévention, dépistage, de la population pédiatrique en cabinet de médecine générale dans l'ex-région du Languedoc-Roussillon. 2021;
65. Mahammed LK. Analyse des pratiques de médecins généralistes et internes en médecine générale face au résultat de consultation `` état fébrile non caractéristique '' et propositions de stratégies de prise en charge. 2015.
66. Iemmolo I. Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019 [Internet]. Limoges; 2019 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-109127>
67. Démographie des professionnels de santé - DREES 2024 [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

Annexes

Annexe 1. Répartition des Résultats de consultation les plus fréquemment utilisés, par année, de 1993 à 2000.	61
Annexe 2. Classification internationale des soins primaires développé par la WONCA.....	62

Annexe 1. Répartition des Résultats de consultation les plus fréquemment utilisés, par année, de 1993 à 2000.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
HTA	7,65%	7,29%	7,12%	7,04%	7,20%	7,18%	7,03%	7,19%
ETAT FEBRILE	4,38%	2,69%	4,13%	3,97%	3,19%	3,62%	4,24%	3,84%
.DENOMINATION HORS-LISTE	4,28%	4,07%	3,01%	2,77%	2,51%	2,05%	1,99%	1,75%
VACCINATION	3,42%	4,25%	4,89%	4,00%	3,03%	2,67%	2,63%	2,40%
HYPERLIPIDEMIE	3,32%	2,94%	2,92%	3,02%	3,38%	3,57%	3,58%	3,69%
EXAMEN SYSTEMATIQUE	2,71%	2,56%	2,52%	2,59%	2,60%	2,31%	0,48%	0,06%
INSOMNIE	2,35%	2,19%	1,99%	1,98%	1,91%	1,72%	1,47%	1,36%
ARTHROPATHIE-								
PERIARTHROPATHIE	1,78%	1,62%	1,62%	1,78%	1,91%	1,98%	1,87%	1,98%
INSUFFISANCE CORONARIENNE	1,69%	1,61%	1,68%	1,64%	1,59%	1,55%	1,40%	1,32%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	1,64%	1,75%	2,01%	1,85%	2,00%	2,36%	2,49%	2,57%
RHINOPHARYNGITE	1,57%	1,81%	1,73%	1,88%	2,15%	2,34%	2,22%	2,20%
ARTHROSE	1,49%	1,44%	1,46%	1,45%	1,39%	1,28%	1,13%	1,12%
LOMBALGIE	1,49%	1,62%	1,64%	1,65%	1,71%	1,87%	1,96%	1,94%
DIABETE DE TYPE 2	1,43%	1,45%	1,52%	1,59%	1,59%	1,48%	1,53%	1,70%
ASTHENIE - FATIGUE	1,34%	1,19%	1,02%	0,98%	0,93%	0,93%	0,90%	0,92%
CONTRACEPTION	1,27%	1,17%	1,00%	1,00%	0,99%	0,96%	0,97%	0,98%
DEPRESSION	1,25%	1,07%	1,00%	0,93%	1,00%	1,04%	1,04%	1,02%
VARICES MEMBRES INFERIEURS	1,25%	1,15%	1,13%	1,10%	1,10%	0,95%	0,86%	0,81%
CONSTIPATION	1,08%	0,99%	0,99%	1,02%	0,97%	0,92%	0,88%	0,83%
OBESITE	1,06%	0,71%	0,46%	0,37%	0,43%	0,41%	0,43%	0,43%
ALGIE	1,05%	1,36%	1,35%	1,26%	1,19%	1,24%	1,40%	1,24%
ANGINE	1,02%	1,06%	0,92%	0,79%	0,91%	1,06%	1,13%	1,15%
RHUME	1,00%	1,06%	1,07%	1,12%	1,09%	1,00%	0,98%	0,97%
TOUX	0,92%	0,94%	0,99%	1,06%	1,17%	1,19%	1,20%	1,15%
SYNDROME COLIQUE	0,90%	0,85%	0,70%	0,64%	0,67%	0,60%	0,51%	0,52%
HUMEUR DEPRESSIVE	0,90%	1,09%	1,05%	1,18%	1,08%	1,17%	1,19%	1,28%
ANXIETE - ANGOISSE	0,89%	1,16%	1,41%	1,40%	1,38%	1,42%	1,29%	1,31%
ASTHME	0,89%	0,90%	0,87%	0,93%	0,98%	0,96%	0,94%	0,93%
NERVOSISME	0,84%	0,74%	0,58%	0,46%	0,40%	0,34%	0,31%	0,27%
INSUFFISANCE CARDIAQUE	0,82%	0,77%	0,72%	0,70%	0,68%	0,66%	0,64%	0,70%

Sources : Premier rapport de la SFMG

Annexe 2. Questionnaire

Quel temps semble le plus adapté pour une consultation en fonction du motif, selon le point de vue des médecins généralistes de la Haute-Vienne en

2023 ?

Estelle GRAS

Guide pratique :

Dans un premier temps vous pouvez remplir le bref questionnaire qui nous servira à dresser le profil des médecins généralistes qui participeront. Ce questionnaire est anonyme.

Je vous invite ensuite à chaque fin de consultation, sur 2 jours, à noter le motif principal de celle-ci, le temps passé, et le temps selon vous idéal que vous auriez souhaité accorder à cette consultation et enfin dans la dernière colonne choisir si vous souhaitez une revalorisation de la consultation (Si tel est le cas merci d'inscrire UNIQUEMENT le montant de la revalorisation, et non le montant total de la consultation)

Dernière étape, le renvoi du questionnaire, 3 propositions :

1) Vous pouvez retourner le questionnaire par mail à l'adresse :

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx@gmail.com

2) Par voie postale à l'adresse : Cabinet médical, 1 xxxxxxx xxxxx 87XXXxxxxx xxxxxx.

3) Je me propose de venir chercher le questionnaire sous enveloppe scellée directement à votre cabinet. Dans ce cas merci de me laisser un message au numéro de téléphone ci-dessous.

Pour toutes questions je me tiens à votre disposition au 06 XX XX XX XX.

Questionnaire :

Age :

Sexe :

Lieu d'exercice : Rural ; Semi-rural ; Urbain

Mode d'exercice : Isolé ; En groupe médical ; En groupe pluridisciplinaire ; En centre de santé

MSU : Oui ; Non

Créneaux de consultation : minutes

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3. Classification internationale des soins primaires développé par la WONCA

Chapitres	
A	Général et non-spécifié
B	Sang, organes hématopoïétiques et appareil immunitaire (rate, moelle osseuse) (Blood, sang)
D	Digestif
F	Œil
H	Oreille (<i>Hearing, audition</i>)
K	Circulatoire
L	Ostéomusculaire (<i>Locomotion</i>)
N	Neurologique
P	Psychologique
R	Respiratoire
S	Peau (<i>Skin, peau</i>)
T	Endocrine, métabolisme, nutrition
U	Urologie
W	Grossesse, planning familial (Woman, femme)
X	Génital féminin (<i>chromosome X</i>)
Y	Génital masculin (<i>chromosome Y</i>)
Z	Problèmes sociaux

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.

Etude sur la durée de consultation et le souhait de revalorisation en fonction du motif de consultation, d'après le point de vue des médecins généralistes de la Haute Vienne en 2023.

Introduction : Notre étude s'est déroulée dans un contexte complexe : le renouvellement de convention et une démographie de médecins généralistes libéraux en baisse. Notre objectif était de répondre à la question : le temps de consultation varie-t-il selon le motif de consultation ? Notre objectif secondaire était de déterminer s'il existe un lien entre la durée de consultation et le souhait de revalorisation tarifaire.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, déclarative. Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire et d'un relevé de consultation auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne

Résultats : 13 médecins généralistes ont répondu à notre étude, pour un total de 619 consultations. Notre étude a mis en évidence une majorité de consultations pour réévaluation de traitement. La moyenne de temps réel trouvé dans notre étude est de 17,78 minutes. Les consultations pour lesquelles le temps réel de consultation est le plus long sont les consultations pour motif psychologique et pour le suivi pédiatrique, avec en moyenne 25 et 23,81 minutes. Les consultations pour lesquelles notre étude a mis en évidence le souhait des praticiens d'une durée plus importante sont également les consultations pour les motifs psychologiques et le suivi pédiatrique, avec en moyenne 28,82 et 26,19 minutes. En moyenne les médecins généralistes souhaiteraient passer 1,03 minute de plus avec leur patient. Le souhait de revalorisation des médecins généralistes est en moyenne de 5,51 euros par consultation. Les consultations pour lesquelles le souhait de revalorisation est le plus important sont les consultations pour motifs psychologique avec 8,85 euros.

Discussion : Nous avons donc pu mettre en évidence un lien entre motif de consultation, temps de consultation et souhait de revalorisation. Les médecins généralistes passent plus de temps pour les consultations avec motifs psychologiques et souhaiteraient une revalorisation plus importante pour celles-ci.

Mots-clés : Médecine générale ; Motif de consultation ; Temps de consultation ;

Study on the length of consultations and the desire for upgrading according to the reason for consultation, from the point of view of GPs in Haute Vienne in 2023.

Introduction: Our study took place against a complex backdrop of contract renewal and declining numbers of self-employed GPs. Our objective was to answer the question: does consultation time vary according to the reason for consultation? Our secondary objective was to determine whether or not there was a link between consultation time and the desire for a price increase.

Method: We conducted an observational, descriptive, declarative study. Data were collected using a self-administered questionnaire and a consultation record from general practitioners in the Haute-Vienne region of France.

Results: 13 GPs responded to our survey, for a total of 619 consultations. Our study revealed a majority of consultations for treatment re-evaluation. The average real consultation time found in our study was 17.78 minutes. The consultations with the longest actual consultation times were those for psychological reasons and paediatric follow-up, with an average of 25 and 23.81 minutes respectively. The consultations for which our study found the longest ideal time were also for psychological reasons and paediatric follow-up, with averages of 28.82 and 26.19. On average, GPs would like to spend 1.14 minutes more with their patients. GPs would like to see an average of 5.51 euros more per consultation. The consultations for which the wish for an increase was highest were those for psychological reasons, at 8.85 euros.

Discussion: We have thus been able to demonstrate a link between the reason for consultation, consultation time and the desire for an upgrade. GPs spend more time on consultations for psychological reasons, and would like to see a higher price increase for these.

Keywords : General medicine; Reason for consultation; Consultation time ;

