



Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale : étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde

Laura Villeneuve

► To cite this version:

Laura Villeneuve. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale : étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01716038

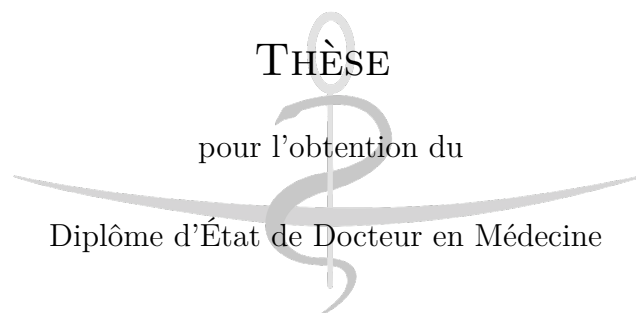
HAL Id: dumas-01716038

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01716038>

Submitted on 23 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



DÉTERMINANTS DES DEMANDES MULTIPLES EN
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS
AUPRÈS DE PATIENTS DE LA GIRONDE

Présentée par Laura VILLENEUVE, née le 7 janvier 1986 à Bordeaux

Soutenue publiquement le 1^{er} février 2018 devant un jury composé de :

<i>Président</i>	Professeur Bernard GAY	Université de Bordeaux
<i>Rapporteur</i>	Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Université de Bordeaux
<i>Invités</i>	Docteur Olivier DUFOIS	Centre Hospitalier de La Réole
	Docteur Christophe ADAM	Université de Bordeaux
<i>Co-directeurs de thèse</i>	Docteur Bruno BOUTGES	Université de Bordeaux
	Docteur Guillaume BROCC	Docteur en Psychologie

THÈSE

pour l'obtention du

Diplôme d'État de Docteur en Médecine

DÉTERMINANTS DES DEMANDES MULTIPLES EN
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS
AUPRÈS DE PATIENTS DE LA GIRONDE

Présentée par Laura VILLENEUVE, née le 7 janvier 1986 à Bordeaux

Soutenue publiquement le 1^{er} février 2018 devant un jury composé de :

<i>Président</i>	Professeur Bernard GAY	Université de Bordeaux
<i>Rapporteur</i>	Professeur Jean-Louis DEMAUX	Université de Bordeaux
<i>Invités</i>	Docteur Olivier DUFOIS	Centre Hospitalier de La Réole
	Docteur Christophe ADAM	Université de Bordeaux
<i>Co-directeurs de thèse</i>	Docteur Bruno BOUTGES	Université de Bordeaux
	Docteur Guillaume BROCC	Docteur en Psychologie

Remerciements

Au président du jury

Monsieur le Professeur GAY, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma plus vive reconnaissance.

À mes directeurs de Thèse

Monsieur le docteur BOUTGES, et Monsieur le docteur BROCC, pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Pour vos inestimables conseils, votre temps passé à m'aiguiller et me rassurer lors de cet exercice périlleux. Veuillez trouver dans ce témoignage, ma plus sincère gratitude.

Aux membres du jury

Au Professeur DEMEAUX, pour avoir accepté de réaliser le rapport de cette thèse, de me guider tout au long de ce travail et de siéger au sein du jury. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

Au Docteur ADAM, pour avoir accepté de juger mon travail de thèse, j'en suis très honorée.

Au docteur DUFOIS, pour avoir accepté d'être membre de mon jury et pour ses enseignements précieux tout au long de ce périple.

À mes maitres de stage

Au docteur ROCHE, mon autre mentor, pour la richesse de nos conversations à trois, autour d'une bonne grenadine.

À tous les médecins, pour avoir partagé votre savoir et votre goût pour une médecine de proximité et humaine.

Aux personnes ayant participé à cette étude

Aux médecins, merci de m'avoir ouvert les portes de vos cabinets médicaux.

Aux patients, merci d'avoir pris de votre temps pour participer aux entretiens.

À ma famille et mes amis

À mes parents, tous deux médecins, qui ont d'abord essayé de me détourner de cette voie, jugée trop éreintante, mais qui me donne à présent la joie de comprendre leurs conversations décryptées.

À mes 2 sœurs qui semblent s'être lancées dans des études encore plus longues que les miennes.

À mes grands-parents paternels, l'un toujours sur le pied de guerre à la sortie des résultats, et l'autre pour ses soins et des vacances inoubliables.

À ma grand-mère maternelle, ma ligne directrice et nourricière pendant ces dures années de labeur.

À mon grand-père explorateur, qui n'a que deux fois découvert le chemin du retour.

À Colette, qui a su prendre soin de moi et de mes sœurs.

À mes 2 trésors, Victor et Arthur, qui ont certes écourté mes nuits, mais qui rallongent mes journées d'un plaisir sans fin.

À mon cher Michel, qui me rappelle à chaque instant que la médecine n'est pas une fin en soi, et que sa personne est tout aussi importante.

À Madeleine, qui ne compte pas ses heures de garde.

À mes coéquipiers de « galère », Annabelle et ses ineffables imitations, Orianne et son rire omniprésent, Laure et sa tête en l'air, Marion et son optimisme communicatif.

À Clémentine, mon amie d'enfance et de toujours.

À Flora, pour tous nos superbes moments partagés sur Bordeaux et dans des contrées lointaines.

Et enfin à tous les amis, toujours curieux de l'avancement de cette thèse, et à qui un exemplaire est réservé.

Avant-propos

Un de mes maitres de stage appelle ce phénomène la « consultation mitraillette ».

« Ne vous inquiétez pas docteur, je ne viens pas pour rien », c'est à ce moment que le patient dégainé une liste de questions et que le médecin, en face, déglutit et pâlit, sentant s'éloigner un peu plus sa dernière heure de consultation de la journée.

La présente thèse a pour but de répondre à l'anxiété croissante et au désarroi que peuvent ressentir certains praticiens, dont moi-même, face à cette multiplicité de demandes dans un temps nécessairement limité.

D'une part, s'exprime l'impérieuse volonté de satisfaire aux besoins du patient (ce à quoi nous sommes formés). D'autre part, ne manquera de surgir un certain renfrognement, face aux rendez-vous qui se bousculeront par la suite, aux retards accumulés, aux mécontentements des autres patients, et surtout pour finir à une prise en charge précipitée voire sommaire. . .

Certains patients expriment leur nostalgie en évoquant leur regretté médecin de famille, débutant ses premières consultations à 6h du matin, et finissant très tard le soir. . . Ce médecin dévoué, que l'on pouvait appeler de jour comme de nuit, sans crainte de le déranger. Ce temps semble révolu.

Quelle est l'origine de cet antagonisme ? Multiplicité de demandes du fait d'une société « multitâches » et tournée vers un consumérisme accru ? Ou bien, moindre disponibilité des médecins au nom de leur propre vie de famille ?

Comment faire comprendre au patient notre incapacité à gérer, de manière instantanée, l'intégralité de tant de demandes. Une conciliation est-elle possible, et avec quels ajustements.

Table des matières

Remerciements	5
Avant-propos	7
Table des matières	9
Table des figures	13
Liste des abréviations	15
Résumé	19
Abstract	21
1 Introduction	23
1.1 Cadre général de la présente thèse	25
1.2 Déséquilibre grandissant de l'offre et de la demande de soins primaires	27
1.2.1 Accroissement des missions du médecin généraliste	27
1.2.2 Fléchissement de la densité médicale	28
1.2.3 Croissance et vieillissement de la population générale	29
1.2.4 Evolution de la relation patient/médecin	29
1.3 Déterminants et évolution de la durée d'une consultation de médecine générale	31
1.3.1 Baisse de la densité médicale	31
1.3.2 Croissance du nombre de consultations par médecin	31
1.3.3 Féminisation, nouvelles générations et vieillissement de la profession	32
1.3.4 Conditions de travail et remaniement de l'emploi du temps	33
1.3.5 Rémunération du médecin généraliste	34
1.3.6 L'informatisation du cabinet médical	35
1.3.7 Evolution des mœurs	35
1.4 Déterminants de l'expression de demandes multiples	37
1.4.1 Définition d'un motif de consultation	37
1.4.2 Fréquence des demandes par consultation	37

1.4.3	Sollicitations et interruptions de la part du praticien	38
1.4.4	Caractéristiques de la patientèle concernée	38
1.5	Constatations sur l'impact délétère des consultations à motifs multiples	41
1.5.1	Le syndrome d'épuisement professionnel	41
1.5.2	Risque d'erreur médicale	42
1.6	Objectifs de l'étude	43
1.6.1	Objectif principal	43
1.6.2	Objectif secondaire	43
2	Matériel et méthodes	45
2.1	Schéma général de l'étude	47
2.1.1	Etude qualitative	47
2.1.2	Entretiens semi-dirigés individuels	47
2.1.3	Éthique	48
2.2	Méthode de sélection et échantillonnage de la population cible	49
2.2.1	Caractéristiques de la population	49
2.2.2	Recrutement de la population cible	49
2.2.3	Taille de l'échantillon et saturation	50
2.3	Outils méthodologiques pour le recueil des données	51
2.3.1	Guide d'entretien	51
2.3.2	Pré-enquête de terrain	52
2.4	Traitement des données	53
2.4.1	Entretiens bruts	53
2.4.2	Analyse des fréquences d'occurrences	53
2.4.3	Analyse des fréquences de co-occurrences	53
2.4.4	Analyse de contenu thématique	54
2.4.5	Citations	54
3	Résultats	57
3.1	Caractéristiques des entretiens et des patients interrogés	59
3.1.1	Caractéristiques des entretiens	59
3.1.2	Caractéristiques des patients interrogés	59
3.2	Les raisons du questionnement multiple énoncées par les patients	61
3.2.1	Analyse par nuage de mots	61
3.2.2	Analyse par graphique de co-occurrences	62
3.2.3	Analyse par arbre thématique	65

3.3 Motivations qui pousseraient les autres patients à poser plusieurs questions en consultation	69
3.3.1 Analyse par nuage de mots	69
3.3.2 Analyse par arbre thématique	70
3.4 Réactions des patients après consultation en cas d'omission de réponse du médecin	71
3.5 Réactions à l'idée d'une consultation supplémentaire	73
3.5.1 Acceptation	73
3.5.2 Indécision	74
3.5.3 Refus	75
3.6 Réactions et réflexions de patients concernant le temps d'attente	77
3.7 Durée jugée optimale d'une consultation de médecine générale	79
3.7.1 Répartition des avis exprimés	79
3.7.2 Analyse par arbre thématique	80
3.8 Fréquence jugée « optimale » de consultation	83
3.9 Déterminants d'une consultation souhaités par les patients	85
3.9.1 Analyse du nuage de mots	85
3.9.2 Analyse du graphique de co-occurrences	86
3.9.3 Analyse de l'arbre thématique	88
4 Discussion	91
4.1 Résultat principal : fondements des consultations à motifs multiples	93
4.1.1 Motifs reconnus personnels	93
4.1.2 Motifs prêtés aux autres patients	94
4.1.3 Motifs non mentionnés	94
4.2 Résultats secondaires	97
4.2.1 Réaction du patient après consultation en cas d'omission de réponse à l'une de ses questions	97
4.2.2 Réaction du patient lorsque le médecin lui propose une consultation complémentaire	97
4.2.3 Retentissement de l'attente à travers le ressenti des patients	98
4.2.4 Temps de consultation idéal	98
4.2.5 Impact direct de certains déterminants sur la durée d'une consultation	100
4.2.6 Attentes des patients envers une consultation de médecine générale et compétences recherchées chez son médecin généraliste	101
4.3 Discussion sur la méthode : forces et limites	105
4.3.1 Étude qualitative, une force ?	105
4.3.2 Le recueil des données	105

4.3.3	L'intervieweur et les entretiens semi-dirigés	106
4.3.4	L'échantillon	106
4.3.5	Représentativité des patients	106
4.4	Perspectives : propositions pour traiter la multiplicité des demandes	109
4.4.1	Faciliter la prise de plusieurs rendez-vous.	109
4.4.2	Proposer des formulaires pré-consultation pour identifier, hiérarchiser et temporiser les demandes des patients.	110
4.4.3	Proposer des consultations dédiées à une seule problématique. . . .	110
5	Conclusion	113
	Bibliographie	119
	Annexes	127
A	Guide d'entretien – version première	129
B	Guide d'entretien – version définitive	131
C	Transcription d'entretien n°1	133
D	Transcription d'entretien n°2	135
	Serment d'Hippocrate	139

Table des figures

1.2.2.1	Histogramme - Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales dans 7 pays de l'OCDE, 2013	28
1.2.3.1	Tableau - Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (INSEE, scénario central de projection)	29
1.3.1.1	Courbe - Densité de médecins en activité pour la France métropolitaine (scénarios) [1]	31
1.3.3.1	Tableau - Durée des séances selon l'âge et le sexe du médecin [2]	32
1.3.3.2	Pyramide des âges - Médecins généralistes en activité régulière au 1 ^{er} janvier 2016 en France [3]	32
1.3.3.3	Nuage de points - Temps de travail hebdomadaire et nombre de semaines de vacances annuelles [4]	33
3.1.2.1	Tableau - Caractéristiques des patients interrogés	59
3.2.1.1	Nuage de mots - Raisons données par les patients à leurs questionnements multiples	61
3.2.2.1	Graphique de co-occurrences - Raisons données par les patients à leurs questionnements multiples	63
3.2.3.1	Arbre thématique - Raisons données par les patients à leurs questionnements multiples	65
3.3.1.1	Nuage de mots - Raisons prêtées aux autres patients pour leurs questions multiples	69
3.3.2.1	Arbre thématique - Raisons prêtées aux autres patients pour leurs questions multiples	70
3.4.0.1	Arbre thématique - Réactions aux oublis de réponse du médecin	71
3.5.0.1	Arbre thématique - Réaction des patients face à la proposition de report de la consultation	73
3.6.0.1	Arbre thématique - Réaction à une attente longue en cas de rendez-vous	77
3.7.1.1	Histogramme - Durée « optimale » de consultation de médecine générale selon les patients	79
3.7.2.1	Arbre thématique - Allongement ou raccourcissement de la durée de consultation par rapport à celle jugée optimale	80
3.8.0.1	Histogramme - Fréquence « optimale » de consultation d'après le patient	83

3.9.1.1	Nuage de mots - Qualités principales recherchées chez son médecin généraliste	85
3.9.2.1	Graphique de co-occurrences - Déterminants d'une consultation souhaités par les patients	86
3.9.3.1	Arbre thématique - Attentes des patients vis-à-vis de leur médecin . . .	88

Liste des abréviations

CAPI Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNEMI Collège National des Enseignants de Médecine Interne

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

ECOGEN Étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

ENA École Nationale d'Administration

HCAAM Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (ou loi du 21 juillet 2009)

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

UNAFORMEC Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluations Continues

UNOF Union Nationale des Omnipraticiens Français

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé

Résumé

Introduction : De précédents travaux ont établi une corrélation négative entre les demandes multiples et la qualité de la démarche clinique du médecin. La présente étude a eu pour objectif premier d'explorer, auprès de patients de médecine générale, les raisons qui les poussent à poser plus de 2 questions au cours d'une même consultation.

Méthode : Étude qualitative, menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens se sont déroulés de décembre 2016 à mars 2017 dans 5 cabinets de médecine générale, en zone urbaine, péri-urbaine et rurale de la Gironde. L'étude concernait exclusivement des patients majeurs, capables de comprendre les questions, sur la base du volontariat.

Résultats : 43 hommes et 49 femmes ont été interrogées (moyenne d'âge 54 ans) ; 3 personnes ont refusé de répondre. L'étude des entretiens par regroupement thématique a fait ressortir sept motivations principales : l'anxiété et la recherche d'une synthèse médicale, englobant tous les symptômes préoccupants ; l'aspect financier ; la dissuasion du temps d'attente, amplifiée par les enfants ; la peur de l'oubli (recours à une liste de questions) ; la contrainte professionnelle, avec une perte de temps évidente et la nécessité de s'organiser ; la crainte de déranger le médecin pour un unique problème estimé bénin ; profiter de l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance, d'autant plus si ce dernier est fréquent.

Conclusion : Il revient au médecin de trouver la meilleure organisation possible, qui dépend essentiellement de sa gestion du temps et de la hiérarchisation des préoccupations des patients. Ces derniers devraient être aidés à mieux formuler leurs besoins, à accepter le temps qui peut leur être raisonnablement imparti, et éventuellement à avoir recours à une seconde consultation.

Mots clés : Consultation, médecine générale, demandes multiples, motifs multiples, étude qualitative, attente, écoute

Abstract

Key factors for multiple patient demands during
general practice consultations

Qualitative study through semi-directed interviews
of Gironde county patients

Background Previous studies have established a negative correlation between multiple demands made by the patient, and the quality of the clinical approach by the practitioner, during the medical consultation. The main purpose of this study is to explore the reasons that lead general practice patients to express more than two questions during any given consultation.

Method Qualitative study, by the means of semi-directed individually-led interviews. Interviews took place between December 2016 and March 2017, in 5 general practices of the French department of Gironde located in rural, peri-urban, as well as urban areas. Interviewees were adults able and willing to answer the questionnaire while they were waiting for their consultation.

Findings Among 95 patients, 3 refused to answer, while 43 men and 49 women accepted (average age 54). The study of the interviews using thematic grouping shows 7 main motives: anxiety and search for a clinical synthesis including all worrying symptoms; financial concerns; the dissuasion of long waiting times (reinforced by the presence of children); use of a pre-established list of questions, for fear of forgetting symptoms; professional, and subsequent time constraints; shyness to bother the practitioner for a single benign motive; exploitation of the opportunity provided by the renewal of a repeated prescription.

Conclusion It comes down to the practitioner to find a suitable organization to ensure the best practice and satisfy patient demands, while preserving a reasonable consultation time. Patients should be made aware of how to better express their needs, and eventually accept to resort to several consultations, for better care.

Keywords: Consultation, general practice, multiple demands, multiple motives, qualitative study, waiting time.

Première partie

Introduction

1.1 Cadre général de la présente thèse

Nos nombreuses années de formation ne nous permettent pas d'acquérir pleinement une partie essentielle de notre travail : la relation patient-médecin.

Il est souvent nécessaire d'être immergé complètement, avec le poids des responsabilités, pour prendre conscience de l'importance de cet échange. Le patient doit se sentir serein en notre présence, afin de favoriser un climat de confiance.

La réciproque l'est aussi : le médecin doit avoir le temps nécessaire à traiter au mieux la demande, et à apporter une information claire et précise. Le patient doit sortir globalement satisfait de la consultation : il a été montré qu'il s'ensuit une meilleure observance des traitements et des recommandations [5].

Une des principales causes nuisant à la bonne prise en charge médicale est la multiplicité des demandes au cours d'une même consultation. En effet, de nombreux travaux ont établi une corrélation négative entre les demandes multiples et la qualité de la démarche clinique du médecin. Ainsi, certaines études concluent qu'au-delà de 2 motifs au cours de la consultation, la qualité d'écoute du médecin diminue, le risque d'erreur médicale est estimé à la hausse, et la satisfaction du praticien se trouve réduite [6, 7, 8].

Une étude menée par l'URPS¹ francilien alerte sur la polyvalence du métier : de nombreuses tâches chronophages (courriers, certificats, demandes pour des tiers) s'agrégent au déroulement de la consultation, et amènent le médecin à se disperser, nuisant aux bons soins généraux du patient. [9]

Un impact néfaste sur les consultations suivantes a aussi été retrouvé, avec notamment un raccourcissement du temps de consultation, et l'altération d'une des autres étapes de la démarche médicale. [8, 10] Le praticien peut se sentir « instrumentalisé », voire pris dans un rapport consumériste, où la quantité prime sur la qualité des soins qu'il apporte. D'autant plus que le code de déontologie ne nous prémunit pas face à ce nouveau mode de vie, puisqu'il incite à « élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées ». [11]

En réponse à la question « à partir de combien de motifs la consultation devient-elle difficile pour le médecin, et dangereuse pour le patient ? », certains organismes, telle l'UNOF², appellent les médecins libéraux à « ne pas hésiter à fragmenter leurs consultations, à

1 Union Régionale des Professionnels de Santé. Les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) ont été créées par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, les unions régionales des professionnels de santé rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

2 Union Nationale des Omnipraticiens Français

partir de 3 motifs, afin d'éviter tout risque d'erreur médicale préjudiciable pour les patients, comme pour les médecins ». [12] Ces messages d'alerte deviennent de plus en plus récurrents, surtout depuis que certaines études relient *burnout* et consultations multiples. [13]

Ce constat amène une nouvelle problématique tout aussi importante, et intimement liée : la durée d'une consultation. Une étude de 2013 a montré un allongement de la durée des consultations, dépendant directement du nombre de motifs émis par le patient au cours de la consultation. [5]

De plus, la population est très attachée à son médecin de ville, à son médecin de famille. Cependant, la féminisation de la profession, la pénurie de médecins, une cotation tarifaire à l'acte et une rémunération cohérente avec le temps de travail, perturbent cette relation patient/médecin avec des disponibilités et un temps de consultation réduits...

Des médecins généralistes, interrogés sur le sujet, apportent leurs avis [8] et leurs hypothèses, pour expliquer cette multiplicité de demandes variées :

- par opportunisme simple,
- par manque de temps chez les actifs qui veulent tout traiter en une seule fois,
- par souci d'économie envers la Sécurité Sociale,
- par pragmatisme : tous les problèmes pouvant avoir un lien,
- par précarité : regrouper les problèmes pour avancer les frais d'une seule consultation.

Existe-t-il une grande différence entre ce qu'imaginent les médecins et ce que déclarent les patients ? À l'heure actuelle, très peu d'études ont interrogé directement les principaux intéressés : les patients. [14]

1.2 Déséquilibre grandissant de l'offre et de la demande de soins primaires

Il existe une disproportion croissante entre la demande et l'offre de soins, favorisant ainsi la surcharge de travail du praticien. Ceci provient d'un ensemble de facteurs, du fléchissement de la densité médicale, jusqu'à la croissance et au vieillissement de la population.

1.2.1 Accroissement des missions du médecin généraliste

Les missions du médecin généraliste, médecin de premier recours et pivot du système de soins, ont été renforcées par la loi HPST¹ [15].

Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation à la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le spectre d'action du médecin généraliste s'est valorisé et élargi, ce qui implique aussi une charge de travail accrue par consultation.

¹ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire », abrégée en HPST.

1.2.2 Fléchissement de la densité médicale

Un changement démographique concernant la profession médicale s'accélère depuis une dizaine d'année.

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, 285 840 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2016, dont 43 % en tant que libéraux exclusifs. [3]

La médecine libérale a fait preuve de sa capacité d'adaptation à la demande très dynamique de recours aux médecins entre 1980 et 2005. En effet, les médecins libéraux dont les effectifs ont crû rapidement en 25 ans (+ 51 % entre 1980 et 2005), ont absorbé la forte progression du nombre de recours par personne (5,4 en 1980 ; plus de 9 en 2006), tout en faisant face à une progression de la population de 13%. Ainsi, jusqu'en 2007, il n'est pas constaté de files d'attente marquées, ni de contraintes de déplacement abusives caractérisées. [16]

Cependant la situation périlite sur la période 2007-2016. En effet, si le nombre de médecins en activité ne baisse que légèrement (- 0,4%), la part de ceux en âge de retraite est en forte augmentation (+ 87,7%). [16]

Les effectifs de médecins généralistes sont les premiers touchés par le nombre important de départs en retraite, et du resserrement du *numerus clausus* des années 80. Cette chute d'effectifs est vouée à perdurer de manière préoccupante, puisqu'elle devrait se poursuivre jusqu'en 2025. Elle pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025. [16]

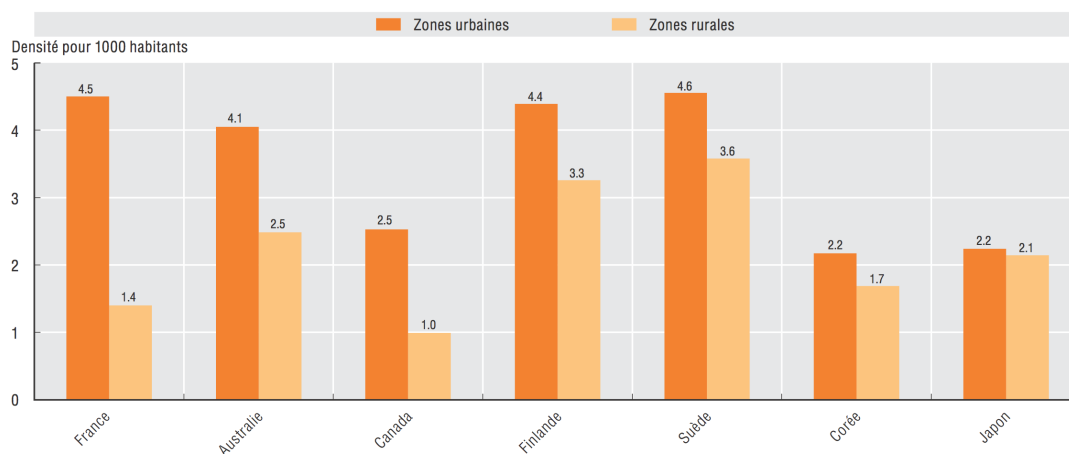


FIGURE 1.2.2.1 – Histogramme - Densité de médecins dans les zones urbaines et rurales dans 7 pays de l'OCDE, 2013

Pourtant, l'exercice libéral n'est pas délaissé par les jeunes médecins. S'il est vrai que, lors de leur première inscription à l'Ordre, seuls 10,8% font le choix de l'installation, une étude de cohorte de 2008 montre, que ce taux remonte sensiblement après quelques années : 33,3% des inscrits de 2008 exerçaient en libéral en 2016.

De plus, si en France, la densité médicale est élevée comparativement aux autres pays de

l'OCDE², les généralistes libéraux sont inégalement répartis sur le territoire, ainsi que le démontre la figure 1.2.2.1. Ceci renforce localement le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins médicaux. [17]

1.2.3 Croissance et vieillissement de la population générale

Au constat précédent s'ajoute un accroissement prévu de la population générale d'environ 6 % d'ici 2030, lié essentiellement au vieillissement de la population, ce qui contribue à faire baisser la densité médicale. [18]

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4*	+ 100

FIGURE 1.2.3.1 – Tableau - Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (INSEE, scénario central de projection)

Sur l'autre versant, nous connaissons un vieillissement de la population française, avec un accroissement du nombre de patients de plus de 60 ans, présentant plus fréquemment des affections chroniques ou polyopathologiques. Ceci entraîne de nouveaux besoins, avec une revendication accrue de qualité vis à vis du système de santé et de ses acteurs.

1.2.4 Evolution de la relation patient/médecin

Le niveau d'étude moyen en France, comme dans les pays de l'OCDE, a augmenté dans les dernières décennies. En outre, le grand public est plus informé qu'auparavant du fait du succès de magazines, d'émissions, et de sites Internet sur la santé.

² Organisation de coopération et de développement économiques (organisation internationale d'études économiques, dont les pays membres sont pour la plupart des pays développés).

Ils sont exigeants et souhaitent être intégrés aux décisions thérapeutiques : cela constitue un nouveau « visage » de la relation médecin/malade, avec des ajustements à opérer.

Curieux ou inquiets, ils consultent plus souvent, et énoncent plus de motifs à chaque consultation [19].

Points clefs

À une répartition géographique déséquilibrée, et à une diminution des effectifs de médecins généralistes, s'oppose une population exigeante, croissante et vieillissante, souffrant de polypathologies.

1.3 Déterminants et évolution de la durée d'une consultation de médecine générale

1.3.1 Baisse de la densité médicale

Dans le contexte de pénurie annoncée de généralistes, en raison de la diminution du *numerus clausus* dans les années 1990 et de l'augmentation du nombre de médecins partant à la retraite [1], la question du temps de travail prend toute son importance.

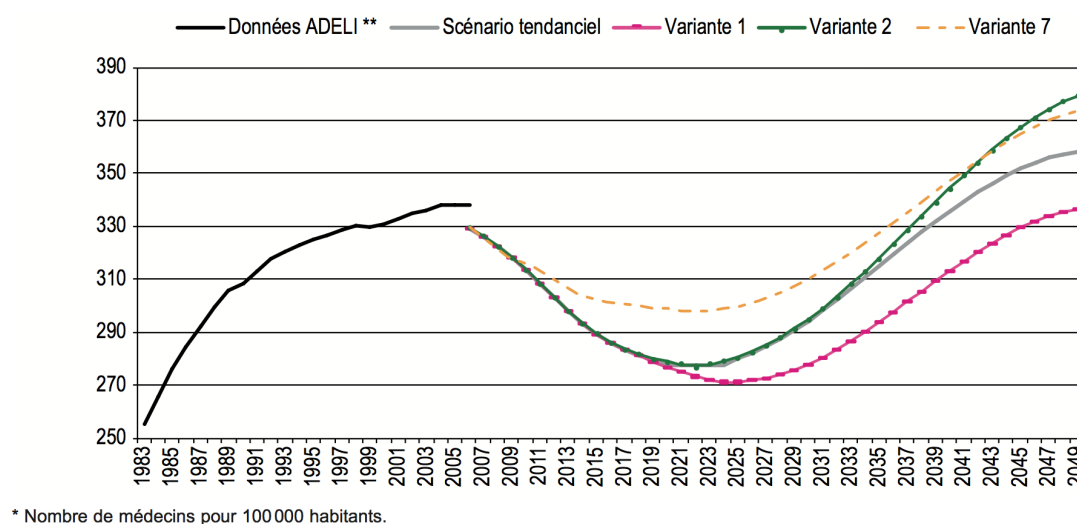


FIGURE 1.3.1.1 – Courbe - Densité de médecins en activité pour la France métropolitaine (scénarios) [1]

1.3.2 Croissance du nombre de consultations par médecin

On est passé de 2074 consultations par médecin en 1980, à 3120 aujourd'hui, ce qui signifie un accroissement de l'intensité de travail. [16]

Seules 2 options se présentent, augmenter un temps de travail hebdomadaire déjà élevé, ou bien réduire la durée de consultation. Ceci est une option inéluctable, pour pallier à la demande accrue de rendez-vous et aux salles d'attente surchargées.

1.3.3 Féminisation, nouvelles générations et vieillissement de la profession

Féminisation de la profession

Il a été décrit dans la littérature un allongement des durées de consultation en ce qui concerne le genre féminin, comme en atteste le tableau 1.3.3.1. Les femmes médecins se montreraient plus minutieuses dans l'examen clinique.

	Durée moyenne des séances (en minutes)	Écart relatif à la référence
Sexe et âge du médecin		
Homme de moins de 45 ans	15,0	- 2,1 %
Femme de moins de 45 ans	15,7	+ 2,3 %
Homme de 45 à moins de 55 ans	15,3	Référence
Femme de 45 à moins de 55 ans	17,7	+ 15,8 %
Homme de 55 ans ou plus	15,9	+ 3,9 %
Femme de 55 ans ou plus	19,1	+ 24,7 %

FIGURE 1.3.3.1 – Tableau - Durée des séances selon l'âge et le sexe du médecin [2]

Ainsi que le démontre la pyramide des âges de la figure 1.3.3.2, on constate une féminisation de la profession, jusqu'à atteindre une majorité de femmes dans les tranches d'âges inférieures à 50 ans.

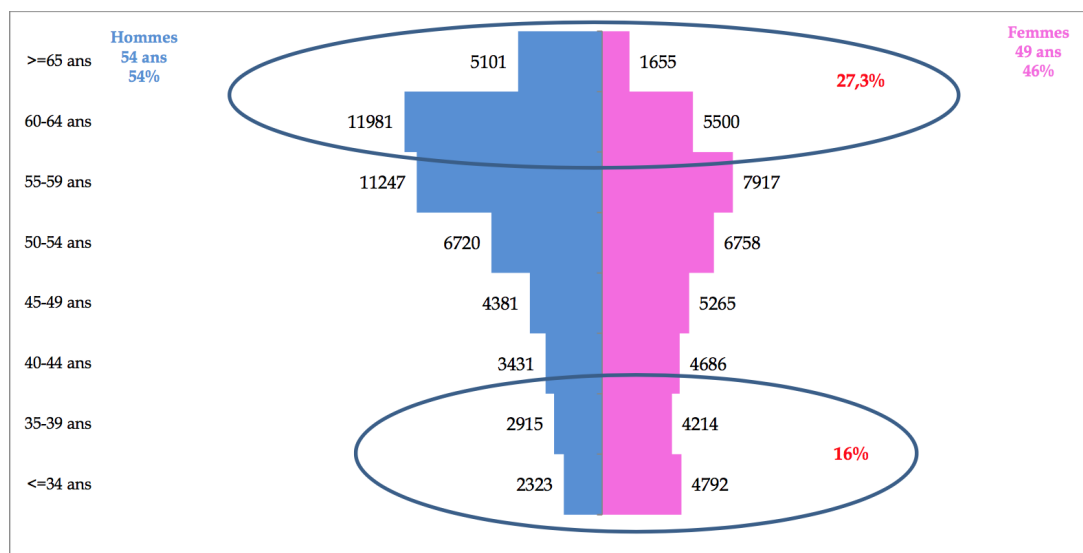


FIGURE 1.3.3.2 – Pyramide des âges - Médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2016 en France [3]

En effet, selon un rapport du conseil de l'ordre datant de 2006, les femmes ont investi la profession depuis une cinquantaine d'années : de 10% en 1962, la féminisation de la

médecine est passée à 36% en 2003 ; en 2006, dans certaines facultés, le taux d'étudiantes est de 64 %.

De plus, selon une étude de la DREES¹ du Ministère de la Santé, basée sur l'agenda déclaré d'une cinquantaine de médecins libéraux, le niveau d'activité des femmes est moindre de 30 % en moyenne (moins grand nombre d'heures hebdomadaires et plus grand nombre de congés, cf. 1.3.3.3).

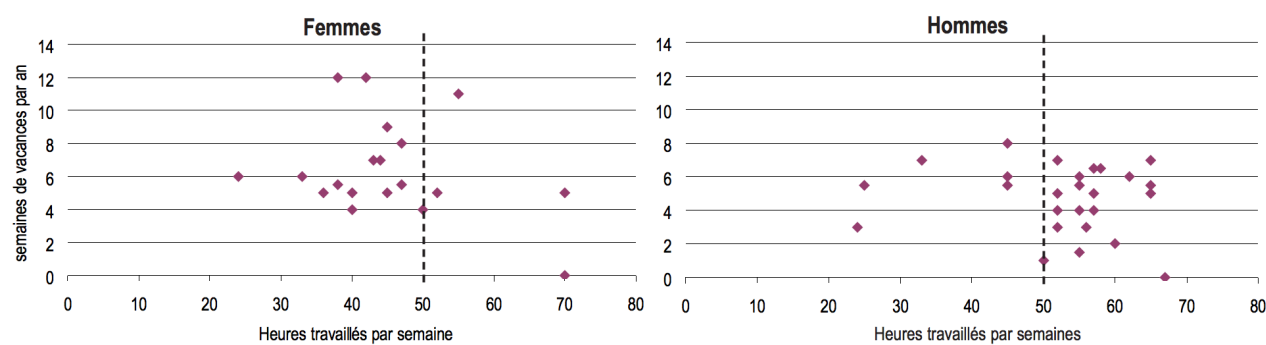


FIGURE 1.3.3.3 – Nuage de points - Temps de travail hebdomadaire et nombre de semaines de vacances annuelles [4]

Nouvelles générations

La féminisation de la médecine a favorisé une prise de conscience de la part des confrères masculins : ces derniers ne travaillent plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures. Ils rejettent à présent l'idée d'une disponibilité permanente, d'astreintes fréquentes, et ne souhaitent pas que leurs conjointes les assistent en tant que secrétaires.

Vieillesse de la profession

La population des médecins est vieillissante, avec un âge moyen constaté en 2011 de 51,4 ans [20]. Ce phénomène est notamment imputable au faible *numerus clausus* depuis une vingtaine d'années.

Or les praticiens les plus âgés ont souvent suivi toute la famille, et des conversations sur des sujets personnels sont alors plus aisément abordés. Ils ont aussi une approche différente et en moyenne moins « productiviste ». Il est observé un allongement de la durée de consultation les concernant (cf. tableau 1.3.3.1).

1.3.4 Conditions de travail et remaniement de l'emploi du temps

Les médecins généralistes ont en théorie le choix de leur emploi du temps.

¹ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Les médecins décident d'être ponctuels et de maîtriser leur temps de travail, ou au contraire, laissent opérer le hasard, avec des consultations libres, sans rendez-vous. La pression de la salle d'attente les affecte différemment, certains y étant assez indifférents, alors que pour d'autres elle est source d'angoisse.

Si les rendez-vous sont suffisamment espacés, fixés en fonction de la durée moyenne effective des consultations, l'agenda est tenu sans grande difficulté.

À l'inverse, pour les généralistes qui reconnaissent assez souvent être en retard, tenir l'agenda est particulièrement hasardeux lorsqu'ils font preuve d'un optimisme ne prenant pas en compte d'imprévu.

Pour certains d'entre eux, le rendez-vous n'est qu'un ticket d'entrée. L'heure compte peu car elle ne sera pas respectée, et les patients attendent parfois jusqu'à une ou deux heures. Pour ces praticiens, le rendez-vous permet de fermer la porte à certains patients, et de contrôler le nombre de patients maximum à voir, mais il n'y a pas d'enjeu de ponctualité.

Par ailleurs, les médecins aspirent à une diminution de la durée du travail : l'amplitude des journées varie, soit en raison des horaires prévus, soit en raison de la variabilité de la demande.

La saisonnalité de l'activité de consultation (plus de consultations en hiver, le lundi après un weekend et le soir après le travail des patients), entraîne de longues journées, de 10 à 12 heures de travail. [4]

1.3.5 Rémunération du médecin généraliste

Le médecin généraliste recherche une rémunération cohérente avec ses années d'études et le temps de travail effectué. Or en France, la dépense est socialisée et dépend de la cotation de la sécurité sociale (en secteur 1).

Une consultation d'une heure est au même tarif qu'une consultation de 15 minutes²... Ce qui pousse indubitablement certains médecins à raccourcir de manière outrancière la durée d'une consultation.

De plus, le profil des carrières des médecins est très original, notamment dans sa dimension longitudinale :

- âge élevé à l'installation (plus de 33 ans),
- maximum d'honoraires sur une durée de 23 ans, de 35 à 58 ans environ,
- décroissance des revenus, et de la durée de travail, jusqu'à 65 ans.

Ceci avec un impact restant à étudier, mais néanmoins probable, sur la durée des consultations selon le moment de la carrière.

Par ailleurs, le prix de la consultation progresse entre 1980 et 2004 au rythme annuel de 1,14 % pour les omnipraticiens. En 1982, il fallait déboursier 55 franc pour une consultation et aujourd'hui 25€ (soit une augmentation de 23%, corrigée de l'inflation, alors que le salaire moyen a augmenté de 12 % entre 1982 et 2010) [21]. Ceci devrait inciter à des temps de consultation respectés.

² Entrées progressivement en vigueur en 2017, certaines tarifications de la convention médicale permettent néanmoins d'adapter le tarif à la nature de certains actes.

1.3.6 L'informatisation du cabinet médical

L'intégration d'informations venant des réseaux de soin (biologie, examens, lettres de confrères, bilans ...) peut être chronophage, prenant du temps sur la consultation elle-même. L'accès à ces fonctionnalités requiert un certain niveau de ressources techniques pour l'installation des outils de traitement (protocoles de télétransmission, paramétrages d'échange d'informations...).

Cependant, les logiciels utilisés de nos jours sont devenus très performants, et contribueraient à réduire le temps de la consultation. Ils sont une aide précieuse à l'accès au dossier médical, ainsi qu'à la rédaction des renouvellements d'ordonnances, des certificats d'aptitude sportive ou d'absence.

1.3.7 Evolution des mœurs

Les omnipraticiens finissant leur internat sont sensibilisés à l'importance d'une médecine centrée sur le patient.

Pression de la société, avec le développement d'interfaces permettant un libre accès à la connaissance médicale, et avec l'évolution de la formation initiale, il en est fini du médecin paternaliste tout puissant. Le patient fait partie intégrante de la décision médicale : la consultation est un apport d'informations et d'explications, suivi d'une entente mutuelle sur la prise en charge thérapeutique. C'est certes plus long et parfois fastidieux, mais tout aussi enrichissant, à la fois pour les praticiens et les patients.

Points clefs

La durée d'une consultation serait vouée à décroître du fait de l'informatisation, de la pénurie de médecins, du paiement à l'acte et de la recherche d'une rémunération cohérente. Il y a cependant de nombreux facteurs antagonistes, comme la féminisation de la profession, son vieillissement, ainsi que l'évolution des attentes qui se sont multipliées et recentrées sur le patient.

1.4 Déterminants de l'expression de demandes multiples

1.4.1 Définition d'un motif de consultation

Dans la littérature, on ne retrouve pas de définition exacte d'un motif de consultation, ce qui justifie l'hétérogénéité de certaines études.

Cependant nous pouvons prendre comme référence des éléments de définition donnés par le CNEMI¹ :

Il s'agit de déterminer ce qui gêne le patient, ce qu'il souhaite que le médecin solutionne. C'est donc une plainte, un symptôme. Ce n'est jamais un diagnostic (même pas une suspicion de diagnostic). [22]

Les motifs de consultation peuvent être classés :

- suivant leur nature (renouvellement d'ordonnance, diagnostic d'une maladie, certificats, problème psycho-social, prévention...),
- selon le temps de prise en charge par le médecin (une réponse verbale, simple information prend moins de temps que la prise des constantes, ou que l'élaboration d'un diagnostic),
- suivant le nombre de questions touchant à des domaines différents énoncées par le patient.

1.4.2 Fréquence des demandes par consultation

L'étude ECOGEN², étude nationale réalisée en patientèle de médecine générale, menée par 54 internes de médecine générale en France, portant sur 20 613 consultations réparties de décembre 2011 à avril 2012, retrouve une moyenne de 2,6 demandes par consultation. [23]

Ce nombre ayant tendance à augmenter au fur et à mesure des années : + 0,36 demandes par consultation entre 1994 et 2010, d'après [19].

Les autres études, comportant un effectif plus restreint de consultations, oscillent entre 1,24 à 2,03 demandes par consultation. [24, 5, 25, 14]

En effet, il existe un abord difficile de cette variable, étant donné que certains motifs ne sont pas clairement exprimés par les patients, ou peuvent être abordés à tout moment de la séance.

¹ Collège National des Enseignants de Médecine Interne

² Étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

Dans l'idéal, une consultation de médecine générale devrait se dérouler de manière linéaire, en débutant par l'écoute des plaintes du patient, suivie de l'examen clinique, puis du raisonnement clinique du médecin, amenant à une décision finale, alliant données de la science et préférences du patient.

Dans la réalité, la consultation est souvent morcelée. L'interrogatoire et la parole du patient se retrouvent entrecoupés par les interrogations du médecin. Certains patients énoncent des demandes à tout moment de la consultation, parfois jusqu'à la fin, sur le pas de la porte. [6]

1.4.3 Sollicitations et interruptions de la part du praticien

Dans son étude sur le déroulement d'une consultation, Stephan a mis en évidence une variation importante du nombre de demandes selon le praticien. [26]

Harant-Beaufort a enrichi ce résultat en montrant un lien entre le nombre de demandes exprimées et les sollicitations du médecin.

Aussi étonnant que cela paraisse, elle a constaté que plus les demandes s'accumulaient au cours de la consultation, plus les médecins provoquaient de nouvelles demandes.

En justification d'un tel paradoxe, Dyche a montré (par des auto-questionnaires post-consultation remplis par médecins et patients), que l'usage des sollicitations permettrait aux médecins de mieux comprendre les patients, et de saisir plus facilement leurs réelles préoccupations. [27]

Encourager la parole du patient tout au long de la consultation reste en conséquence d'un grand intérêt pour la qualité du diagnostic.

Harant-Beaufort a étudié la précocité des premières interruptions du médecin sur l'expression initiale des préoccupations du patient : l'expression entière de leurs préoccupations en début de consultation permettait de réduire la survenue de demandes tardives. Il suffirait de rallonger de seulement 6 secondes le temps d'expression initial du patient, pour réduire la survenue de demandes tardives, passant d'une fréquence de 35 % à une fréquence de seulement 15 %. [14]

1.4.4 Caractéristiques de la patientèle concernée

Il est également démontré dans plusieurs travaux [14, 26], que les femmes expriment significativement davantage de demandes au cours des consultations que les hommes (2,07 contre 1,83).

L'âge est également un déterminant retentissant sur le nombre de demandes : moins de 1,8 demandes en moyenne pour les moins de 40 ans, contre une moyenne supérieure à 2,2 demandes pour les plus de 60 ans.

Points clefs

Les femmes et les personnes âgées constituent la population la plus probable pour formuler des demandes multiples lors de la consultation.

Respecter leur temps de parole en début d'examen permettrait de diminuer le nombre de leurs demandes supplémentaires.

1.5 Constatations sur l'impact délétère des consultations à motifs multiples

1.5.1 Le syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burnout syndrome*, résulte de la triade :

- épuisement émotionnel,
- dépersonnalisation,
- diminution de l'accomplissement personnel. [28]

Il touche deux fois plus les médecins que la population active non médicale d'Europe et des Etats-Unis [29]. Les médecins souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress, d'anxiété et de dépression.

Sa prévalence concernant les médecins généralistes français, à un niveau dit « pathologique », pour au moins l'une de ces trois dimensions, est élevée, entre 30 à 50 %, selon les études.

En 2003, une étude réalisée pour le CNOM¹, a relevé un taux de suicide chez les médecins supérieur de 2,37 fois à celui de la population générale, et représentant 14 % des causes de décès des médecins généralistes libéraux en activité. [30, 31]

Le *burnout* peut aussi être à l'origine d'une diminution de la qualité des soins et d'une détérioration de la relation médecin-patient. [32]

Des médecins généralistes français, interrogés sur le sujet, exposent comme principaux facteurs de risque la lourdeur des cas et la surcharge de travail. [10]

En effet, une étude de l'IRDES² en 2009 a révélé qu'un médecin généraliste déclare travailler en moyenne entre 52 à 60 heures par semaine, sans compter les activités non liées aux soins comme la formation continue, les tâches administratives, la gestion du cabinet... [33] La disponibilité du médecin est un critère essentiel pour le patient, qui veut pouvoir le consulter quand il est malade, mais cela nuit à la qualité de vie du médecin, et contribue à générer de l'épuisement physique puis émotionnel.

Devant ce constat, les médecins généralistes aspirent à quelques mesures préventives, tel un allègement de la charge de travail à travers des horaires de travail non extensibles et un nombre d'actes limité, ainsi qu'une revalorisation de la médecine générale. [10]

¹ Conseil National de l'Ordre des Médecins

² Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

1.5.2 Risque d'erreur médicale

La multiplicité des demandes lors de la consultation génère une situation à risque d'erreurs médicales. [8]

Ces demandes nombreuses, et certaines d'émission tardive dans la consultation, déroutent souvent le médecin, et donnent fréquemment lieu à des réactions négatives de sa part. [6]

En effet, sur les 138 médecins généralistes interrogés en 2014 dans le département des Bouches du Rhône, 30 % évoquaient la multiplicité dès le 2^{ème} motif et 58 % à partir du 3^{ème} motif.

Enfin, leur tolérance chutait brutalement pour 4 motifs et plus (25 % seulement tolérant cette multiplicité, contre 38 % et 37 % pour respectivement 2 et 3 motifs).

128 médecins de l'étude, soit 93%, estimaient que la multiplicité était synonyme de difficultés à mener une consultation de qualité.

D'autant plus que ces consultations hasardeuses étaient fréquentes (plus de 3 consultations par jour pour 67 % d'entre eux).

91 % des consultations à motifs multiples duraient plus de 15-20 minutes, et 83 % de ces médecins ne trouvaient pas que le tarif de la consultation à 1C fût justifié dans ce cas précis.

Points clefs

La surcharge de travail, associée à la multiplicité des demandes et à la lourdeur de certains dossiers médicaux, détériore la relation médecin-patient, avec un risque accru d'erreurs médicales. Ceci peut aller jusqu'à contribuer à l'émergence de *burnout* chez les médecins.

1.6 Objectifs de l'étude

1.6.1 Objectif principal

Cette thèse a eu pour objectif premier d'explorer, auprès de patients de médecine générale, les raisons qui les poussent à poser plus de 2 questions au cours d'une consultation de médecine générale. Identifier ces déterminants permettrait au médecin d'adapter son approche concernant la prise en charge des demandes, et éventuellement de les différer, sans induire de frustration chez le patient.

1.6.2 Objectif secondaire

Dans un second temps, l'étude s'est orientée vers les attentes des patients concernant les qualités qu'ils recherchent chez leur médecin, et leur vision d'une « bonne » consultation de médecine générale. Une réconciliation harmonieuse des attentes des patients et des médecins pourrait alors donner lieu à une satisfaction partagée.

Deuxième partie

Matériel et méthodes

« La situation d'enquête, notamment l'entretien, qui met en relation un chercheur et ses questions avec une personne (l'enquêté), dans les réponses de laquelle des informations sont recherchées, produit sur cette personne des effets artificiels empêchant l'objectivité et la représentativité de ces informations. Il s'agit alors pour le chercheur, par son savoir sur la personne interrogée comme sur les effets de la situation d'enquête, d'adapter au mieux celle-ci afin de la rendre la plus facile et la plus sensée pour la personne interrogée. »

(Bernard Dantier, 2004)

« L'étude qualitative : développement de concepts qui aident à comprendre des phénomènes de société dans leur contexte naturel (plutôt qu'expérimental) en mettent l'accent sur les significations, les expériences et les opinions des participants. »

(Pope et Mays, 1995)

2.1 Schéma général de l'étude

2.1.1 Etude qualitative

Nous avons recouru à l'analyse qualitative, issue des sciences humaines, qui est une méthode d'investigation permettant l'exploration descriptive des représentations, des attitudes ou des comportements, ainsi que leur interprétation [34]. D'une grande exhaustivité, elle permet de faire émerger des hypothèses nouvelles [35] et d'avoir une vision d'ensemble d'un problème donné.

D'après la définition décrite en 1995 par Clive Pope et Nicholas Mays, l'étude qualitative est un développement de concepts qui aident à comprendre des phénomènes de société dans leur contexte naturel (plutôt qu'expérimental), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et l'opinion des participants. [36]

Notre étude n'a donc généralement pas cherché à mesurer ou quantifier les différentes réponses apportées.

À l'instar des études quantitatives, il existe des critères de validité pour les enquêtes qualitatives. Elles obéissent toutes deux aux mêmes standards de rigueur scientifique de véracité (dont l'équivalent quantitatif est la validité interne), d'applicabilité (validité externe), de consistance (fidélité) et de neutralité (objectivité) de la recherche.

Ces critères de validité ont été définis par Rohleder et Lyons [37] de la manière suivante :

Authenticité : recherche de l'exhaustivité des points de vue et obtention de la saturation théorique des données ;

Crédibilité : vérification de la véracité des résultats par confirmation auprès des interviewés ou par la méthode de triangulation, soit en comparant les différents entretiens entre eux ou par rapport aux données de la littérature ;

Transférabilité : capacité d'une recherche à s'étendre à d'autres situations, obtenue en constituant un échantillon représentatif et en décrivant de manière détaillée le contexte de recherche ;

Confirmabilité et fiabilité : garantie de la neutralité du chercheur en expliquant clairement la démarche et en élaborant un guide d'entretien.

2.1.2 Entretiens semi-dirigés individuels

Nous avons choisi la méthode des entretiens semi-dirigés, qui est une technique de recueil d'informations, permettant de centrer les propos des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement.

Par son côté semi-directif, il permet de limiter les digressions, contrairement à l'entretien libre, mais donne lieu à une expression spontanée et exhaustive, que l'on ne retrouverait pas dans un entretien dirigé.

L'attitude de l'interviewer est primordiale dans l'obtention de la véracité et de l'exactitude des informations recueillies. La seule manière d'intervenir, dans le seul but de favoriser et valoriser la parole de l'interviewé, est l'emploi de certaines techniques et positionnements communicationnels :

1. Des techniques de reformulation, des relances aux moments opportuns :
 - reformulation de relance (« Et puis ? », « Mais encore ? »),
 - reformulation de contrôle (« Si j'ai bien compris... »), répéter avec d'autres mots ce qui a été dit en demandant confirmation,
 - reformulation d'approfondissement (« Pouvez-vous me réexpliquer ? »).
2. Une neutralité bienveillante : l'intervieweur doit rester neutre et objectif, et ne doit jamais donner ses opinions personnelles, ni chercher à influencer les réponses.
3. La pause active : 5 secondes de silence après un commentaire en gardant le contact visuel, peut encourager d'autres remarques.
4. Répondre de façon neutre à l'interviewé : « d'accord », « ok », « oui » ou « hum. . . ». Éviter « c'est cela », « c'est bien », « excellent », des signes non verbaux (hochement de tête).
5. Des questions multiples : la citation de 5 mots pour préciser l'idée.

Toutes ces techniques servent à appeler des précisions, à susciter du discours dans un climat de confiance, de respect, d'ouverture et de tolérance, sans aucun jugement de valeur.

2.1.3 Éthique

Dépourvue de données à caractère personnel pouvant identifier une personne physique, cette étude est conforme à la loi Informatique et Libertés, et aux attentes de la CNIL¹ concernant les fichiers.

Points clefs

La présente étude a été réalisée selon les principes des études qualitatives, et au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés.

Par conséquent, il a été systématiquement recherché le respect des critères d'authenticité, de crédibilité, de transférabilité, de confirmabilité et de fiabilité.

Les données ont été anonymisées.

¹ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

2.2 Méthode de sélection et échantillonnage de la population cible

2.2.1 Caractéristiques de la population

La recherche de représentativité et d'un équilibre de différents facteurs (âge, sexe, distance domicile/cabinet, statut professionnel) a orienté le choix vers une étude multicentrique, regroupant 5 cabinets de médecine générale.

Ces derniers sont situés en zone urbaine (Mérignac), péri-urbaine (Saint-Jean-d'Ilac et Martignas-sur-Jalle) et en zone rurale (La Brède et Saint-Macaire).

Ces cabinets, rencontrés au cours de stages de médecine générale ou de remplacements divers, ont été sélectionnés en raison d'une meilleure acceptabilité des différents praticiens à laisser leur patientèle répondre à mes questions ;

L'autre point déterminant est que chaque cabinet possède dans ses murs au moins 3 praticiens différents (homme et femme, DU variés) amenant à éviter une patientèle « sculptée » à l'image de son médecin.

Les entretiens, en général réalisés par demi-journée (matin ou après midi), ont été réalisés sur une période s'étendant de décembre 2016 à mars 2017. Les dates en ont été aléatoires, dépendant de la présence d'un plus grand nombre de médecins au cabinet ce jour là, et par extension, d'une patientèle plus nombreuse.

2.2.2 Recrutement de la population cible

Le recrutement de la population d'étude a été réalisé selon la méthode de l'échantillonnage raisonné, propre aux études qualitatives.

Il s'agit d'une procédure d'échantillonnage non probabiliste, consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats. [38]

Dans les premiers temps de l'étude, les entretiens avaient lieu après la consultation.

Cependant, les patients s'avéraient alors peu désireux de prendre du temps pour répondre. La démarche a été révisée, et les entretiens furent par la suite menés avant les consultations.

Le patient était sollicité pour un entretien par mes soins dans la salle d'attente. Il lui était alors précisé l'objectif de l'étude, en évoquant le thème général sur lequel portera l'entretien, en précisant sa durée, et en garantissant le respect de son anonymat.

En plus de l'acceptation de participer par le patient, les critères d'inclusion appliqués étaient les suivants :

- être majeur,
- être capable de comprendre les questions.

2.2.3 Taille de l'échantillon et saturation

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon est assujettie à la saturation des données obtenues en favorisant la diversité de points de vue. Elle n'est pas déterminée à l'avance, contrairement aux études quantitatives.

Cette saturation est recherchée par l'analyse des entretiens, en parallèle à leur réalisation.

Pour les entretiens, la saturation du contenu est généralement obtenue au bout du 10^{ème} entretien : c'est à dire qu'un nouvel entretien n'apportera pas d'autres informations significatives. En pratique, on réalise quelques entretiens supplémentaires, pour confirmer la saturation.

Points clefs

La variété de la population étudiée a été permise par une étude multicentrique et étalée sur 4 mois, auprès de patients majeurs et volontaires.

Les entretiens ont été menés avant la consultation pour un meilleur taux de participation.

L'objectif de saturation des données était d'au moins 15 entretiens.

2.3 Outils méthodologiques pour le recueil des données

2.3.1 Guide d'entretien

Le guide d'entretien qualitatif semi-dirigé individuel, permet d'exposer le déroulement de chaque entretien, ce qui le rend reproductible, tout en restant flexible dans la chronologie des questions. Il ne s'agit pas de lire une liste de questions, l'ordre peut en être modifié en fonction des réponses de l'interviewé, et certaines questions peuvent être omises si le patient les aborde de manière spontanée.

Le guide a été adapté au fur et à mesure de la progression de l'étude. En effet, lors de l'apparition d'idées inattendues, on n'hésite pas à demander confirmation à l'interviewé, et à l'inviter à développer cette idée. Il est ensuite possible d'ajouter de nouvelles questions au questionnaire en vue d'enrichir les prochains entretiens.

Ce guide d'entretien (présenté en annexe page 127) est constitué de plusieurs parties :

Une amorce introduisant le sujet de l'étude, sa durée approximative, l'anonymisation des propos recueillis. On s'enquiert du consentement du patient. On valorise l'importance des témoignages personnels qui seront accueillis sans jugement.

Une liste de questions ouvertes simples et neutres, afin d'investiguer les thèmes-clefs, vérifier des hypothèses, des interprétations, pour provoquer.

- Les questions 1 et 2, visent à relever le nombre de demandes faites au médecin, réellement posées ou omises et la présence d'une réponse apportée par le praticien.
- Les questions 3 à 7, répondent à la problématique première en cherchant à connaître les raisons de la multiplicité des demandes au cours d'une même consultation. Elles interrogent également sur la réaction et le ressenti du patient à propos d'un éventuel report d'une de ses demandes à une date ultérieure.
- Les questions 8 à 10, étendent la problématique à une vue d'ensemble sur l'attente du patient envers son médecin, tant dans sa relation que dans le traitement de sa demande. L'appréciation du temps d'attente est imposée dans le guide comme sujet de discussion.
- Seuls les résultats des questions 3 à 10 seront analysés ; les 2 premières questions permettent d'amener le patient à la problématique principale et présentent une notion trop imprécise pour donner lieu à une interprétation.

Les questions sont complétées par des relances, pour investiguer de manière plus approfondie les points de vue, notamment au moyen de citations de 3 mots, et à l'aide des expressions :

- « Que pensez-vous personnellement de... »,
- « Quelles seraient vos suggestions pour améliorer... »,
- « Quelle est votre expérience personnelle concernant... ».

Un court questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon de patients et s'interroger sur sa pertinence. Des questions fermées mettent en évidence les caractéristiques démographiques des patients (leur âge, leur sexe, leur statut professionnel et la distance entre leur domicile et le cabinet médical).

Une formule de remerciements pour la participation à l'étude.

2.3.2 Pré-enquête de terrain

Au premier jour d'essai, réalisé à Saint Jean d'Illac, il s'est révélé qu'une majorité de patients ne souhaitait plus être interrogée après leur entrevue avec leur médecin. Ils invoquaient, comme raison principale, un emploi du temps chargé et ne pouvant être décalé dans le temps. De plus, les médecins concernés, désireux de connaître en amont le sujet de ma thèse et ses aboutissants, pouvaient modifier leur prise en charge et induire un biais d'information.

Afin d'éviter ces biais, et de risquer d'exclure les patients « pressés » de mon étude (appartenant essentiellement à la tranche d'âge comprise entre 20 et 39 ans), le questionnaire a été remodelé pour que les entretiens aient lieu avant la consultation.

Par la suite, il se pouvait que les entretiens soient interrompus lorsque venait le moment de consulter pour le patient.

Certaines questions, spontanément jugées difficiles d'interprétation pour les patients, ont été remodelées pour une meilleure compréhension de leur part et une valorisation des réponses.

La forme originale est présentée en annexe A page 129, et la version définitive en annexe B page 131.

Point clef

Un guide d'entretien (présenté en annexe) a été établi au préalable, et adapté à la réalité des entretiens.

2.4 Traitement des données

La démarche d'analyse des données a été définie au préalable dans le protocole de la thèse afin d'être rigoureuse, systématique et vérifiable, permettant ainsi d'assurer sa reproductibilité.

2.4.1 Entretiens bruts

Le recueil des données a été réalisé grâce à des entretiens en situation réelle, en face à face avec le patient interrogé, en se tenant à l'écart afin de rester inaudibles des patients avoisinants, et après m'être présentée comme étudiante en médecine.

Aucun enregistrement numérique n'a été entrepris, ayant été jugé indiscret et intrusif, devant un patient qui se confie dans la salle d'attente de son médecin. Pour chaque entretien, au fur et à mesure, une transcription manuscrite sur papier a été établie, la plus fidèle et riche possible. Ces transcriptions ont été notamment rendues possibles par des techniques de reformulation, et par la vérification des propos dans les grandes lignes avec l'interviewé, à la fin de l'entretien.

Dans un deuxième temps, et afin d'éviter toute interprétation personnelle, ces données ont été retranscrites sous la forme de verbatims (avec le logiciel de traitement de texte LibreOffice Writer).

Deux retranscriptions d'entretiens bruts figurent en annexe C page 133 et annexe D page 135 à titre d'exemple; cependant tout élément de nature à permettre d'identifier les patients en ont été supprimés.

2.4.2 Analyse des fréquences d'occurrences

Nous avons procédé à une analyse de fréquence de mots, indiquant pour chaque mot le nombre d'entretiens où il est apparu. Comme cette analyse ne prétend à aucune validité statistique, des nuages de mot sont utilisés de manière à retranscrire de manière visuelle la prépondérance de certains mots. Ils ont été élaborés à l'aide du logiciel WordsClouds.com. Cela permet d'objectiver, de manière imagée, les similarités dans les grandes idées de chaque entretien.

2.4.3 Analyse des fréquences de co-occurrences

En complément des analyses de fréquences, une analyse des co-occurrences (similitudes), nombre de fois où deux éléments sont apparus ensemble au cours d'un entretien, a été

élaborée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ. Ceci afin d'étudier les relations entre éléments au sein d'un entretien.

Par défaut, les mots sont les cercles du graphe et les branches représentent les co-occurrences entre eux. Plus la taille des mots est grande, plus ils sont fréquents dans le corpus ; plus les branches sont épaisses, plus les mots sont co-occurents.

La retranscription et l'analyse se sont faites au fur et à mesure de la réalisation des entretiens pour tirer profit des informations recueillies dans les entretiens précédents. La construction de ce graphique de mots a donc été évolutive et constamment enrichie par les nouveaux verbatims.

2.4.4 Analyse de contenu thématique

Le but poursuivi durant cette phase consiste à appliquer, au corpus de données, des traitements autorisant l'accès à une signification différente répondant à la problématique, mais ne dénaturant pas le contenu initial.

Afin de fournir, par condensation, une représentation simplifiée des données brutes, l'analyse a été réalisée en 2 temps :

1. Tout d'abord, l'organisation des données impliquant une « segmentation » et entraînant une « décontextualisation » : il s'agissait de rassembler et de trier les informations ayant trait à l'objet d'étude ; d'étudier les relations existant entre ces éléments à l'aide de comparaison, d'analogie, afin d'identifier des thèmes et de construire des hypothèses.
En cas de besoin, des catégories supplémentaires étaient rajoutées au fur et à mesure du codage.
En cas de doute sur l'analyse d'une phrase, un avis extérieur était sollicité pour rester le plus objectif possible (méthode des juges).
2. Puis leur interprétation menant à une « recontextualisation » par l'élaboration d'une grille de catégories rassemblant des éléments ayant des caractères communs sous un titre générique, donnant lieu à des arbres véhiculant et simplifiant les idées issues des entretiens.

Cette méthode est issue, entre autres, des réflexions et recherches de Mucchielli et Bardin sur l'élaboration de la méthode qualitative. [39] [40]

2.4.5 Citations

Par la suite, afin d'étayer chaque thème, figurent des citations de patients, choisies parmi les plus pertinentes et défendant les différents points de vue, indépendamment de leurs fréquences.

Points clefs

Les entretiens n'ont pas été enregistrés. Cependant, ils ont été transcrits manuellement au fil de leur déroulement.

Ceci a permis leur étude *a posteriori* par diverses techniques : analyse des fréquences d'occurrences par nuages de mots, analyse des fréquences de co-occurrence par graphiques de similitudes, analyse de contenu thématique par arbres thématiques, et enfin par citations.

Troisième partie

Résultats

3.1 Caractéristiques des entretiens et des patients interrogés

Les entretiens, réalisés sur 9 demi-journées, ont été répartis sur 4 mois, de décembre 2016 à mars 2017, dans 5 cabinets de médecine générale de la Gironde.

3.1.1 Caractéristiques des entretiens

La saturation des données a été obtenue rapidement, entre le dixième et le quinzième entretien, suivant la question abordée.

Cependant, en raison de la disparité des personnes consultées, et du nombre important de questions soulevées dans le questionnaire, 92 patients ont été interrogés de manière à faire émerger certains profils de répondants.

La durée approximative des entretiens était généralement d'une dizaine de minutes, certains écourtés par l'éminence de la consultation.

3.1.2 Caractéristiques des patients interrogés

Au total, 95 patients ont été sollicités ; 3 seulement ont refusé de participer, 2 hommes particulièrement âgés, et 1 jeune femme. Tous attendaient leur rendez-vous dans la salle d'attente de leur médecin généraliste.

	Nombre	Âge			Profession			Distance domicile	
Patient	92	18-39	40-60	> 60	Actif	Sans emploi	Retraité	< 5 km	> 5km
Homme	47%	12	13	18	24	8	11	27	16
		28%	30%	42%	56%	19%	25%	63%	37%
Femme	53%	13	15	21	25	10	14	31	18
		26%	31%	43%	51%	20%	29%	63%	37%

FIGURE 3.1.2.1 – Tableau - Caractéristiques des patients interrogés

Les patients ont été sélectionnés afin d'avoir un échantillon le plus représentatif et le plus nuancé en terme d'âge et de sexe.

Le tableau 3.1.2.1 retranscrit ces différentes caractéristiques.

L'échantillon se composait de 43 hommes et de 49 femmes, soit respectivement 47 % d'hommes et 53 % de femmes. La moyenne d'âge des patients était de 54,7 ans (54,1 ans pour les hommes, et 55,1 pour les femmes), et l'écart type était de 18,0 ans (16,8 pour les hommes et 19,1 pour les femmes).

Points clefs

Les entretiens, réalisés sur 9 demi-journées, ont été répartis sur 4 mois, de décembre 2016 à mars 2017, dans 5 cabinets de médecine générale de la Gironde. L'échantillon se composait de 43 hommes et 49 femmes (moyenne d'âge 54 ans) ; 3 personnes ont refusé de répondre.

3.2 Les raisons du questionnement multiple énoncées par les patients

Les patients ont été amenés à formuler leurs motivations à poser plus de deux questions lors de la même consultation, et leurs réponses sont étudiées ci-après par nuage de mots, graphique de co-occurrences, et arbre thématique.

3.2.1 Analyse par nuage de mots



FIGURE 3.2.1.1 – Nuage de mots - Raisons données par les patients à leurs questionnements multiples

Le nuage de mots de la figure 3.2.1.1 fait ressortir 5 raisons principales données par les patients pour justifier de leurs questionnements multiples :

Le temps d'attente qui dissuade de revenir pour un motif secondaire ;

L'opportunisme consistant à profiter de « l'occasion » d'un renouvellement de traitement pour aborder d'autres sujets souvent « bénins » ;

Le hasard avec la survenue concomitante de plusieurs symptômes différents ;

La réticence à consulter régulièrement ou à « déranger », et donnant lieu à des consultations délibérément rares et prolixes ;

L'angoisse d'une maladie grave, pour laquelle chaque symptôme pourrait avoir son importance.

3.2.2 Analyse par graphique de co-occurrences

Le graphique de co-occurrences 3.2.2.1 fait apparaître 7 motifs principaux fréquemment cités et qui ne sont pas en lien les uns avec les autres. Ceci signifie que, pour un patient donné, il y a un seul motif principal qui justifie la consultation multiple ; ce motif est lui-même relié à d'autres motifs secondaires en grappes (« communautés »).

Les motifs principaux sont :

La peur d'une maladie grave

Association : « gravité », « savoir », « information », « inquiétudes », « peur », « internet »

Les patients consultent avant tout devant la peur d'une maladie grave. Cette inquiétude sous-jacente est souvent liée à l'apport des médias, d'accès plus facile. Le patient est alors en quête de précisions et de savoir.

L'aversion à venir consulter par perte de temps

Association : « perte de temps », « dépense de la sécurité sociale », « dernier moment », « regroupement »,

Il existe un pragmatisme évident, croisé de la sagacité aiguisée du patient, qui voit dans une consultation la perte de temps ainsi que le déficit de la sécurité sociale. S'ajoutent à cet état d'esprit le mot « dernier moment ». Ce patient ne va donc pas voir son médecin par plaisir, et il préfère « rentabiliser » sa consultation.

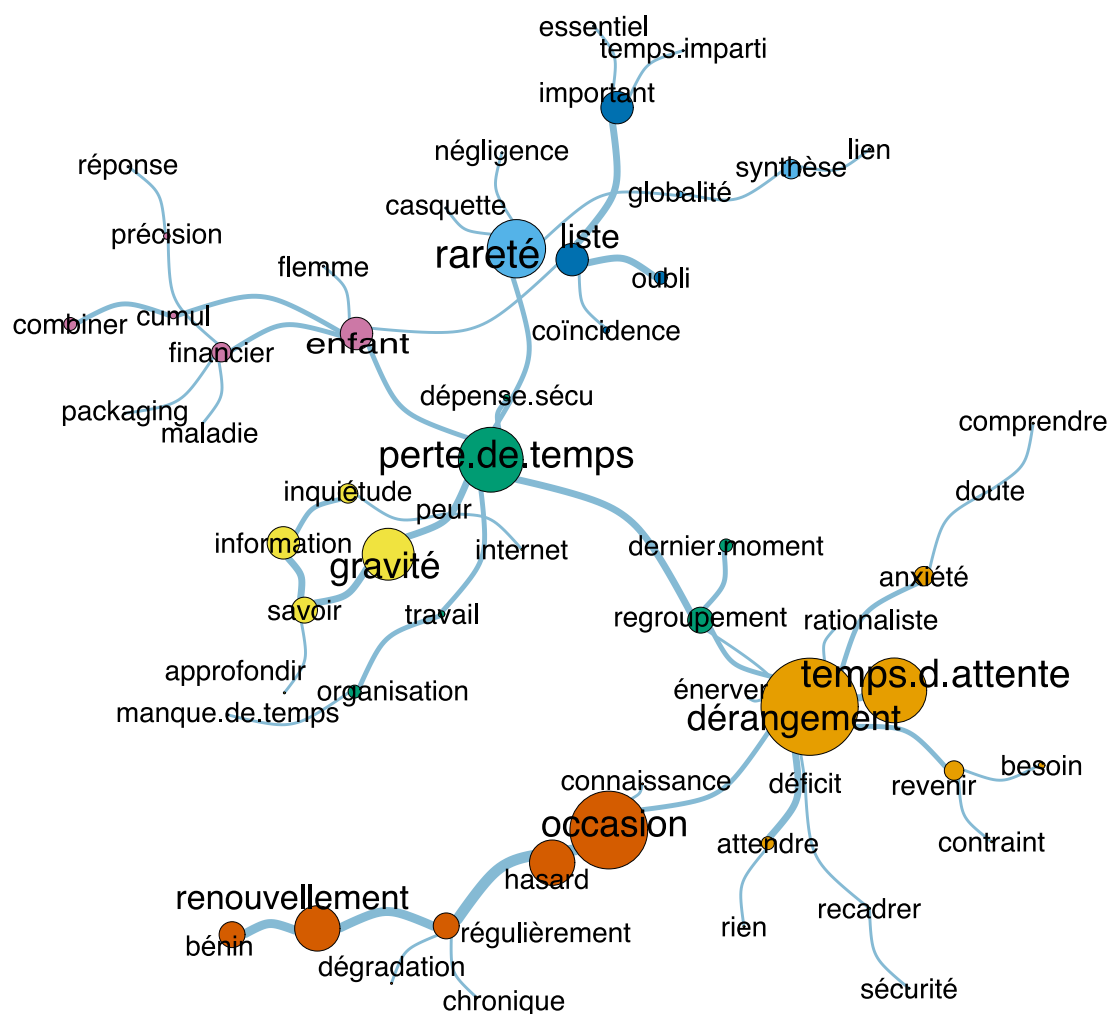


FIGURE 3.2.2.1 – Graphique de co-occurrences - Raisons données par les patients à leurs questionnements multiples

La peur d'oublier et la constitution d'une liste

Association « Oubli », « liste », « important », « essentiel »

Cet appariement est un reflet des patients vieillissants, présentant des troubles de la mémoire ou de l'attention, et qui ont toujours peur d'oublier quelque chose de grave. Ils ne veulent pas déranger à nouveau le médecin, alors il faut tout aborder, et la liste peut être longue.

La contrainte financière, amplifiée par les enfants

Association : « enfant », « financier », « cumul », « packaging »

Les enfants constituent une contrainte supplémentaire, notamment dans l'attente, ainsi qu'au niveau financier (surtout s'ils sont nombreux et en période épidémique). Les parents regroupent leurs questions pour éviter de revenir trop souvent.

La réticence à déranger le médecin

Association : « dérangement », « temps d'attente », « attendre »,

La peur de « déranger le médecin pour rien », pousse le patient à venir consulter lorsqu'il a suffisamment de questions, afin d'éviter d'importuner son médecin pour un seul problème. Il cherche à justifier et à légitimer sa consultation. Ce sentiment est renforcé par une attente longue qui peut dissuader le patient de revenir de sitôt.

Profiter de l'occasion d'une autre consultation

Association : « occasion », « renouvellement », « hasard », « régulièrement », « chronique », « bénin ».

La population de patients concernée vient déjà régulièrement en consultation pour une pathologie chronique, et profite de cet accès privilégié avec son médecin, pour aborder d'autres maux de leur vie quotidienne, la plupart du temps anodins.

La recherche d'une synthèse médicale

Association : « rareté », « casquette », « négligence », « synthèse », « globalité », « lien »

La rare fréquentation de son médecin est étroitement liée à la nécessité de faire une « synthèse », dans sa « globalité », rendue possible par le statut « multi-casquette » du médecin généraliste, qui peut faire des liens entre les différents et nombreux symptômes présentés.

3.2.3 Analyse par arbre thématique

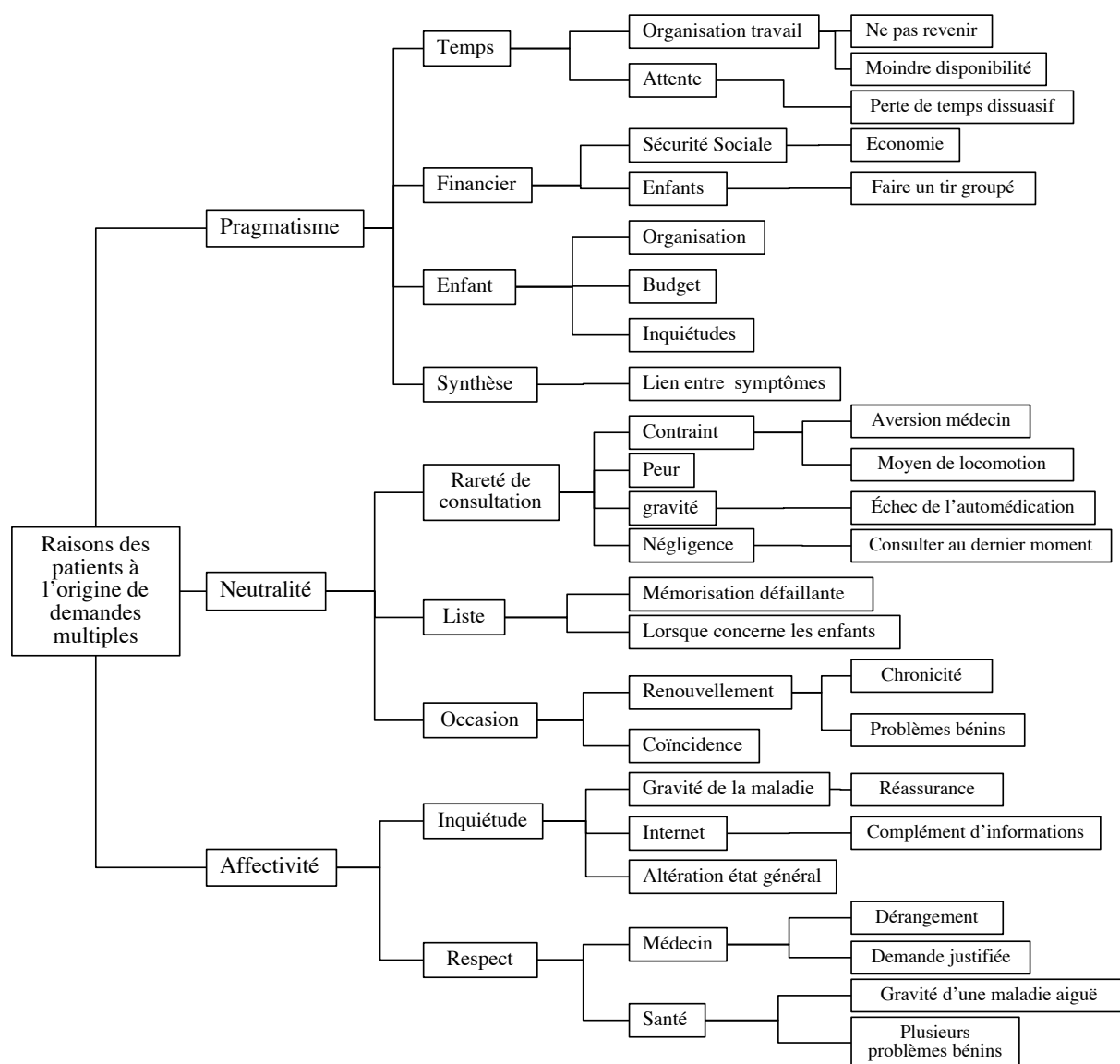


FIGURE 3.2.3.1 – Arbre thématique - Raisons données par les patients à leurs questionnements multiples

3.2.3.1 Maladie grave, échec de l'automédication

Les caractères « gravité » et « dernière chance » ont souvent été évoqués par les patients comme facteurs déclencheurs de leur consultation. Ils profitaient alors de cette occasion pour aborder d'autres sujets moins urgents. Il est ressorti une tendance certaine à l'automédication, le médecin étant ensuite consulté quand le symptôme tardait à disparaître ou bien s'aggravait.

« Tant qu'on peut marcher et y voir, je ne viens pas consulter. » 75F
« Pour que je vienne, il faut que ça aille mal. » 48H
« J'ai pas le permis alors je viens si ça vaut le coup. » 28F
« J'attends le dernier moment, c'est comme un rhume, je prends un truc à sucer et ça va passer. » 47M
« J'attends d'être vraiment malade pour consulter, et alors je pose les questions moins importantes. » 28F
« Moins vous voyez le médecin et mieux vous vous portez. » 23F
« Comme je déteste les médecins, j'attends le dernier moment pour consulter. » 32F
« Je regroupe toutes mes questions pour ne pas y aller à chaque fois. » 32M

3.2.3.2 Inquiétude, réassurance

À défaut d'attendre le dernier moment, d'autres patients plus inquiets, au contraire, déclaraient consulter pour le moindre motif, pensant qu'il pourrait refléter une maladie plus grave.

« J'aime poser des questions par rapport à la famille, des questions qui ne sont pas liées à la maladie, juste pour me rassurer. » 28F
« Je ne laisse plus trainer. » 57M
« J'aime bien reposer mes questions pour avoir des réponses claires, car c'est parfois difficile d'obtenir des réponses. » 65F
« J'ai besoin de savoir, les mots sur internet font peur. » 69F
« Il faut que mon médecin approfondisse, se casse la tête, je ne veux pas de réponses évasives. » 51F
« À la moindre petite alerte je consulte, mieux vaut prévenir que guérir. » 57F

3.2.3.3 Organisation avec le travail et temps d'attente

Il existe bien sûr au premier plan la difficulté à s'organiser vis à vis du travail, et la contrainte de se libérer à l'horaire restant vacant. Sans oublier le temps d'attente dans la salle d'attente qui peut parfois paraître ou être très long.

« J'ai des difficultés pour m'organiser avec le travail, à chaque fois on en a pour 1h d'attente. » 28F
« L'attente dans la salle d'attente c'est une perte de temps pour moi. » 38M
« Je suis très nerveuse, et le temps d'attente ça m'énerve. » 74F
« J'ai la flemme d'y aller, c'est une perte de temps, il faut vraiment que le problème soit grave. » 41M
« J'ai choisi ce médecin car il prend à l'heure et c'est appréciable avec les enfants. » 35F

3.2.3.4 Constitution de liste pour ne rien oublier

Certains patients établissent une liste, pour être sûrs de ne rien oublier.

« Je fais une liste car j'ai la mémoire qui flanche. » 75F
« Dès qu'il s'agit des enfants, je fais une liste. » 37M

3.2.3.5 Raison financière

Le patient ne souhaite pas « vider les caisses de la sécurité sociale » pour un simple rhume. Le prix de la consultation, même remboursé, en décourage certains à venir plus souvent, et ils préfèrent regrouper leurs questions.

« On ne peut pas consulter à chaque fois, il faut penser au trou de la sécu. » 68M
« Au prix de la consultation, on peut avoir des réponses. » 28F
« Il faut quand même avancer 23€ à chaque fois. » 27F
« La raison est surtout financière, surtout avec les enfants. » 41M

3.2.3.6 Ne pas déranger le médecin pour rien et « piquer la place » d'un cas plus important

Le patient ne désire pas non plus « engorger » le cabinet pour une maladie bénigne, alors que d'autres personnes présentent des cas plus graves. Il existe une bienveillance envers l'autre, et un souci de l'accès à la santé qui reste précieux.

« Je ne veux pas le déranger, il y a des cas plus graves que le mien. » 85F
« Cela fait gaspiller du temps au patient et au médecin. » 32M
« Le médecin n'est pas là pour soigner le petit bobo, le corps se soigne tout seul, donc je viens quand c'est grave. » 59F

3.2.3.7 Occasion, Hasard

La coïncidence est souvent le prétexte à une consultation à motifs multiples. Le patient profite de l'occasion pour aborder un autre problème, mais tout semble être arrivé en même temps. La loi des séries, côté patient...

« C'est le hasard, c'est arrivé tout à la fois. » 75F
« Je profite de l'occasion. » 41M

3.2.3.8 Attente du renouvellement pour aborder les problèmes bénins

La majorité des patients qui viennent consulter à une fréquence déterminée pour un traitement, profite de l'occasion pour aborder d'autres petits tracas.

« J'essaye de combiner maladie aiguë et renouvellement. » 55F
« Je le vois très régulièrement pour une maladie chronique donc j'attends pour poser mes autres questions. » 55M
« Je profite d'un renouvellement car je ne vais pas le déranger pour pas grand chose. » 73F

3.2.3.9 Recherche de bilan complet

Certains patients, souvent consultant peu, cherchent à faire un point global sur leur état de santé, ce qui les amène à aborder de nombreux points.

« J'ai plusieurs problèmes, je viens pour faire la synthèse. » 34M
« Peut être que tous mes problèmes sont liés entre eux alors je lui dis tout ce que j'ai. » 32F
« Je ne viens pas souvent donc je viens pour parler de tout, c'est l'occasion de faire le tour de tout et de revoir le traitement. » 59F

Points clefs

L'étude des entretiens fait ressortir sept motivations principales à la formulation de plusieurs demandes dans la même consultation, qui n'interagissent pas entre elles :

- l'anxiété et la recherche d'une synthèse médicale, englobant tous les symptômes préoccupants ;
- l'aspect financier ;
- la dissuasion du temps d'attente, amplifiée par les enfants ;
- la peur de l'oubli avec la confection d'une liste ;
- la contrainte professionnelle, avec une perte de temps évidente et la nécessité de s'organiser ;
- la crainte de déranger le médecin pour un unique problème estimé bénin ;
- l'opportunisme, notamment à l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance.

3.3 Motivations qui pousseraient les autres patients à poser plusieurs questions en consultation

Il était ensuite demandé à chaque patient ce qu'il pensait être les raisons d'un questionnement multiple provenant non plus de sa personne, mais des autres patients. Ceci dans le but de faire émerger d'autres idées, et éventuellement de révéler des motivations cachées, et plus faciles à prêter à d'autres personnes.

3.3.1 Analyse par nuage de mots



FIGURE 3.3.1.1 – Nuage de mots - Raisons prêtées aux autres patients pour leurs questions multiples

Il est intéressant de noter l'apparition des mots « social », « incultes », « soucis », « bavard » et « racontent leur vie » (assimilé au mot « bavard »), qui ne sont pas évoqués spontanément pour soi-même mais pour les autres...

Le patient est capable d'identifier les problèmes psycho-sociaux qui entravent le bon déroulement d'une consultation en ce qui concerne les autres, mais pas pour lui-même.

Par ailleurs, il persiste majoritairement un sentiment de compassion envers les autres patients, avec la notion de tolérance devant le besoin de réponses inhérent à une pathologie grave. À condition que ce dernier ne « profite » pas de la situation par un bavardage intempestif.

3.3.2 Analyse par arbre thématique

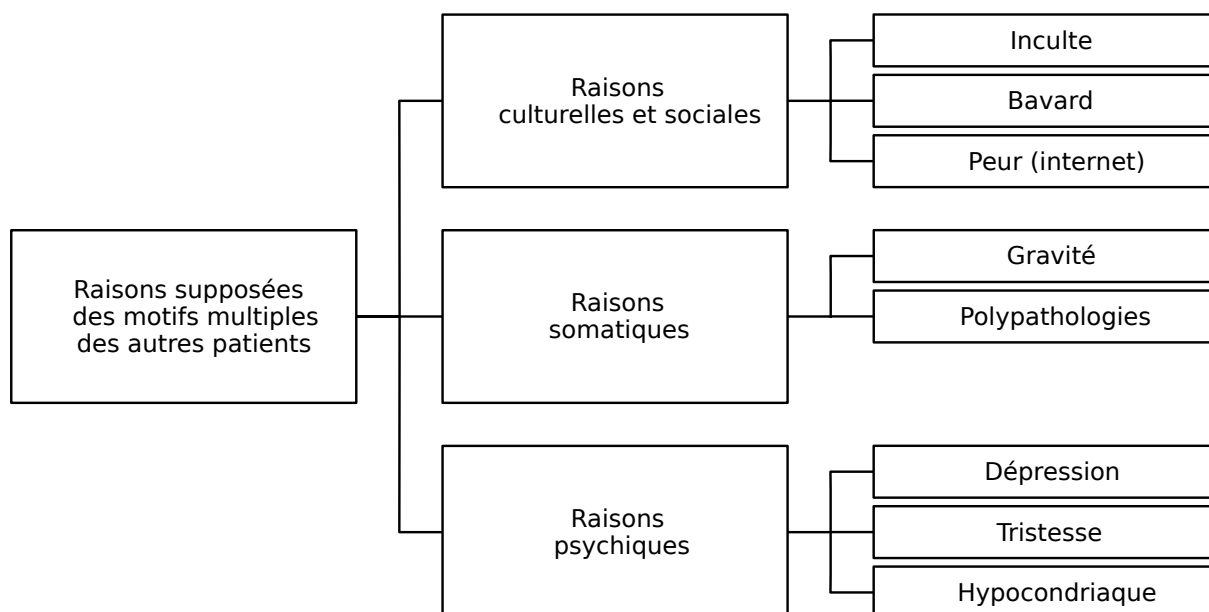


FIGURE 3.3.2.1 – Arbre thématique - Raisons prêtées aux autres patients pour leurs questions multiples

Trois catégories de raisons se dessinent :

- Les raisons culturelles et sociales : le supposé manque d'informations, avec la peur induite par les données délivrées sur le net, et le caractère « inculte » attribué à une classe sociale basse qui « s'inquiète pour un rien ». Elles rejoignent les raisons attribuées à la personnalité de certains patients et à leur engouement excessif pour l'échange verbal.
- Les raisons somatiques, directement liées à la gravité de la maladie, ou à des poly-pathologies.
- Les raisons psychiques, qu'elles soient de maladie avérée, ou de tendance hypocondriaque (peurs).

Points clefs

Lorsque l'on demande aux patients ce qu'ils imaginent justifier les motifs multiples des autres personnes, ils répondent en premier lieu la gravité supposée de leur maladie.

Cependant apparaissent de nouveaux motifs jusqu'alors non évoqués, de caractère psychosocial, et parfois connotés négativement (« bavards », « incultes »...).

3.4 Réactions des patients après consultation en cas d'omission de réponse du médecin

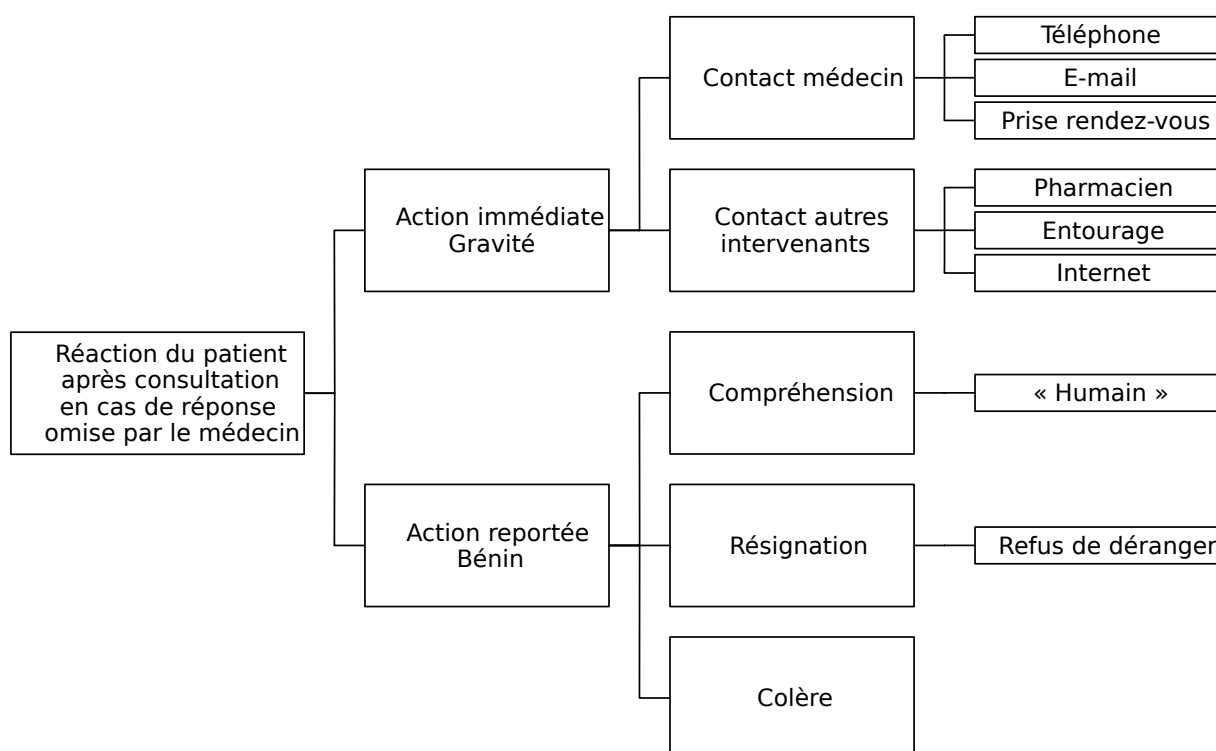


FIGURE 3.4.0.1 – Arbre thématique - Réactions aux oublis de réponse du médecin

En cas d'oubli de réponse à l'une des questions posées, découvert par les patients après la consultation.

- La majorité qualifie cet acte d' « humain », et décide spontanément d'attendre la prochaine consultation pour reposer ladite question.

« Tant pis, c'est pas grave, c'est humain. » 59 F

- D'autres patients expriment leur désarroi, mais refusent tout autant de déranger à nouveau le médecin.

« Je ne veux pas le déranger. » 85 F
 « On ne peut pas rappeler le médecin. » 40 M
 « Je le maudis, mais j'attends. » 60 F

- Si la question est essentielle ou bien concerne les enfants, certains patients s'autorisent légitimement à lui téléphoner ou bien à reprendre rendez-vous.
- Certains patients préfèrent s'en remettre à l'avis du pharmacien, d'internet ou bien de l'entourage.

Points clefs

Si le médecin a omis de répondre à une question du patient lors de la consultation, la réaction du patient *a posteriori* dépend de l'importance de la question.

Les actions immédiates (appel téléphonique, prise de rendez-vous. . .) ne semblent pas vécues négativement, contrairement aux réactions de report ou d'abandon de la demande, qui peuvent s'accompagner de frustration.

3.5 Réactions à l'idée d'une consultation supplémentaire

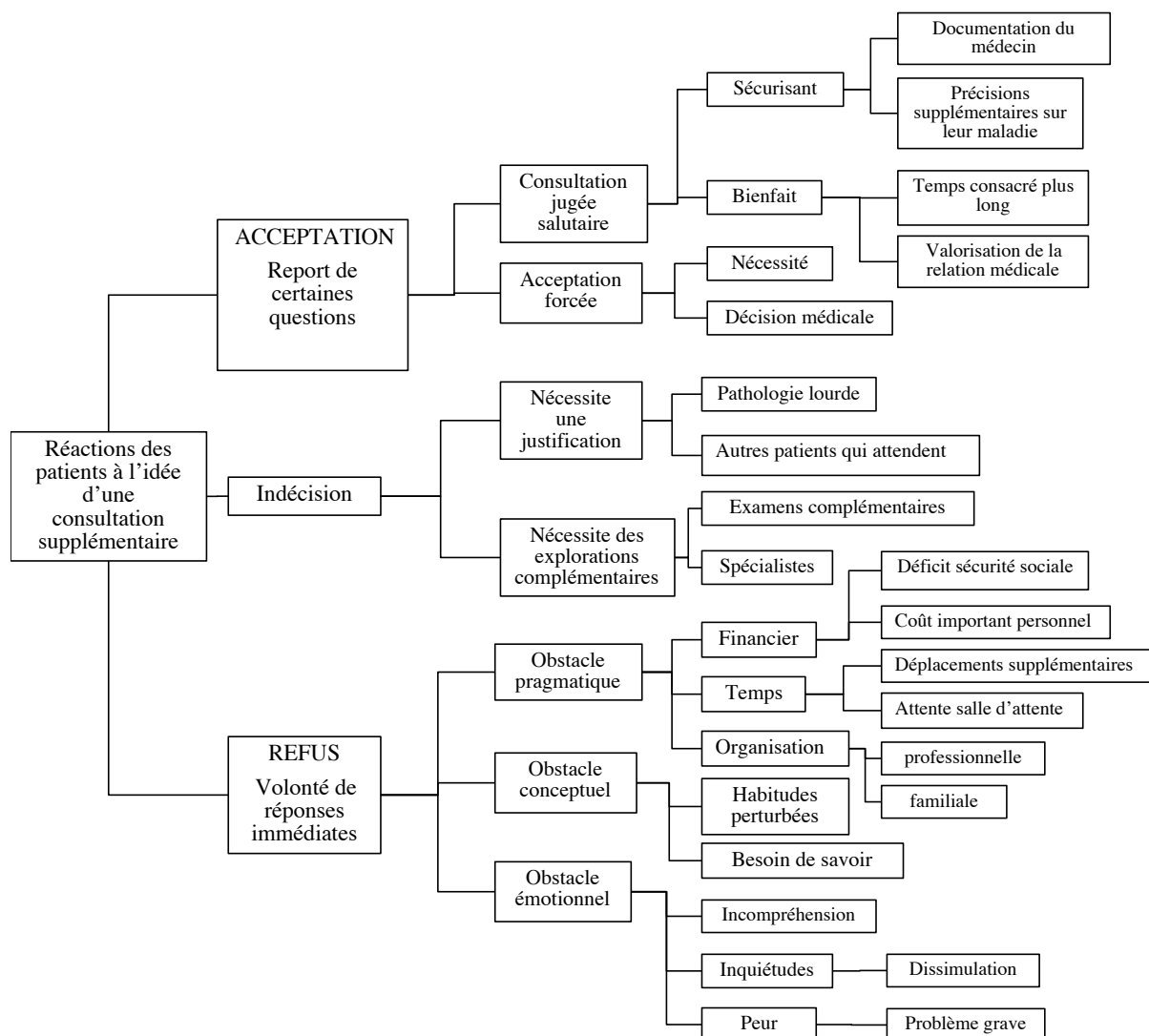


FIGURE 3.5.0.1 – Arbre thématique - Réaction des patients face à la proposition de report de la consultation

3.5.1 Acceptation

La majorité des patients accepterait sans problème de devoir revenir, et se répartit en deux catégories selon le jugement porté sur cette éventuelle consultation.

3.5.1.1 Consultation supplémentaire jugée positivement

L'acceptation de l'idée d'une consultation supplémentaire provient souvent de l'intérêt que les patients y voient pour leur santé.

« Ça soulage d'avoir un médecin qui prend le temps, ça sera intéressant de revenir. » 45 F
« Si c'est pour ma santé, c'est normal. » 18 F

Dans le même ordre d'idée, la consultation supplémentaire serait acceptée pour laisser le temps au médecin de s'informer.

« Il n'a pas forcément les réponses, il faut qu'il s'informe. » 40 M
« J'accepterai, car il va sans doute réfléchir et cela me rassure. » 85 M

3.5.1.2 Consultation supplémentaire jugée contrainte

Une moindre proportion de patients accepte avec une certaine abdication, une acceptation forcée, sans toutefois être perçue négativement.

Certains ne s'estiment pas pouvoir discuter cette proposition, le médecin faisant autorité, elle paraît non négociable.

« Obligée de dire OUI. » 42 F
« Cela ne me gêne pas, au contraire, c'est le médecin qui dirige. » 56 F

D'autres encore ont accepté le fait qu'il existe certaines « règles » à respecter pour un bon déroulement de consultation, et une meilleure prise en charge.

« J'accepte de revenir car il y a 2 types de consultation différentes : la maladie urgente qui fait consulter, et la consultation sur toutes les petites maladies. » 59 F
« Je comprends car une fois un médecin m'a dit : "on ne peut pas traiter 2 sujets en même temps". » 52 M
« Cela ne me dérange pas de revenir, car il y a des patients qui sont derrière et qui attendent. » 28 M

3.5.2 Indécision

Certains patients accepteraient ou refuseraient une nouvelle consultation selon certaines conditions qui leurs sont propres. L'acceptation serait notamment conditionnée à la gravité de la maladie, au besoin de consultation approfondie, et au besoin d'abrégé la consultation.

« Pas de problème pour revenir, s'il y a beaucoup de patients qui attendent et si c'est pas important. » 57 F
« Pour une pathologie lourde, oui, sinon non merci. » 41 M
« Je reviendrai si c'est justifiée. » 55 M

D'autres patients hésitent et se posent la question de l'orientation plus adaptée vers un spécialiste :

« Cela ne me dérangerait pas, mais je préférerais voir un spécialiste, pour ne pas que cela traine, et pour avoir un bon diagnostic. » 39 M

3.5.3 Refus

Quant aux réfractaires, ils ne voient pas trop l'utilité de revenir, car ils considèrent la proposition :

- Superflue et malvenue :

« Cela dépend de la nécessité, je ne veux pas revenir pour rien. » 37 F
« Je suis déjà là. » 27 F

- Voire inquiétante :

« Je serais inquiète : elle me dit pas tout, pourquoi ? » 63 F
« Je trouve ça bizarre qu'il ne sache pas me répondre, cela m'inquiéterait. » 64 M

- Financièrement non justifiée :

« La sécu perd de l'argent et le médecin perd son temps. » 36 F
« Si je suis à l'article de la mort, sinon c'est une pompe à fric. » 35 M

- Difficile à planifier :

« Je ne râlerais pas, mais cela dépend de la disponibilité avec mon travail pour revenir à une prochaine consultation. » 28 M

Points clefs

L'éventualité du recours à une nouvelle consultation pour finir de traiter leurs demandes multiples est généralement considéré favorablement dans les réponses données par les patients.

Cependant, il faut pour cela qu'ils y voient un intérêt thérapeutique crédible, et que cette « nouvelle démarche » soit justifiée afin d'éviter toute anxiété anticipée.

3.6 Réactions et réflexions de patients concernant le temps d'attente

Le rejet exprimé d'une nouvelle consultation du fait de la perte de temps, incluant notamment le temps d'attente, nous a conduit à interroger les patients sur ce dernier. Il leur a été demandé leur jugement dans le cas où l'attente devrait atteindre 1 heure, bien qu'ayant rendez-vous.

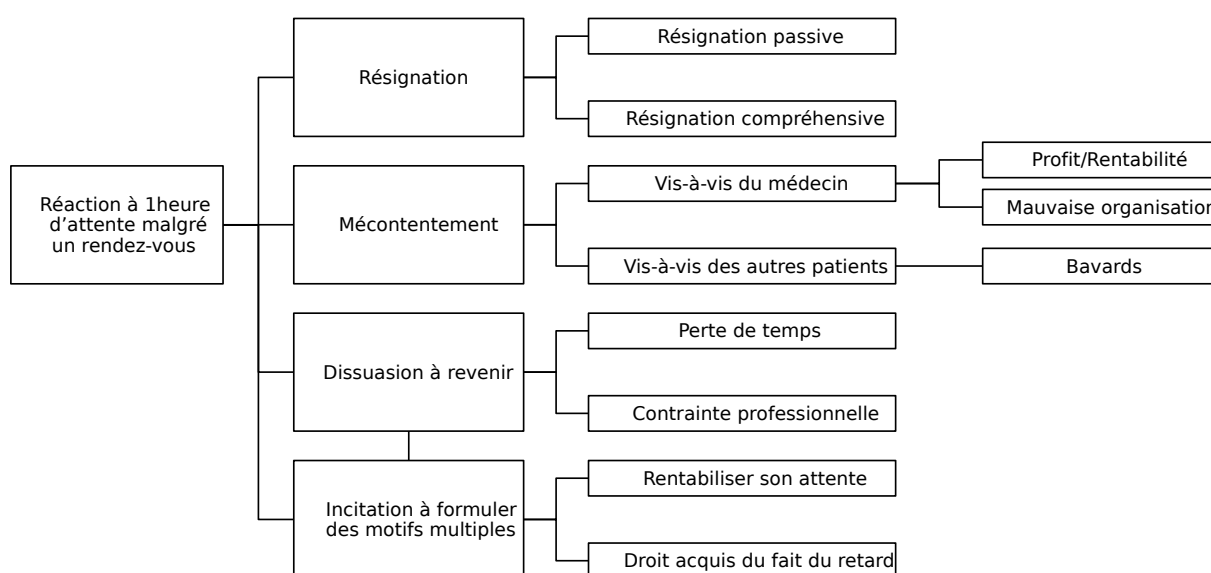


FIGURE 3.6.0.1 – Arbre thématique - Réaction à une attente longue en cas de rendez-vous

Les patients expriment une palette variée de réactions et de réponses :

- De la résignation passive

« On prend son mal en patience, c'est pas gênant. » 43 F
 « Dans une salle d'attente, on est là pour attendre. » 56 F
 « La tension artérielle peut monter c'est tout, on sait bien qu'il fait ce qu'il peut. » 86 F

- De la résignation compréhensive

« Sur certains patients, le médecin prend plus de temps. En contrepartie, si le médecin a besoin de prendre plus de temps avec moi, je ne serai pas gênée. » 38 F
 « Le médecin doit avoir beaucoup de travail, il ne peut pas faire autrement, tant que c'est pas pour prendre le café. » 74 M
 « C'est long, mais il peut y avoir des urgences qui s'ajoutent, comme moi une fois. » 22 F
 « Tant qu'il y a des bouquins à lire, cela ne me dérange pas d'attendre. » 72 M

- Du mécontentement pur et simple

« J'en ai marre, surtout si j'ai rendez-vous, je fous le camp si c'est trop long, car j'ai pas de patience et ça m'énerve. » 70 F

« Ça vaut bien le coup de prendre rendez-vous ! Le jour où le médecin attendra le patient 1h, il n'aura pas intérêt à se plaindre ! » 45 M

« Ça "daille", je déteste être en retard, mais je déteste attendre aussi. » 38 M

- La durée d'attente est un critère dissuasif pour consulter son médecin, d'autant plus lorsque le patient peine à s'organiser au niveau professionnel

« Je n'aime pas le retard. » 65 M

« L'après midi est foutue pour 30 minutes d'entretien, j'ai d'autres trucs à faire, donc j'y vais à reculons. » 44 M

« Je rumine un peu, car c'est une perte de temps par rapport au boulot. » 43 M

- L'organisation temporelle du planning du docteur doit être améliorée

« Le doc, il a une urgence, ou il a pris trop de rendez-vous. Il valait mieux qu'il prenne toutes les 20 minutes et non pas toutes les 10 minutes. » 64 M

- La notion de profit sur le dos de la maladie n'a pas bonne presse auprès des patients

« Il a gagné plus d'argent, mais il a fait " ch*** " plus de monde. » 67 M

- Commentaires sur la conduite supposée de certains patients

« Si c'est un patient bavard, on est mal parti. » 72 M

« Certainement que ce sont des patients qu'il faut écouter un peu plus, ou qui veulent des réponses. » 60 M

Points clefs

Certains patients s'estiment d'autant plus légitimes à formuler des questions multiples, que leur temps d'attente a été long.

L'attente constitue aussi une dissuasion à consulter régulièrement.

3.7 Durée jugée optimale d'une consultation de médecine générale

Les patients ont ensuite été interrogés sur la durée d'une consultation qu'ils estiment « optimale ». Ceci afin de découvrir si la notion de temps imparti, primordiale pour le médecin, est également une notion partagée, ou au contraire arbitraire pour le patient.

3.7.1 Répartition des avis exprimés

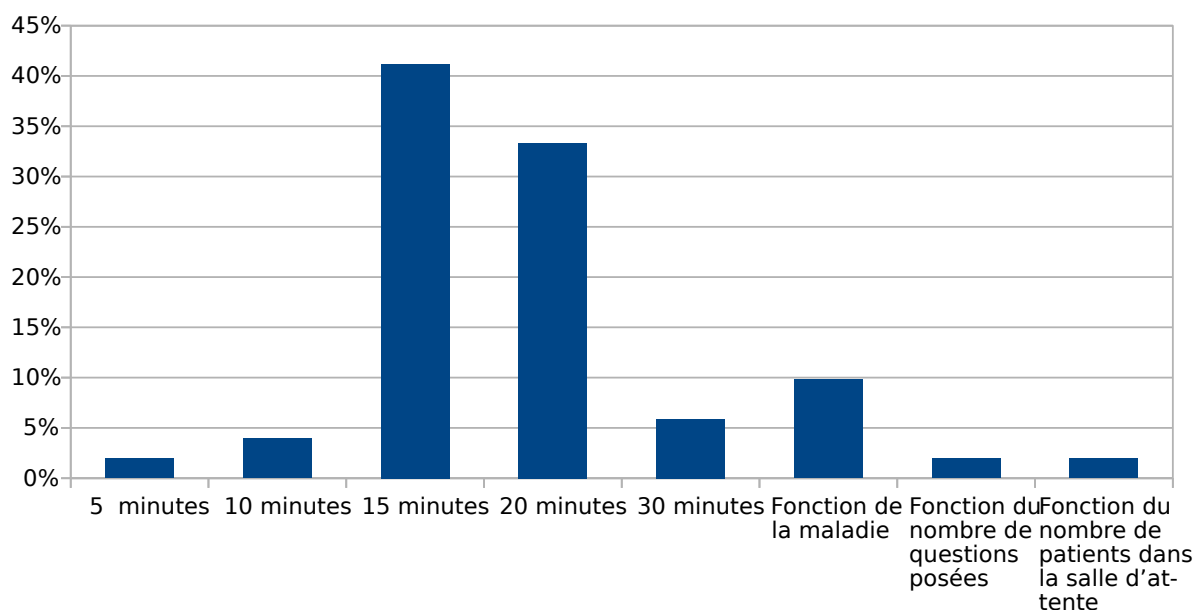


FIGURE 3.7.1.1 – Histogramme - Durée « optimale » de consultation de médecine générale selon les patients

Pour la majorité des patients interrogés, 15 à 20 minutes de consultation constitue la norme. Cette durée est énoncée de manière spontanée.

Très peu évoquent une durée de consultation pouvant être liée avec le nombre de questions posées ou bien dépendant du nombre de patients suivants.

Enfin, une minorité se détache en interpellant sur une durée subordonnée à la maladie.

3.7.2 Analyse par arbre thématique

Il a été demandé aux patients pourquoi ne pas préférer une consultation plus courte, ou plus longue, par rapport à la durée optimale qu'ils estiment nécessaire.

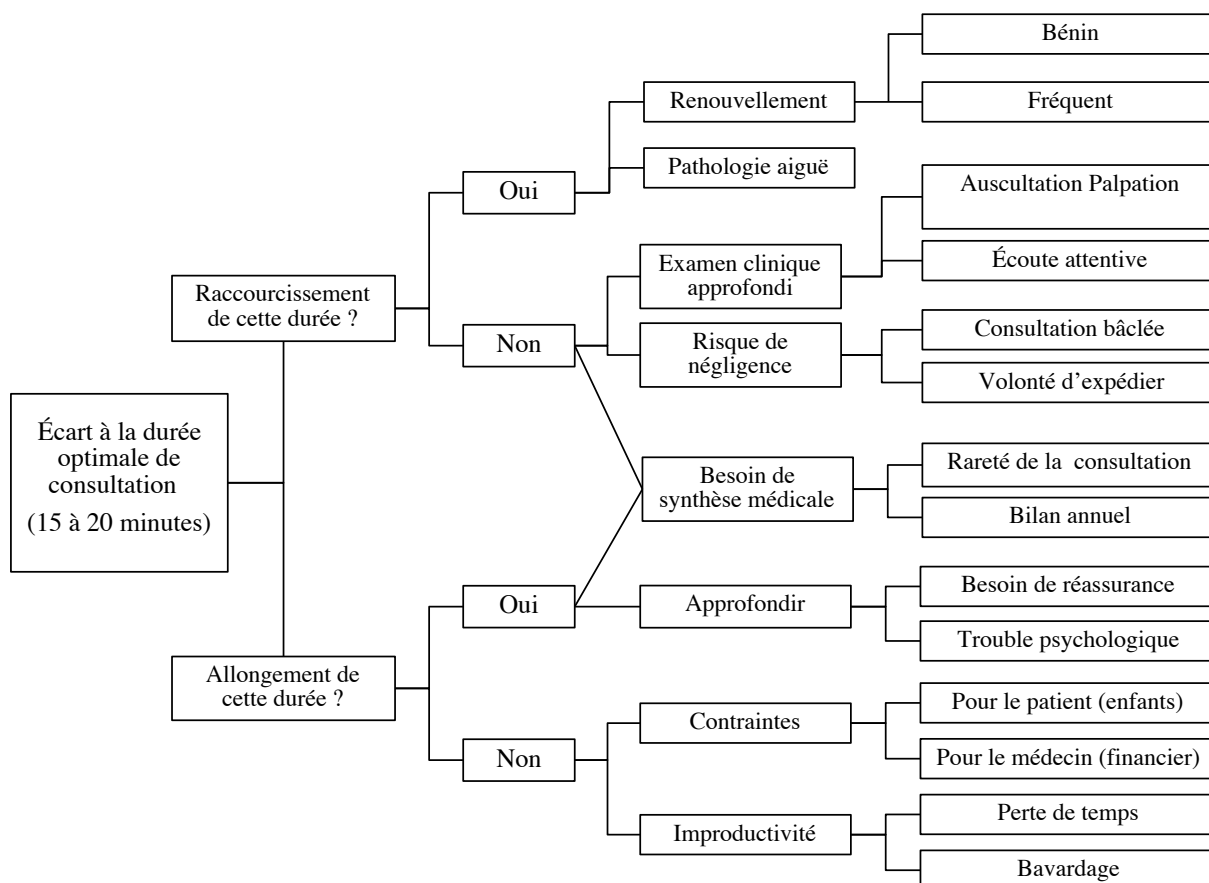


FIGURE 3.7.2.1 – Arbre thématique - Allongement ou raccourcissement de la durée de consultation par rapport à celle jugée optimale

Il ressort de l'arbre thématique classant les réponses des patients, des motivations de l'ordre du social et du relationnel (« rassurer », « psychologique », « échange »...), tout autant que des motivations purement techniques ou allopathiques (« pathologie aiguë », « renouvellement »...).

Ainsi le caractère psychosocial de la consultation paraît tout aussi important au patient que le strict caractère médical.

Avis sur un allongement de la durée de consultation par rapport à celle jugée optimale (15-20 minutes)

La majorité des patients juge cette alternative bénéfique tant sur le plan médical que sur le plan relationnel :

« C'est important de ne pas parler que de la maladie. » 63 M
« Si c'est un problème d'ordre psychologique, ou s'il y a plusieurs maladies, cela peut être envisagé » 54 M
« La durée devrait être illimitée pour faire le diagnostic. » 31 F
« Il faut prendre le temps quand c'est bactérien. » 36 F

D'autres au contraire, estiment que dépasser 20 minutes est une perte de temps pour le médecin et n'est plus d'ordre médical :

« Aucun intérêt de papoter. » 45 F
« Cela peut être trop long avec les enfants. » 44 M
« On tourne autour du pot. » 70 M

Certains évoquent, dans une moindre proportion, une perte financière pour le médecin ou bien un retard accumulant les patients en salle d'attente :

« La salle d'attente se remplit et c'est désagréable d'attendre. » 69 F
« 92€/h pour le médecin c'est juste assez. » 67 M

Avis sur un raccourcissement de la durée de consultation par rapport à celle jugée optimale

La majorité des patients s'indigne, jugeant cette temporalité trop mince pour mener à bien un bon examen clinique et un bon interrogatoire :

« Le temps de se déshabiller, de dire bonjour. » 70 F
« Il n'a pas le temps de m'écouter ni de m'ausculter. » 74 M
« J'ai besoin d'être rassuré, et je veux des réponses à mes questions car je ne suis plus un gamin. » 85 M

Cela est considéré même comme de la négligence :

« C'est la cavalerie », « C'est expédié », « Bâclé »
« Cela ressemblera à du travail à la chaîne sans humanité » 56 F
« Cela ne sert à rien » 38 M

Les rares défenseurs d'un raccourcissement de consultation émettent des objectifs bien précis, comme dans le cas d'un renouvellement ou bien d'une maladie aiguë :

« Idéalement 10 minutes pour la grippe. » 41 M

Points clefs

La durée de consultation normale et souhaitable serait de 15 à 20 minutes, selon les patients interrogés. Ils ne seraient pas hostiles à un allongement de cette durée pour amener à un diagnostic plus précis.

Par contre, mener une consultation de moins de 15 minutes constituerait, selon eux, un outrage à un interrogatoire rigoureux, et à une auscultation soigneuse.

Par ailleurs, le caractère psychosocial de la consultation s'est révélé, pour les patients, tout aussi important que le strict caractère médical.

3.8 Fréquence jugée « optimale » de consultation

Cette question, portant sur la fréquence de consultation jugée nécessaire pour les patients, permet de rendre compte de la disposition de ces derniers à venir consulter leur médecin.

On observe une nette propension des patients à préférer consulter tous les 3 mois. Ceci est essentiellement dû à leur renouvellement de traitement (hypertension, diabète, ...), mais certains patients ne présentant pas de besoin chronique estiment néanmoins qu'il est important d'être ausculté au moins une fois tous les 3 mois.

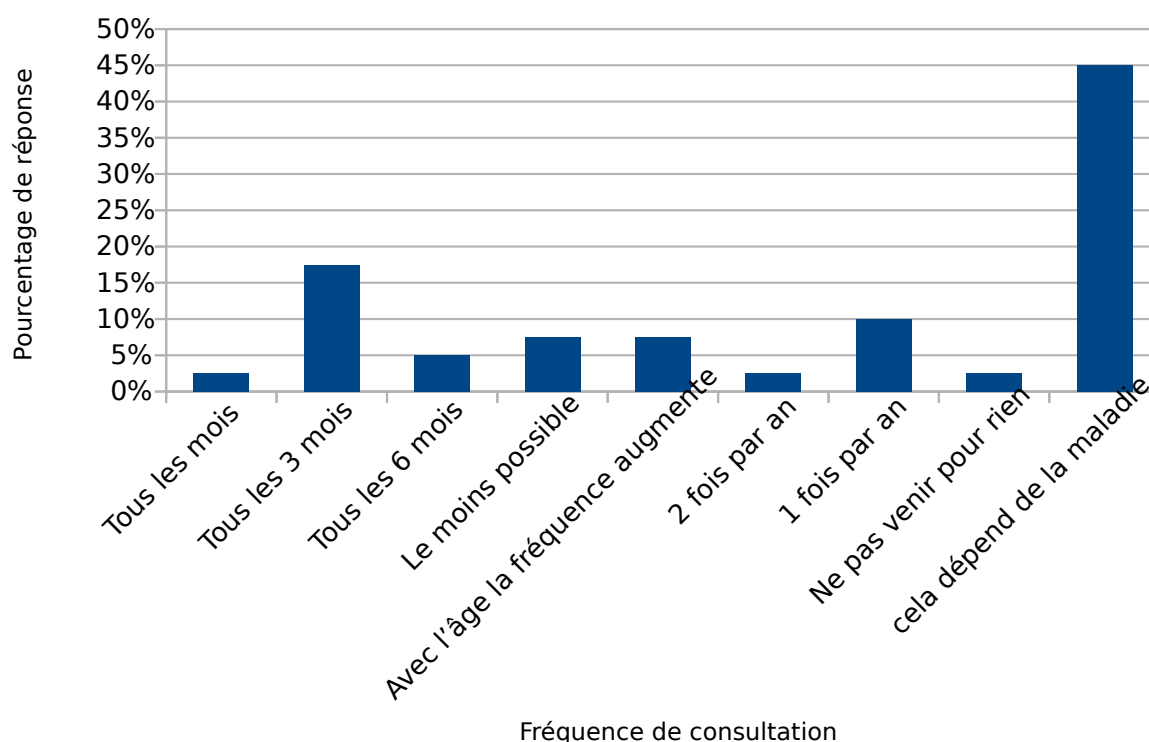


FIGURE 3.8.0.1 – Histogramme - Fréquence « optimale » de consultation d'après le patient

La majorité des patients interrogés pensent que la consultation ne doit pas être imposée dans le temps, mais dictée par la maladie elle même.

Le besoin d'un traitement ponctuel devant une maladie aiguë est plus facilement mentionné, plutôt qu'une médecine préventive de surveillance et de conseils.

Le fait d'éviter de venir pour rien car « nuit aux finances de la sécurité sociale » ou « dérange le médecin », est très peu cité.

La fréquence « une fois par an » a été évoqué en raison de la surveillance du calendrier vaccinal.

Points clefs

Le patient est favorablement disposé à revenir du fait d'une maladie (diagnostic, traitement, renouvellement). Des consultations à visée préventive ne semblent pas être une priorité.

3.9 Déterminants d'une consultation souhaités par les patients

Enfin, pour conclure, la dernière question porte sur les attentes générales des patients par rapport à une consultation de médecine générale. Si ces attentes s'avèrent nombreuses, elles peuvent expliquer la multiplicité des demandes énoncées lors d'une seule consultation.

3.9.1 Analyse du nuage de mots



FIGURE 3.9.1.1 – Nuage de mots - Qualités principales recherchées chez son médecin généraliste

De façon assez surprenante, l'attente première exprimée n'est pas tant le résultat médical, que la manière de la prise en charge, notamment à travers l'écoute, la réassurance,

l'empathie, en un mot la qualité de la relation humaine.

Ceci peut être résumé par l'expression d'un patient :

« J'attends qu'il apporte des réponses ; son rôle est de soigner mais pas de guérir. »
(homme, 69 ans)

3.9.2 Analyse du graphique de co-occurrences

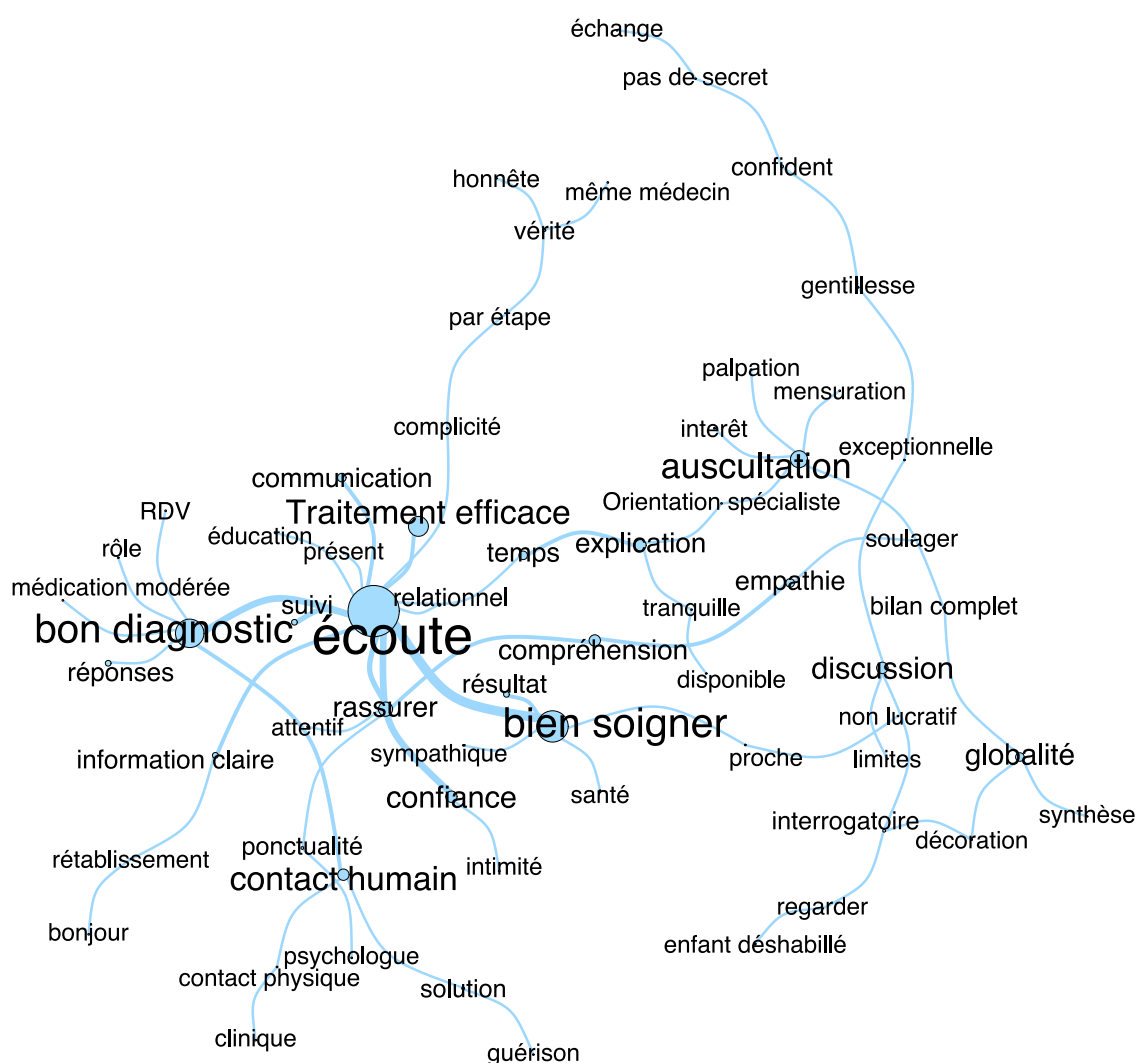


FIGURE 3.9.2.1 – Graphique de co-occurrences - Déterminants d'une consultation souhaités par les patients

À travers l'analyse de co-occurrences des mots, on observe un lien très fort entre l'« écoute », un « bon diagnostic » et « bien soigner ». Ces qualités découlent les unes des autres.

Cela semble être la ligne directrice fondamentale recherchée par le patient.

Selon les patients, une écoute attentive de la part de leur médecin permet une meilleure compréhension et un apaisement de leurs inquiétudes. Elle permet de développer un relationnel instaurant un climat de confiance, de manière à dispenser de meilleurs soins.

Le bon diagnostic, quant à lui, est à la fois associé à un traitement efficace, mais également relié à un contact humain et à une médication modérée. Un bon diagnostic passe également par un spécialiste quand les limites du médecin sont atteintes.

On remarque également que le terme « soin » est bien plus employé que le terme « guérison ».

L'auscultation, elle-même très présente dans la représentation d'un bon médecin, est liée à des notions de globalité, de mensurations, de palpation, que le médecin ne doit pas négliger.

3.9.3 Analyse de l'arbre thématique

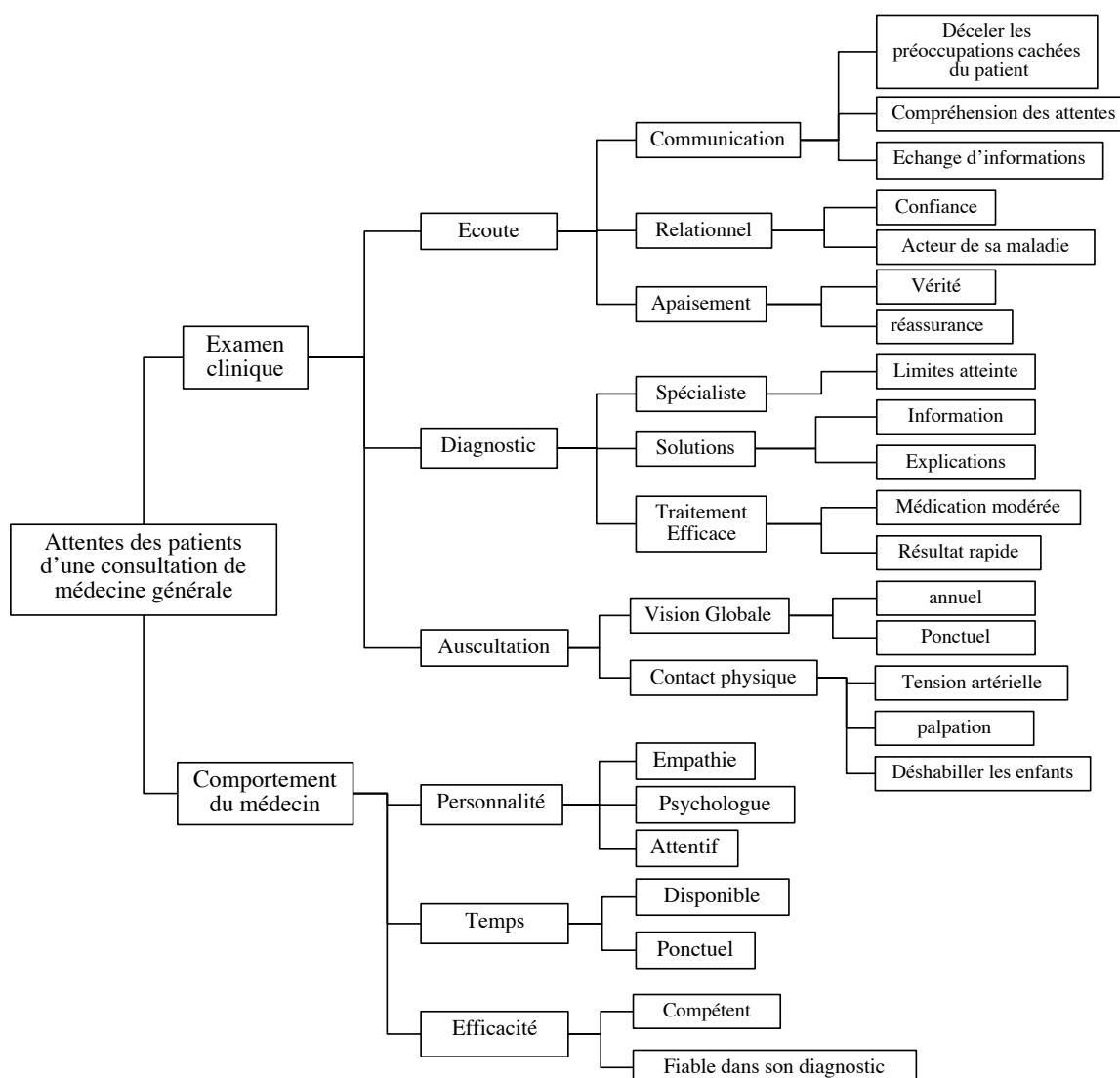


FIGURE 3.9.3.1 – Arbre thématique - Attentes des patients vis-à-vis de leur médecin

Écoute

La qualité la plus recherchée chez son médecin généraliste semble être l'écoute.

« Quand on est avec notre médecin, on n'est pas un numéro. » 32 M
 « J'ai changé de médecin parce qu'il ne m'écoutait pas. » 85 M
 « Il s'agit d'une relation de confiance, s'il ne prend pas le temps de nous écouter, il nous néglige, il s'en fout. » 60 M

Communication et compréhension

Une bonne communication pour s'assurer d'une bonne compréhension est également primordiale aux yeux des patients.

« Il a toujours le nez sur son ordi c'est énervant » 39 M
« Le contact humain et la communication sont très importants ; le médecin regarde le patient mais pas le client. » 45 F
« Il doit donner un diagnostic et nous l'expliquer pour qu'on comprenne ce qu'on a et qu'on soit moins idiot. » 65 M

Développer une relation de confiance et devenir acteur de sa maladie

Le patient recherche une relation de confiance et de franchise, où il peut se livrer ouvertement ; il espère également être « responsabilisé » sur sa maladie, en obtenant des réponses bien précises à ses questions.

« Je souhaite de l'écoute, un « bonjour », un « bon rétablissement », une information claire qui ne laisse pas dans le flou. » 30 F
« Je ne suis pas un gamin, je veux des réponses. » 67 M
« Il doit avoir un contact confidentiel comme avec un ami de confiance. » 63 F

Réassurance et vérité

Le patient a besoin d'être rassuré, mais en même temps il demande un médecin sincère qui lui dit la vérité sur son état de santé.

« J'ai besoin d'être rassurée, mais de savoir la vérité quand c'est nécessaire. » 37 F
« Il doit être sympathique, efficace, compréhensif et psychologue, pour que l'on soit rassuré. » 41 M
« J'attends qu'il apporte des réponses, son rôle est de soigner mais pas de guérir. » 69 M

Qualité du diagnostic et de l'orientation des soins

Un « bon » médecin est évalué en fonction de la véracité de son diagnostic, s'appuyant sur l'avis de spécialistes si nécessaire.

« J'attends qu'il s'occupe bien de nous et que l'on soit bien soigné avec des médicaments appropriés » 31 F
« Il doit connaître ses limites de compétence et ne pas hésiter à nous envoyer vers un spécialiste. » 49 M
« J'attends qu'il nous soigne bien avec de bons résultats, car je ne veux pas mourir jeune. » 55 F

Importance de l'auscultation

L'auscultation est très importante aux yeux des patients, garante de compétence et rassurante. Il est important de déshabiller les enfants.

« Il doit y avoir un examen clinique minimal, avec un contact physique, et pas seulement avec l'ordinateur. » 55 M
« Il doit y avoir les bases, prise de la tension, l'auscultation du cœur. » 32 F

Importance de la parole

Enfin, d'autres patients préfèrent maximiser la parole et minimiser les médicaments.

« Je veux qu'il me soulage, qu'il me comprenne mais sans trop de médicaments. » 34 M

Vision globale et perspicacité

Le médecin généraliste est apprécié pour sa vision globale, qui prend en compte tous les symptômes, y compris ceux qui ne sont pas dévoilés spontanément par le patient.

« Il prend le temps de regarder l'état général et pas le problème spécifique. » 48 M
« Le médecin doit aller plus loin de ce que dit le patient, car il n'y a pas que des patients qui se confient facilement. » 54 M
« Faire le point, avec un bilan complet tous les ans, est nécessaire. » 69 F

La forme en plus du fond

Certains patients sont même sensibles à la décoration de la salle d'attente et du cabinet.

« Sa salle d'attente pourrait être plus gaie, surtout avec le temps qu'on y passe. » 36 F

Ponctualité et/mais disponibilité

Le médecin doit être ponctuel, mais doit pouvoir être disponible et consacrer du temps au patient.

« Il doit avoir le temps, souvent on passe à la table d'examen avant même d'avoir pu donner le contexte. » 36 F
« Le temps d'attente doit être diminué. » 41 M
« Il embauche trop tard, avant notre médecin commençait à 6h30 du matin. » 63 M

Points clefs

Tant dans la prise en charge médicale que dans le relationnel partagé avec son médecin, le patient a des exigences multiples et hétérogènes pouvant expliquer la pluralité de ses demandes.

Quatrième partie

Discussion

4.1 Résultat principal : fondements des consultations à motifs multiples

Notre étude qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de patients de 5 cabinets de médecine générale de la Gironde, a notamment permis d'explorer les raisons qui poussent les patients à poser plus de 2 questions lors d'une même consultation.

4.1.1 Motifs reconnus personnels

Des entretiens menés est ressortie une corrélation entre les consultations régulières de renouvellement d'ordonnance, et l'occasion pour les patients d'exhaler une pléiade de sollicitations disparates. Des maux, dont l'intensité ou la gêne fonctionnelle n'étaient pas de nature à limiter leurs activités quotidiennes, et qui ne justifiaient pas à leurs yeux une consultation médicale. À l'occasion d'une consultation de renouvellement, la tentation était trop grande pour ne pas aborder ces questions restées en suspens.

Il en était de même pour les patients sans renouvellement qui, confrontés à des symptômes légers, ne souhaitaient pas « importuner » le médecin, ou se languir dans une salle d'attente. Ils attendaient le moment opportun, généralement une maladie aiguë, pour aborder les sujets subalternes.

Ceci n'était pas le cas du patient qui se reconnaissait anxieux. Celui-ci n'attendait pas pour obtenir des réponses et consulter, quelque soit le degré de gravité du thème abordé. Son besoin de réassurance démultipliait ses demandes, ce que renforçait sa crainte que tous les symptômes qu'il présentait aient pu avoir un lien entre eux.

Certains patients méticuleux confectionnaient au préalable une liste écrite afin de ne rien oublier au moment de la consultation. Certains par crainte d'une mémoire défaillante. D'autres par crainte de devoir revenir. Aucun n'envisageait de consultation fondée sur un unique motif.

La majorité des patients de notre étude attendait d'être vraiment malade avant de venir consulter : en première intention ces personnes attendaient que cela « passe tout seul », ou en s'automédiquant. De ce groupe ressortaient deux catégories qui accumulaient des questions avant de consulter. Il y avait ceux empêchés par des contraintes professionnelles (horaires incompatibles, faible disponibilité), alors que d'autres présentaient une aversion à l'attente, qui pouvait être renforcée par des contraintes familiales (présence d'enfants). Ainsi, la rareté des consultations engendrait un besoin de synthèse médicale composée d'interrogations multiples sur des sujets distincts.

Enfin, certains patients réunissaient leurs demandes pour des raisons financières. Ce pouvait être par difficulté personnelle à faire l'avance de frais, ou par souci de limiter les dépenses de la sécurité sociale.

4.1.2 Motifs prêtés aux autres patients

Des motivations de caractère psychosocial, par opposition à symptomatique, donnent lieu à certaines demandes multiples en consultation. Les médecins interrogés estiment que 75 % des demandes tardives sont psychosociales, alors que seuls 12 % des patients les qualifient ainsi [7].

Notre étude a montré, d'un point de vue qualitatif, la nette propension des patients à ne pas identifier de caractère psychosocial à leurs demandes personnelles multiples. Cependant, ils n'hésitaient pas à émettre cette hypothèse lorsqu'ils parlaient des autres patients.

Ce questionnement a fait apparaître de nouveaux motifs non mentionnés jusqu'alors. Selon l'adage d'après lequel « on ne juge souvent les autres que d'après soi-même », ne faudrait-il pas attribuer parfois ces raisons à une forme de déni de la personne qui les énonce. Ceci pourrait s'expliquer aussi en psychologie sociale par le biais acteur/observateur, qui consiste à avoir tendance à attribuer des raisons externes à son propre comportement (ex : questions multiples pour ne pas déranger), et des raisons internes au comportement d'autrui (ex : ils sont bavards).

4.1.3 Motifs non mentionnés

Ajoutons que dans les entretiens, les raisons données par les patients pour les motifs multiples n'évoquaient jamais de demandes pour des tiers, qui sont pourtant une réalité fréquente de l'exercice médical.

Il ne fut pas non plus fait mention de consultation simultanée de plusieurs personnes d'une même famille, sur le même rendez-vous, ce qui est aussi un cas fréquent de consultation à demandes multiples.

Points clefs

De notre étude est ressortie une typologie présentant 7 motivations prédominantes des patients, répondant à des attentes différentes (cf. 3.2) :

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

Des motifs d’ordre psychosocial connotés négativement ont aussi été énoncés, mais ils ont uniquement été envisagés comme le fait des autres patients.

4.2 Résultats secondaires

4.2.1 Réaction du patient après consultation en cas d'omission de réponse à l'une de ses questions

D'après notre étude, la réaction du patient *a posteriori* dépend de l'importance de la question restée sans réponse. En effet, les patients n'hésitaient pas à rappeler ou bien à reprendre rendez-vous, si la question était cruciale. Mais, dans le cas contraire, ils n'osaient pas importuner le médecin, ce qui pouvait s'accompagner de frustration.

Ainsi, il paraît souhaitable que le médecin s'assure en fin de consultation que toutes les réponses aux questions ont été apportées. Si ces dernières s'avèrent trop chronophages, il serait envisageable de proposer une consultation supplémentaire.

4.2.2 Réaction du patient lorsque le médecin lui propose une consultation complémentaire

Nous avons observé une majorité de réactions positives à la proposition d'une consultation supplémentaire. Pour certains patients, cela allait de soi ; d'autres auraient été rassurés que le médecin désire approfondir ou bien s'informer sur leur cas. Certains se disaient même touchés de l'intérêt manifesté par le médecin à travers une telle démarche.

Il est cependant nécessaire que le médecin justifie cette nouvelle consultation, pour prévenir certains motifs de rejet : un nombre non négligeable de patients seraient inquiets et surpris de ce report, et suspecteraient même une vérité dissimulée, difficile à entendre.

Une moindre partie des patients voyait néanmoins dans le fait de revenir une perte de temps, ou bien un tort financier pour la sécurité sociale, et s'y serait refusé.

Au vu de ces réactions discordantes, il y aurait un intérêt à sensibiliser les patients sur le déroulement optimal d'une consultation, avec ce qui peut être réalisé dans l'instant, ou au contraire reporté à une date ultérieure. Certains médecins vont même jusqu'à afficher dans leur salle d'attente : « une consultation = une question », calqué sur le modèle britannique. Certes, il ne doit pas y avoir d'abus du côté du patient, mais il est important de garder une certaine part d'humanité et de compassion. Une ouverture serait ainsi possible pour concilier à la fois les attentes du patient et celles du médecin, à l'aide d'une communication claire et précise.

4.2.3 Retentissement de l'attente à travers le ressenti des patients

Dans une société où le diktat du temps nous pousse à aller toujours plus vite, il est un endroit où le temps semble suspendu : la salle d'attente du médecin généraliste. Et pourtant, le patient, dont l'appellation provient du latin « patior » : « celui qui endure », n'est pas un « surhomme » : on observe chez lui une réticence générale à attendre dans une salle d'attente, bien que le terme « patient » semble indiquer le contraire.

Une étude menée en 2011 aux Etats-Unis [41] a montré une insatisfaction des patients, corrélée au temps d'attente dans la salle d'attente et aux consultations écourtées (moins de 5 minutes). Une thèse de 2015 portant sur 400 patients [42], a trouvé une dissuasion à venir consulter son médecin à partir d'un temps d'attente de 30 minutes. Il fut également observé un changement d'humeur : celle-ci était positive lorsqu'il n'y avait pas d'attente ou peu (< 30 minutes), mais négative pour une attente supérieure. Vis-à-vis de ce retard, 2/3 des patients souhaitaient que le médecin s'excusât pour son retard.

Face à la possibilité d'une attente anormalement longue (1 heure, bien qu'ayant rendez-vous), notre étude a trouvé des réactions variées, allant de la résignation passive à l'énervement peu contenu. Il est apparu aussi que cette attente pouvait générer des demandes multiples : certains patients qui avaient attendu s'estimaient en droit, vis-à-vis du médecin, comme des autres patients, de rentabiliser leur attente.

S'il n'est pas concevable qu'un patient manque un rendez-vous, ou bien arrive avec 10 minutes de retard, de la même façon, le médecin ne peut être systématiquement en retard.

Ceci devrait inciter à développer un meilleur respect mutuel entre le médecin et ses patients, et à une prise de rendez-vous intelligente, celle qui va permettre de tenir l'horloge et de recevoir les patients avec ponctualité. Fixer un rendez-vous intelligent, c'est intégrer une information connue à l'avance sur sa durée ou son risque de débordement.

Malgré tout, certaines « urgences » non programmées peuvent se rajouter, mais si ces dernières sont quotidiennes, il faudrait inciter les médecins concernés à ouvrir des créneaux d'urgence, comme le font déjà certains spécialistes (pédiatres, ORL...).

Cependant, quand la pression de la demande est trop forte, notamment en période épidémique, les plages initialement prévues pour les urgences et les imprévus, sont saturées à l'avance. L'agenda « déborde », ce qui se traduit par des retards et des journées à rallonge.

4.2.4 Temps de consultation idéal

« Le temps est une chose dont les patients ont le plus besoin de la part de leurs médecins. Le temps d'être entendus, le temps de se voir expliquer les choses, le temps d'être réassurés (...). Pourtant la chose que de trop nombreux médecins trouvent ou gèrent le plus difficilement est le temps ». [43]

En quoi cette durée est-elle si importante ? Combien de temps doit durer une « bonne » consultation de médecine générale ? Ce n'est ni sur les bancs de la faculté, ni lors des examens cliniques approfondis à l'hôpital, que les étudiants en médecine sont sensibilisés

à ce nouveau défi. Ce n'est que devant l'accumulation de patients dans la salle d'attente, de biologies s'entassant sur le bureau, de coups de téléphone et de tâches administratives toujours plus nombreuses, lorsqu'ils commencent à « prendre l'eau », et à prendre conscience de la nécessité d'écoper.

Peut-on faire un lien entre durée et qualité du service rendu médical ? Des enquêtes menées sur le sujet ont révélé qu'un temps de consultation plus long diminue les prescriptions, augmente les conseils sur l'hygiène de vie, la prévention, les dépistages, permet de mieux reconnaître les problèmes psychosociaux, et améliore l'observance des patients. [44]

À travers notre étude, 15 à 20 minutes de consultation constituerait la panacée pour la majorité des patients interrogés. Mais des revendications diverses pouvaient allonger radicalement cette durée. Par exemple, les patients étaient plutôt enclins à dépasser ce seuil lorsqu'il s'agissait de faire un diagnostic difficile, ou bien une synthèse de l'état général. Les enfants et les suivis d'ordre psychologique étaient également considérés plus onéreux en temps. Dans tous les autres cas, les interviewés ont considéré que ce n'était que bavardage et perte de temps pour le médecin.

A contrario, mis à part pour le renouvellement et le traitement de pathologies « faciles », recevoir un patient moins de 15 minutes a été très mal considéré. La majorité des patients se seraient sentis floués dans l'écoute et l'intérêt que leur porte leur médecin. Cela aurait été synonyme pour eux d'auscultation écourtée, et par conséquent de diagnostic critiquable.

La majorité des patients apprécie le temps dédié à l'expression de leurs plaintes, mais il a été démontré que la perception du temps passé en consultation est, en fait, principalement lié à leur satisfaction de l'entrevue [45] : une consultation de 30 minutes peut paraître courte et « bâclée » à un patient insatisfait.

Dans ce sens, une étude de 2002 [46] montre que l'indice de satisfaction n'est pas directement corrélé à la durée réelle de la consultation, mais à la surestimation de cette durée par le patient. Ainsi, les patients insatisfaits sous-estimaient le temps réel, alors que les satisfaits le surestimaient souvent. L'important était le sentiment d'avoir pu parler et d'avoir été écouté. [5] La pratique courante a montré qu'un médecin en retard et pressé est souvent mal perçu, et au contraire de celui paraissant décontracté et efficace.

D'après une étude menée en 2008 [47], portant sur 23 médecins généralistes et 3479 consultations, la durée moyenne d'une consultation est de 18,5 minutes en France, alors qu'elle serait de 8 minutes en Espagne et en Allemagne, et de 9 minutes au Royaume-Uni. Une thèse, datant également de 2008, récapitule les durées moyennes de consultation dans différents pays. Les consultations les plus courtes y sont attribuées aux Allemands (8 minutes) et les plus longues aux Suédois (21 minutes). [48]

La France se situe parmi les pays aux séances les plus longues. Mais ces résultats sont d'interprétation délicate, compte tenu des différences d'organisation des soins, du rôle joué par le personnel paramédical intervenant en amont ou en aval du généraliste.

Pour l'instant, les médecins généralistes français sont en conformité avec les desiderata des patients. La durée moyenne de la consultation ne semble finalement pas avoir souffert de l'augmentation d'activité et de la polyvalence nouvelle imposée aux praticiens. Il est vraisemblable qu'un compromis de temps a déjà été intégré inconsciemment par les 2 principaux protagonistes.

4.2.5 Impact direct de certains déterminants sur la durée d'une consultation

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

Cette étude a également mis l'accent sur certains déterminants qui influent directement sur la durée d'une consultation : la durée est allongée pour les âges extrêmes (< 2 ans et > 75 ans), les personnes de sexe féminin, les pathologies psychosociales, les « nouveaux patients »...

Dans notre étude, les déterminants identifiés précédemment n'ont pas été tous mentionnés spontanément par les patients. Notamment aucun des patients interrogés n'a évoqué de lien entre la durée de consultation et la satisfaction concernant les problèmes traités. La consultation, selon eux, semblait être déterminée par une durée bien définie (de 15-20 minutes), correspondant au temps nécessaire pour être entendu, et pour la prise de leur tension artérielle. S'il s'agissait d'une maladie grave, alors une extension de temps était permise.

Un autre facteur intervient indiscutablement dans cette attention accordée au temps de consultation : le paiement à l'acte. Ainsi, certains médecins, afin de maintenir leur « niveau de vie », ont tendance à multiplier les actes, et par extension, réduire le temps passé auprès de chaque patient.

Pour pallier à cette situation, de nouveaux modes de rémunération ont été introduits, dont l'objectif est une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique : création de forfaits pour le suivi des patients en affection longue durée et pour la permanence des soins, introduction du paiement à la performance avec la mise en œuvre en 2009 du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)¹. Ces innovations ont fait avancer l'idée selon laquelle le paiement à l'acte n'est plus le mode de rémunération incontournable et exclusif de la médecine de ville. [49]

¹ Au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), mesure expérimentale, succède la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique), qui est un nouveau moyen de rémunération des médecins libéraux français introduit par la convention médicale de 2011. Elle marque un tournant dans la rémunération des médecins libéraux français traditionnellement rémunérés à l'acte pour introduire une part de paiement à la capitation. Elle consiste à accorder une rémunération supplémentaire aux médecins acceptant de faire évoluer leurs pratiques sur certains critères aussi bien médicaux qu'économiques : on parle de paiement à la performance.

4.2.6 Attentes des patients envers une consultation de médecine générale et compétences recherchées chez son médecin généraliste

« Pour juger du mérite d'un homme, je n'ai besoin que de connaître celui qui le blâme ou celui qui le loue. »

(Alfred Auguste Pilavoine, 1845)

« Pour juger sainement, il ne faut pas partir des principes, mais des faits. »

(Louis Dumur, 1892)

Paradoxalement, le patient lorsqu'il consulte son médecin semble donner autant d'importance au relationnel qu'à la prise en charge médicale. Il se montre très sensible et attaché à la personne de son médecin.

En effet, le médecin, passé au crible par les patients, doit être un homme vertueux (altruiste, compréhensif, honnête) du fait même de sa fonction, mais il doit également être respectueux, disponible, compétent et désintéressé.

Toutes ces qualités réunies sont impressionnantes pour une seule personne, ce qui explique souvent l'hétérogénéité dans les réponses des sondages de satisfaction. Souvent la patientèle ressemble à son médecin.

Malgré ses exigences, le patient accepte cependant les « limites » de son médecin, à condition qu'il soit correctement redirigé et qu'on lui explique parfaitement la situation.

Étonnement, dans les réponses obtenues, la recherche de ponctualité chez son médecin est faiblement évoquée. L'attente semble être entrée en résonance avec le fait de voir son médecin. En contrepartie, les demandes sont multiples pour éviter de « perdre à nouveau une après-midi ».

Enfin, une notion de médecin « visionnaire » est apparue. Certains patients attendent que le médecin soit à même de deviner la pathologie, dissimulée par le patient lui-même. Cela peut correspondre aux sollicitations des médecins, qui recherchent les préoccupations cachées de certains patients, mais qui, ce faisant, déclenchent d'autres plaintes lors de la consultation.

« Pour essayer de comprendre les hommes, il faut creuser jusqu'aux racines. Et il ne suffit pas de pousser le temps d'un coup d'épaule pour lui donner des airs avantageux : il faut le creuser dans ses fissures et lui faire rendre le pus. »

(Philippe Claudel)

4.2.6.1 Communication et écoute

Lors de la présente étude, la capacité de communication, et notamment d'écoute, de la part du médecin s'est révélée l'une des compétences les plus attendue par les patients

interrogés.

Ceci s'accorde avec un article de l'IRDES² [33], qui précise que l'« obtention d'informations sur le problème de santé » semble constituer la principale priorité pour près de 80 % des usagers.

Une autre étude réalisée auprès de 3 540 patients dans différents pays européens a donné des résultats globalement similaires [50]. À partir d'une description du soin de médecine générale en 40 aspects, les patients furent interrogés sur l'importance qu'ils accordaient à chacun des aspects, un classement par ordre de priorité fut alors réalisé. Parmi les 5 aspects en tête du classement, 3 désignaient l'échange d'informations entre le médecin et le patient (pendant la consultation, le médecin doit avoir suffisamment de temps pour écouter, parler et donner des explications au patient - Le médecin doit garantir la confidentialité des informations concernant le patient - Le médecin doit expliquer au patient tout ce qu'il veut savoir sur sa maladie).

Les patients de notre étude attachaient également une grande importance aux explications, qui leurs permettaient de mieux cerner leur pathologie, et de devenir acteurs de leur propre santé. Cela représentait une garantie de compétence professionnelle rassurante. Même si de plus en plus d'usagers multiplient leurs sources d'informations médicales, le médecin reste le principal pourvoyeur d'informations pour 50 % des usagers. [41]

Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que 70 à 80 % des plaintes et poursuites judiciaires médicales soient liées à des problèmes de relation ou de communication. [51]

Carl Rogers, psychologue humaniste américain, avait pourtant déjà mis en garde ses pairs sur l'importance de cette « relation d'aide ». En effet, dès 1942, il développe la notion de relation d'aide entre médecin et patient « client », qui serait favorisée par quatre qualités ou attitudes « non directives » : l'empathie, l'écoute active, la congruence et le non jugement. [52]

C'est « une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation ».

4.2.6.2 Examen clinique et auscultation

D'autres études rapportent que 80 % des patients souhaiteraient se voir contrôler la tension à chaque consultation. Cet examen clinique semble posséder un aspect « thérapeutique » pour beaucoup de patients, justifiant cette requête. Cette tendance s'est confirmée dans notre étude.

Ainsi, l'examen clinique doit rester au premier plan, malgré les contraintes de temps et la facilité d'accès aux examens complémentaires.

Allant dans ce sens, un article du Lancet de 2003 a montré qu'un examen clinique soigné modifiait la prise en charge d'un quart des malades hospitalisés dans un service de médecine générale. Il redonne ainsi une place essentielle à l'examen clinique, à la fois dans l'intérêt des patients, mais aussi en terme d'économie de santé (afin de limiter les examens paracliniques inutiles). [53]

² Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

4.2.6.3 Omission des examens complémentaires

A contrario, il est étonnant de constater qu'aucune réponse spontanée n'a abordé les examens complémentaires.

En effet, aucun patient de cette étude n'a mis en avant l'inclination à prescrire des examens complémentaires de son médecin. Cela ne semble pas constituer un critère de qualité.

Souvent l'examen est réalisé pour rassurer le patient sur le caractère non pathologique de ses symptômes. Mais la négativité de l'examen ne rassure pas toujours le patient [54]. Les patients non rassurés sont souvent anxieux voire déprimés ; la prescription d'un examen complémentaire peut signifier pour eux que le médecin a des raisons de croire à une maladie grave [55].

Ainsi, à la pression que peuvent ressentir certains médecins à prescrire des examens complémentaires, il faudrait répondre par de l'écoute, et par des explications sur les raisons de cette prescription ou de son absence.

Points clefs

La proposition d'une consultation supplémentaire est acceptée de manière favorable par les patients, à condition qu'elle soit justifiée. Elle doit éviter une perte de temps supplémentaire, et il faut se garder de causer une inquiétude nouvelle par cette démarche inhabituelle.

L'attente en salle d'attente incite les patients à formuler plusieurs demandes de manière à rentabiliser leur temps perdu.

15 à 20 minutes de consultation constituent la panacée pour la majorité des patients interrogés.

Paradoxalement, le patient lorsqu'il consulte son médecin semble donner autant d'importance au relationnel qu'à la prise en charge médicale.

4.3 Discussion sur la méthode : forces et limites

4.3.1 Étude qualitative, une force ?

Diverses études quantitatives antérieures ont interrogé directement des patients, essentiellement à travers des questionnaires à réponses fermées, sur le temps d'attente, leur satisfaction, ou bien leurs attentes en terme de santé. Les réponses apportées étaient déterminées à l'avance, et leur fréquence quantifiée. À l'inverse, on retrouve peu d'études qualitatives sur le sujet, laissant libre cours au patient d'exprimer ce qu'il ressent.

Le choix de la méthode dépend de la question de recherche : notre volonté délibérée de privilégier l'étude qualitative se justifie par le fait qu'il s'agissait d'interpréter des comportements de patients, par essence polymorphes, et difficiles à mesurer. Nous avons ainsi pu comprendre les émotions, les sentiments des participants, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles, dans toute leur complexité.

4.3.2 Le recueil des données

Nous avons jugé hasardeux l'enregistrement numérique des dires du patient, devant le refus attendu de leur médecin, ainsi qu'à la réticence probable de leur patientèle. Par conséquent, nous avons fait le choix de noter les propos des entretiens en temps-réel, en quasi-verbatim. Ceci a vraisemblablement permis aux patients de se livrer avec moins de réserve.

Il faut cependant admettre l'existence d'un biais dans la transcription des données orales en données écrites, notamment par la perte de la communication non verbale, de l'intonation, ainsi que de par la difficulté à tout noter. Pour pallier ce biais d'information, j'ai fait le choix d'un nombre restreint de questions posées. J'ai pratiqué des relances régulières (répétitions, paraphrases, reformulations), de façon à amener des précisions, ou bien pour confirmer ce qui venait d'être dit.

Selon la définition de la méthode des entretiens semi-dirigés, les participants n'ont pas été informés du contenu du guide d'entretien avant le jour de la rencontre. Il n'y a donc pas eu de temps de préparation, car les réponses aux questions, ainsi que la discussion devaient être spontanées. Cela constitue l'une des forces de ce type d'étude, mais a pu entraîner un appauvrissement des données (temps de réflexion moindre pour les patients).

4.3.3 L'intervieweur et les entretiens semi-dirigés

La méthode retenue, l'entretien individuel, permet de garantir la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé, par opposition au caractère parfois intimidant de l'entretien collectif. Aucun comportement mimétique, aucune pression psychologique, ne viennent parasiter le recueil d'informations. La souplesse de l'échange autorise également des relances personnalisées.

La lente appropriation de la méthode au fil des entretiens, l'identification des erreurs, et surtout la supervision d'un psychologue exercé aux études qualitatives, m'ont permis de partager des « dialogues » progressivement de plus en plus riches.

Par une écoute active et une attention positive, mon objectif consistait à « faire dire, plutôt que de dire », afin de garantir un témoignage sincère, réaliste et non-biaisé.

4.3.4 L'échantillon

Sans prétendre à une représentativité statistique, je me suis efforcée d'atteindre un échantillon d'interviewés varié, en veillant à un équilibre entre les âges, les genres, les territoires... Parmi les cabinets sélectionnés, l'un se situait en zone urbaine, deux en zone péri-urbaine, et deux autres en zone rurale ; sur l'ensemble, une population de 8 médecins hommes et 8 médecins femmes y exercent, levant d'éventuels biais de patientèle selon le genre du praticien.

Il peut néanmoins exister un biais de sélection, car, par souci pratique, j'ai choisi les cabinets de médecine dans un réseau de connaissances de médecins généralistes, moins « hostiles » à laisser questionner leur patientèle. Il m'a semblé que cela pouvait être toléré dans le cadre d'une étude qualitative, et compte tenu de la méthode de l'échantillonnage raisonné des patients.

4.3.5 Représentativité des patients

La moyenne d'âge des patients interrogés est de 54 ans. Ceci approche la moyenne d'âge constatée par C. Favier à partir de données extraites de l'étude ECOGEN qui était de 51 ans. [56]

Nous constatons une majorité de patients féminins, avec un pourcentage de 57 % de femmes, contre 43 % d'hommes. Jammet, dans son étude concernant la typologie des consultations en médecine générale portant sur 3142 consultations, trouvait un pourcentage comparable à notre étude, les femmes consultant plus fréquemment que les hommes. [57]

Points clefs

L'emploi d'une étude qualitative fut un choix délibéré, car apparaissant comme une méthode adaptée à la question des motifs multiples vue par les patients. Conjugée aux entretiens individuels, elle laisse libre cours aux patients d'exprimer ce qu'ils ressentent de manière spontanée et riche.

4.4 Perspectives : propositions pour traiter la multiplicité des demandes

4.4.1 Faciliter la prise de plusieurs rendez-vous.

4.4.1.1 Minimiser le rejet dû à l'attente

Les patients se révèlent attentifs à la qualité de l'accueil qui leur est fait, y compris en ce qui concerne l'attente : confort et disponibilité des sièges, équipement pour les enfants, revues relativement récentes. . . Avec les pratiques commerciales aujourd'hui courantes et les moyens informatiques disponibles, consistant à tenir informés les clients des durées d'attente, il semblerait pertinent d'informer le patient du nombre de personnes qui le précèdent, ou de l'attente prévisible.

4.4.1.2 Minimiser le motif d'ordre financier

Le tiers payant peut être systématiquement proposé pour les patients à faibles revenus et qui ont tendance à regrouper leurs consultations.

4.4.1.3 Améliorer l'organisation de l'agenda

Les praticiens peuvent chercher à améliorer l'organisation temporelle de l'agenda, par exemple créer des créneaux d'urgence pour éviter un *surbooking*.

4.4.1.4 Permettre une prise de conscience des patients

Une communication et une information des patient serait de nature à créer chez eux une prise de conscience, et à favoriser une disposition à limiter les demandes.

L'agenda en ligne, qui connaît un essor fulgurant, permettrait aux patients de prendre rendez-vous eux même, et de prendre ainsi conscience du nombre de patients venant consulter et de l'importance des horaires à respecter.

4.4.2 Proposer des formulaires pré-consultation pour identifier, hiérarchiser et temporiser les demandes des patients.

Comme le suggère M. Harant-Beaufort, des formulaires pré-consultation pourraient être disponibles en salle d'attente. [14]

Cela permettrait aux patients de cibler plus précisément leurs demandes, et éventuellement de les hiérarchiser. Ce serait l'équivalent d'une liste, que certains patients élaborent de peur d'oublier un problème grave. Le médecin peut alors cerner plus facilement leurs différentes plaintes. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille répondre instantanément à toutes ces demandes ; le médecin peut mettre à l'ordre du jour le problème le plus pré-occupant pour le patient, et le plus grave selon lui, et différer les suivants dans le temps. [58]

Cette négociation doit donner lieu à une reformulation par le médecin des problèmes abordés lors de la consultation, suivi d'un consentement verbal par le patient. Si ce dernier émet une demande supplémentaire au cours de la consultation, le médecin se sentira alors moins coupable et il sera légitime de lui proposer un rendez-vous ultérieur pour y répondre. Cette nouvelle démarche permettrait de renforcer le rôle de suivi du médecin généraliste ; il ne serait pas dans l'obligation de résoudre l'intégralité des demandes de son patient au cours d'une même consultation.

Enfin, pour les patients présentant une angoisse de séparation indéniable, chez qui surviennent perpétuellement des demandes tardives, prolonger l'entretien plus longtemps ne servirait à rien. Il sera alors nécessaire de le rassurer et lui proposer immédiatement une nouvelle date de consultation pour y accorder toute notre attention et notre temps.

4.4.3 Proposer des consultations dédiées à une seule problématique.

La notion de « check up » complet, qu'on a pu voir émerger à l'issue de notre analyse, pourrait être une solution conciliant pratique médicale et attentes des patients.

Ainsi, on pourrait imaginer une consultation tous les 2 ans, uniquement dédiée au terrain, sans maladie aiguë surajoutée. Une consultation préventive comportant un examen clinique minutieux et des conseils d'hygiène de vie (alimentation, tabac...).

Il pourrait éventuellement être abordé avec les patients des sujets plus sensibles touchant à la psychologie, aux aspirations personnelles. Une opportunité idéale pour mieux connaître le patient, et par extension mieux le soigner. Chose que les praticiens se réfèrent de faire au quotidien, par crainte de perdre totalement le contrôle du temps de consultation.

Bien sûr, cela resterait des portes ouvertes que le patient peut franchir, et en aucun cas une intrusion dans sa vie privée. Cette consultation serait uniquement dédiée à faire le point. Il peut en découler un « planning de soins » avec des consultations consacrées à

chaque problème relevé, sur lequel le patient désire des réponses. Le patient devra par la suite s'adapter, et accepter d'aborder un seul sujet par consultation.

Ainsi le médecin aurait le sentiment d'accomplir sa mission de santé publique, et de renouer avec le regretté rôle de médecin de famille, comme en atteste cette phrase de patient : « Maintenant on passe d'un médecin à l'autre, avant on avait un médecin de famille, il a fallu s'adapter ».

Le patient, quant à lui, serait rassuré sur son état de santé et se sentirait mieux considéré.

Bien entendu, cela exigerait une consultation plus longue et donc prétendrait à une rémunération adaptée, équivalant à 2G ou 3G. Une entente préalable devra se faire avec les différentes caisses de sécurité sociale pour mettre en place cette nouvelle cotation.

Points clefs

Divers moyens peuvent aider le praticien à minimiser et à traiter la multiplicité des demandes des patients en consultation : réduire le temps d'attente, réorganiser le planning, proposer le tiers-payant, éduquer le patient sur des consultations ciblées.

Cinquième partie

Conclusion

Conclusion

Par une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de patients de 5 cabinets de médecine générale de la Gironde, nous avons exploré les raisons qui poussent les patients à poser plus de 2 questions lors d'une même consultation. Il en est ressorti 7 motivations principales :

- L'occasion d'un renouvellement d'ordonnance, d'autant plus si ce dernier est fréquent, pour aborder un autre motif de consultation.
- La crainte de déranger le médecin pour une seule demande bénigne.
- L'anxiété et la recherche d'une synthèse englobant tous les symptômes qui les préoccupent.
- La peur de l'oubli avec la confection d'une liste.
- La contrainte professionnelle avec une perte de temps évidente et la nécessité de s'organiser, favorisant un tir groupé des questions.
- La dissuasion du temps d'attente, amplifiée par les enfants, afin de ne pas revenir souvent.
- Le souci d'économie, que ce soit d'avance de frais personnels, ou bien de dépenses de sécurité sociale, en regroupant les motifs de consultation.

Paradoxalement, la loquacité et le caractère psycho-social, pourvoyeurs de demandes multiples, ont été suggérés pour les autres patients, mais pas pour soi-même. Ceci est l'expression de la tendance à attribuer des raisons externes à ses propres comportements (« déficit de la sécurité sociale », « disponibilité professionnelle »), et des raisons internes (« bavards », « incultes ») aux comportements d'autrui.

D'après notre étude, les attentes des patients, considérables, tant dans la prise en charge médicale que dans la qualité de la relation partagée avec leur médecin, peuvent expliquer la pluralité de leurs demandes.

Aux raisons invoquées par les médecins généralistes dans l'étude de Camoin (cf. 1.1 page 26), les patients voient trois raisons supplémentaires aux consultations à motifs multiples :

- la crainte de déranger inutilement le médecin pour un motif simple,
- la peur de l'oubli (avec l'utilisation d'une liste),
- la dissuasion du temps d'attente.

Concernant la durée optimale d'une consultation, 15 à 20 minutes constituerait la norme « acceptée ». Les patients ont estimé normal un délai supplémentaire devant un diagnostic difficile, une synthèse, le suivi des enfants ou le traitement d'un problème d'ordre psychologique. À l'inverse, mener une consultation de moins de 15 minutes constituerait pour eux un outrage à une écoute attentive et à une auscultation soigneuse, toutes deux jugées indispensables à un bon diagnostic.

De plus, notre étude a mis en évidence une certaine frustration *a posteriori* du patient, suite à l'omission de réponse à l'une de ses questions, dans les cas où le patient ne trouverait pas un moyen subsidiaire et rapide de réponse. Une majorité des patients interrogés ont estimé en effet que l'on ne peut pas importuner son médecin au téléphone.

La proposition d'une nouvelle consultation, afin d'aborder les motifs de préoccupations supplémentaires, a reçu un accueil favorable des patients interrogés. À condition que cela soit ressenti comme justifié, et présenté d'une manière qui ne les angoisse pas sur leur état de santé. Du point de vue des patients, il était légitime que le médecin prenne son temps pour réfléchir, s'informer sur leur cas. Il leur était plus difficile de comprendre que son attitude puisse être dictée par le besoin de respecter un délai, de multiplier les rendez-vous pour des raisons pécuniaires, ou encore de vouloir limiter le temps d'attente des autres patients. Les patients étaient favorablement disposés à revenir pour une maladie (diagnostic, traitement, renouvellement), mais des consultations à visée préventive ne constituaient pas une priorité pour eux.

Notre étude a montré les effets néfastes d'une attente trop longue en salle d'attente. En effet, au milieu de la résignation passive et compréhensive, surgit de la colère et une aversion qui peut se montrer dissuasive à aller consulter son médecin. De plus, certains patients se sont estimés d'autant plus légitimes à formuler des questions multiples, que leur temps d'attente fut long. Il est donc primordial d'enrayer ce cercle vicieux : plus l'attente est longue, plus le patient s'épanche pour rentabiliser le temps perdu. *A contrario*, si le patient ne rencontre pas d'attente, il comprendra plus aisément qu'il ne faut pas tergiverser pour éviter d'empiéter sur la consultation suivante, quitte à revenir si ses demandes sont trop nombreuses.

L'agenda en ligne, qui connaît un essor fulgurant, permet aux patients de prendre rendez-vous eux même, et de prendre ainsi conscience du nombre de patients venant consulter et de l'importance des horaires à respecter.

Il revient au médecin de trouver la meilleure organisation possible, qui dépend essentiellement de sa capacité de synthèse, et de priorités des préoccupations des patients.

Les patients, quant à eux, doivent accepter le temps qui leur est imparti, et apprendre à diminuer leurs exigences et leurs demandes.

Du côté de la sécurité sociale, il serait possible d'imaginer une nouvelle cotation tarifaire dédiée aux consultations multiples : libérant du temps pour le médecin, et permettant par conséquent un meilleur investissement de sa part, pour une satisfaction partagée entre le médecin et ses patients.

Bibliographie

- [1] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES Dossiers solidarité et santé. 2009;(12). Disponible sur drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf.
- [2] Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DREES Études et Résultats. 2006 Avril;(481). Disponible sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>.
- [3] Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2016; Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Consulté le 10/04/2017].
- [4] Micheau J, Molière É. L'emploi du temps des médecins libéraux, diversité objective et écarts de perception des temps de travail. DREES Dossiers solidarité et santé. 2010;15. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>.
- [5] Dauris V, Schambach S. Les Consultations de médecine générale : déroulement, pratiques des médecins et attente des patients. Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du gard et de l'Hérault. Enquête d'observation auprès des patients [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Montpellier 1; 2013. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/171282337>.
- [6] Jouanin S. Fréquence et analyse des demandes de fin de consultation en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Lyon 1; 2006. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/10939206X>.
- [7] Dareths-Fabier S. Évaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Bordeaux 2; 2011. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/160388678>.
- [8] 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 de médecine]. Aix Marseille Université; 2015. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/185808107>.
- [9] URPS-IdF. Étude sur les tâches cumulatives réalisées par le médecin généraliste pour les patients lors de la consultation. Union Régionale des Professionnels de Santé médecins Île de France. 2012 Mars; Disponible sur <https://www.urps-med-idf.org/etude/etude-taches-cumulatives-realisees-medecin-generaliste-patients-lors-de-consultation-rapport-direct-celle/> [Consulté le 01/03/2017].

- [10] Jourdan A. Les mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice de médecine]. Université d'Aix Marseille; 2016. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/194293742>.
- [11] CNOM. Code de déontologie médicale. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2017 Avril; Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> [Consulté le 9/04/2017].
- [12] UNOF-CSMF. Pour le maintien d'une consultation de qualité en médecine générale (Motion 2 du Comité Directeur). Union Nationale des Omnipraticiens Français - Confédération des Syndicats Médicaux Français. 2011; Disponible sur <http://lesgeneralistes-csmf.fr/2011/04/04/comite-directeur-02042011-motion-n2-pour-le-maintien-dune-consultation-de-qualite-en-medecine-generale/> [Consulté le 10/03/2017].
- [13] Brigden N. La gestion personnelle immédiate des consultations à motifs multiples est-elle en lien avec le risque de burnout des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Poitiers; 2012. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/163574707>.
- [14] Harant-Beaufort M. Influence des demandes multiples sur la survenue de nouvelles demandes en fin de consultation en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2016. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/194008738>.
- [15] Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifiée par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016; 2016. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=20171001> [Consulté le 10/10/2017].
- [16] HCAAM. Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie; 2007. Disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_240507.pdf [Consulté le 03/05/2017].
- [17] OCDE. Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques. 2015;p. 132. Disponible sur <http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm> [Consulté le 23/06/2017].
- [18] Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. INSEE PREMIERE. 2006 Juillet;(1089). Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826> [Consulté le 28/04/2017].
- [19] Signoret J. 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 [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012. Disponible sur http://www.sfm.org/publications/les-theses/evolution_du_contenu_de_la_consultation_de_medecine_generale_en_termes_de_maladies_chroniques_aigues_et_de_prises_en_charge_non_pathologiques_entre_1993_et_2010.html.

-
- [20] Le Breton G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2011. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2011; Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476> [Consulté le 07/04/2017].
- [21] Info F. Les honoraires des médecins généralistes du secteur 1. France Info - Rédaction. 2014; Disponible sur www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/les-honoraires-des-medecins-generalistes-du-secteur-1_1743131.html [Consulté le 10/03/2017].
- [22] Mouthon L, Hanslik T, CNEMI. L'observation médicale. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2013; Disponible sur http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio1/site/html/2_3.html [Consulté le 01/03/2017].
- [23] Letrilliart L, Supper I, M S, Darmon D, P B, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014;(114) :148–157. Disponible sur <https://www.exercer.fr/numero/114/page/148/>.
- [24] Middleton J, McKinley R, Gillies C. Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations : randomised controlled trial. BMJ. 2006;332(7552) :1238–1242. Disponible sur <http://www.bmj.com/content/332/7552/1238>.
- [25] Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. American Journal of Public Health. 1981 02;71(2) :127–131. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1619620/>.
- [26] Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale à propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Toulouse 3; 2012. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/167243055>.
- [27] Dyche L, Swiderski D. The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns. Journal of General Internal Medicine. 2005 03;20(3) :267–270. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490080/>.
- [28] Schaufeli W, van Dierendonck D, Buunk B. Toward a process model of burnout : Results from a secondary analysis. European Journal of Work and Organizational Psychology. 2001 03;10 :41–52.
- [29] Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings. 2015;90(12) :1600–1613. Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26653297> [Consulté le 10/07/2017].
- [30] Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Champagne-Ardenne. 2003; Disponible sur internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burn_t_medecin_ca.pdf.
- [31] Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles [Thèse d'exercice de médecine]. Université René Descartes; 2007. Disponible sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/359506/>.

- [32] Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. 2002 ;136(5) :358–367. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008> [Consulté le 11/07/2017].
- [33] Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles. *Question d'économie de la santé*, IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). 2009 ;144. Disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/2009/questions-d-economie-de-la-sante.html#n144>.
- [34] Broc G. Les méthodes qualitatives appliquées à l'évaluation en santé ; 2017.
- [35] Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'Assurance Maladie*. 2001 ;32(2) :117–121.
- [36] Pope C, Mays N. Qualitative Research : Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach : An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *BMJ*. 1995 08 ;311 :42–5. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/15586474_Qualitative_Research_Reaching_the_Parts_Other_Methods_Cannot_Reach_An_Introduction_to_Qualitative_Methods_in_Health_and_Health_Services_Research.
- [37] Rohleder P, Lyons A. Introduction : Qualitative Research in Clinical and Health Psychology. Macmillan Education UK ; 2015. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/313263464_Introduction_Qualitative_Research_in_Clinical_and_Health_Psychology.
- [38] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *Exercer*. 2009 ;(87) :74–79. Disponible sur <https://www.exercer.fr/numero/87/page/74/>.
- [39] Bardin L. L'Analyse du contenu. P.U.F. ; 1977. Disponible sur https://www.puf.com/content/L_analyse_de_contenu.
- [40] Mucchielli A. Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *RECHERCHES QUALITATIVES – Hors Série n°3*. 2007 ; Disponible sur http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/MucchielliFINAL2.pdf.
- [41] David M, Gall B. L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007. *DREES Études et Résultats*. 2008 ;(651). Disponible sur <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/12554>.
- [42] Christophe N. Retentissement de l'attente dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients : enquête dans l'arrondissement de Cholet [Thèse d'exercice de médecine]. Université d'Angers. Angers ; 2015. Disponible sur <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20030226/2015MCEM3478/fichier/3478F.pdf>.
- [43] Hutin JF. Au lit du malade : une histoire de l'examen clinique. *Glyphe* ; 2012. Disponible sur <http://www.editions-glyphe.com/livre/lit-malade-histoire-de-l'examen-clinique/>.
- [44] Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain : issues of length and context. *BMJ*.

- 2002;324(7342) :880–882. Disponible sur <http://www.bmj.com/content/324/7342/880>.
- [45] Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gossiau M, et al. "I want more time with my doctor" : a quantitative study of time and the consultation. *Family Practice*. 2004;21(5) :479–483. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmh502>.
- [46] Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *British Journal of General Practice*. 2002;52(485) :1004–1006. Disponible sur <http://bjgp.org/content/52/485/1004>.
- [47] Popelier AL, Duhot D, Kandel OF. Quels sont les critères déterminants la durée de la consultation en médecine générale. *Exercer*. 2008;(80 suppl) :56–57. Disponible sur https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjyKaWfoNDWAhWKmLQKHVzzALkQFggMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.exercer.fr%2Fnumero%2F80%2Fsupp%2F1%2Fpage%2F56%2Fpdf%2F&usg=AOvVaw1EBxvfH1A6_3jFzXfnDYW4.
- [48] Pouchelon A. Déterminants et impact de la durée de la consultation en médecine générale une revue de la littérature [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Lyon 1; 2008. Disponible sur <http://www.sudoc.fr/127324194>.
- [49] ENA. Rémunération des médecins généralistes. Rapport ENA. 2010 Février; Disponible sur www.ufml.fr/documents/ena/ENA_Rapport_remun_md-2.pdf [Consulté le 14/07/2017].
- [50] Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care : an international comparison. *Family Practice*. 1999;16(1) :4–11. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/16.1.4>.
- [51] Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice : Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*. 1994;154(12) :1365–1370. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.1994.00420120093010>.
- [52] Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. Éditions Sociales Françaises; 1942.
- [53] Reilly B. Physical examination in the care of medical inpatients : an observational study. *The Lancet*. 2003 Octobre;362(9390) :1100–1105. Disponible sur [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(03\)14464-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)14464-9/fulltext) [Consulté le 20/09/2017].
- [54] Gallois P. Médecine au quotidien... soigner et prendre soin : le malade autant que la maladie. Union Nationale des Formation Médicale et d'Évaluation Continues; 2009. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/251718916_Medecine_au_quotidien_soigner_et_prendre_soin_le_malade_autant_que_la_maladie.
- [55] UNAFORMEC. Un examen négatif rassure-t-il le patient? Le journal faxé de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluation Continues. 1996 Octobre;(33). Disponible sur www.unaformec.org/uploads/Publications/bibliomed/033_examen_negatif.pdf [Consulté le 03/07/2017].

- [56] Favier C. Quels patients pour quels médecins ? Étude de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes français et celles de leurs patients par analyse multivariée [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Lille 2; 2014. Disponible sur <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4b8f5b2d-e5f8-441f-854d-ed466fe06090>.
- [57] Jammet I. Etudes sur une typologie des consultations en médecine générale. Résultat d'une étude descriptive prospective sur 3142 consultations [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Poitiers; 2004. Disponible sur http://www.sfmng.org/publications/les_theses/les_theses/typologie_des_consultations_en_medecine_generale.html.
- [58] Baker LH, O'Connell D, Platt FW. "What else?" setting the agenda for the clinical interview. *Annals of Internal Medicine*. 2005 ;143(10) :766–770. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-143-10-200511150-00033>.
- [59] Perreira Da Silva M. Modèle de thèse LyX. Perreiranet. 2014; Disponible sur <http://www.perreira.net/matthieu/telechargements/modele-de-these-lyx/>.
- [60] Kohm M. KOMA-Script - The Guide. Comprehensive TeX Archive Network. 2016; Disponible sur <https://ctan.org/pkg/koma-script>.
- [61] Le signalement et la valorisation de la thèse d'exercice. Université de Bordeaux; 2014.
- [62] Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira PL, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. General practice care and patients' priorities in Europe : an international comparison. *Elsevier Health Policy*. 1998 Juillet ;(45) :175–186. Disponible sur <http://hdl.handle.net/10316/9929>.
- [63] Arbor A. Short waits, long consults keep most patients very happy with their physicians. *University of Michigan News*. 2011 Novembre; Disponible sur <http://www.ns.umich.edu/new/multimedia/audio/20062-short-waits-long-consults-keep-most-patients-very-happy-with-their-physicians>.
- [64] Balkrishnan R, Tehrani A, Feldman S, Camacho F. Patient satisfaction with outpatient medical care in the United States. *Health Outcomes Research in Medicine*. 2011 11 ;2(4). Disponible sur <https://experts.umich.edu/en/publications/patient-satisfaction-with-outpatient-medical-care-in-the-united-s>.
- [65] Bohineust A. L'automédication recule en France. *LE FIGARO*. 2014 Juillet; Disponible sur <http://www.lefigaro.fr/conso/2014/06/24/05007-20140624ARTFIG00283-l-automedication-recule-en-france.php> [Consulté le 18/07/2017].
- [66] Rodondi P, Guex P, Vannotti M. What is behind the hidden agenda ? *Revue médicale suisse*. 2005 ;15 :362, 365–6, 368. Disponible sur <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-5/30169>.
- [67] Wahnich S. Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique : trois méthodes d'approche des publics. *Bulletin des Bibliothèques de France*. 2006 Septembre ;51(6). Disponible sur <http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>.
- [68] Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Question

- d'économie de la santé, IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). 2011 Mars;(163). Disponible sur www.irdes.fr/publications/2011/Qes163.pdf.
- [69] Drscore.com ; 2010. Disponible sur www.drscore.com [Consulté le 22/02/2017].
- [70] Queneau P. L'automédication, source de dangers? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2007;191(8) :1535. Disponible sur <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2007.8.pdf>.
- [71] Rolland C, Intermede G. Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut-elle éclairer la question des inégalités sociales de santé? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2008;56(6). Disponible sur www.iresp.net/iresp/files/2013/04/Projet-Lang-communications.pdf.
- [72] Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Le-trilliart L. Recherche Méthodes Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84) :142–145. Disponible sur <https://www.exercer.fr/numero/84/page/142/>.
- [73] Goehringa C, Bouvier Gallacchib M, Künzic B, Bovierd P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners : a cross-sectional survey. Swiss Med Weekly. 2005;(135) :101–108. Disponible sur <https://smw.ch/article/doi/smw.2005.10841/>.
- [74] Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative ; 2013. CAGE (Collège de Médecine Générale de Nice). Disponible sur http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=53 [Consulté le 20/03/2017].
- [75] Légifrance. Code de la santé publique - Article R4127-33 ; 2004. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912895&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20171001> [Consulté le 10/10/2017].

Annexes

A Guide d'entretien – version première

Amorce

Avant la consultation de médecine générale d'un confrère, je me présente au patient qui attend son tour :

« Bonjour, je suis étudiante en médecine et j'effectue une thèse sur la relation patient-médecin, essentiellement centrée sur le ressenti des patients. Pourrais-je vous poser quelques questions après la consultation avec votre médecin, qui n'excéderont pas 5 minutes de votre temps ? C'est bien entendu anonyme. Je vous remercie. »

Introduction :

- 1 - « Combien de demandes avez-vous faites à votre médecin aujourd'hui ? »
- 2 - « Avez-vous posé toutes vos questions à votre médecin aujourd'hui ? Si non : pourquoi n'avez-vous pas posé toutes vos questions ? »

Problématique de l'étude :

- 3 - « Quelles sont les raisons qui vous poussent personnellement à poser plus de 2 questions au cours d'une même consultation ? »
- 4 - « Si votre médecin oublie de répondre à une de vos questions, quelle est votre réaction ? »
- 5 - « Qu'est ce qui vous pousse en général à aller consulter votre médecin ? »
- 6 - « À votre avis, quelles sont les raisons qui poussent les autres patients à demander plusieurs choses à leur médecin ? »
- 7 - « Si votre médecin vous proposait de vous revoir lors d'une nouvelle consultation, pour finir de répondre à vos demandes, et les traiter plus en profondeur, quelle serait votre réaction ? »

Connaitre les attentes du patient :

- 8 - « Combien de temps devrait selon vous durer une « bonne » consultation de médecine générale ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »
- 9 - « D'après vous, quelle devrait être la fréquence pour consulter son médecin traitant ? »
- 10 - « Avez-vous des suggestions à faire sur ce qui serait d'après vous le bon déroulement d'une consultation ? »

Définir le profil du patient :

Sexe		Âge		Statut professionnel		Distance domicile/cabinet	
-------------	--	------------	--	-----------------------------	--	----------------------------------	--

B Guide d'entretien – version définitive

Amorce

Avant la consultation de médecine générale d'un confrère, je me présente au patient qui attend son tour :

« Bonjour, je suis étudiante en médecine et j'effectue une thèse sur la relation patient-médecin, essentiellement centrée sur le ressenti des patients. Pourrais-je vous poser quelques questions qui n'excéderont pas 5-10 minutes de votre temps ? Vous pouvez refuser de répondre à une question, ou bien arrêter le questionnaire quand vous le souhaitez, et bien sûr, il prendra fin quand ce sera votre tour de passer. C'est bien entendu anonyme. Je vous remercie. »

Introduction :

- 1 - « Combien de demandes avez-vous à faire à votre médecin aujourd'hui ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »
- 2 - « Qu'est ce qui vous pousse en général à aller consulter votre médecin ? »

Problématique de l'étude :

- 3 - « Quelles sont les raisons qui vous poussent personnellement à poser plus de 2 questions au cours d'une même consultation ? »
- 4 - « Si votre médecin oublie de répondre à une de vos questions quelle est votre réaction ? »
- 5 - « À votre avis, quelles sont les raisons qui poussent les autres patients à demander plusieurs choses à leur médecin ? »
- 6 - « Si votre médecin vous proposait de vous revoir lors d'une nouvelle consultation, pour finir de répondre à vos demandes, et les traiter plus en profondeur, quelle serait votre réaction ? »

Connaitre les attentes du patient :

- 7 - « Combien de temps devrait selon vous durer une « bonne » consultation de médecine générale ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »
- 8 - « Si vous deviez attendre 1h dans la salle d'attente, alors que vous aviez pris rendez vous, quelles sont vos réactions et réflexions ? »
- 9 - « D'après vous, quelle devrait être la fréquence pour consulter son médecin traitant ? »

10 - « Avez-vous des suggestions à faire sur vos attentes concernant le bon déroulement d'une consultation et les qualités attendues chez votre médecin ? Pouvez-vous me citer 3 qualités principales ? »

Définir le profil du patient :

Sexe		Âge		Statut professionnel		Distance domicile/cabinet	
------	--	-----	--	----------------------	--	---------------------------	--

Remerciements à la personne interrogée

C Transcription d'entretien n°1

Introduction :

1 - « Combien de demandes avez-vous à faire à votre médecin aujourd'hui ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »

« Aujourd'hui je dois lui poser 3 questions ; ça suffit, tout va bien pour le reste. Pas moins de questions car je n'y vais pas à chaque fois, du coup ça se cumule, et quand je consulte mon médecin ce n'est pas pour rien. »

2 - « Qu'est ce qui vous pousse en général à aller consulter votre médecin ? »

« C'est pour approfondir certaines choses et surtout pour les maladies que je n'arrive pas à soigner toute seule. En fait, il faut vraiment que ça aille mal pour que je vienne consulter »

Problématique de l'étude :

3 - « Quelles sont les raisons qui vous poussent personnellement à poser plus de 2 questions au cours d'une même consultation ? »

« Pour les problèmes graves car je pose plusieurs questions sur le même sujet, il faut que ce soit grave pour que j'y aille, y a des personnes qui ont un petit bobo et qui vont de suite consulter. Et puis comme je ne veux pas venir pour rien, en général j'ai plusieurs questions. »

4 - « Si votre médecin oublie de répondre à une de vos questions quelle est votre réaction ? »

« Il n'oublie pas car je fais une liste et je vérifie s'il a bien répondu à toutes mes questions. Et puis de toute façon, il oublie très peu souvent de me répondre et c'est ça que j'aime chez lui. Sinon j' imagine que je serai ennuyé, on ne peut pas rappeler le médecin car on le dérangerait. Après, si c'est grave ou urgent je pense que je lui passerai un coup de fil, j'aime pas demander l'avis à mon entourage. »

5 - « À votre avis, quelles sont les raisons qui poussent les autres patients à demander plusieurs choses à leur médecin ? »

« J'en sais rien, mais sans doute qu'ils sont bavards, y'en a pas mal qui aiment raconter leur vie. Ils viennent voir le médecin pour papoter. Et puis il y a ceux qui ont plusieurs maladies à traiter en même temps et du coup ça prend plus de temps. »

6 - « Si votre médecin vous proposait de vous revoir lors d'une nouvelle consultation, pour finir de répondre à vos demandes, et les traiter plus en profondeur, quelle serait votre réaction ? »

« Ça dépend si c'est vraiment nécessaire ou pas, je ne veux pas revenir pour rien ; le médecin perd son temps et la sécurité sociale perd de l'argent. »

Connaitre les attentes du patient :

7 - « Combien de temps devrait selon vous durer une « bonne » consultation de médecine générale ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »

« 20 minutes me semble bien, moins de temps c'est bâclé, il n'a pas le temps de nous prendre la tension et de bien nous examiner. La consultation peut être plus longue pour des enfants ou pour les patients qui ont plusieurs maladies. »

8 - « Si vous deviez attendre 1h dans la salle d'attente, alors que vous aviez pris rendez vous, quelles sont vos réactions et réflexions ? »

« Il a dû avoir des urgences, on est là pour attendre, il faut prendre son mal en patience. Cela fait juste monter un peu ma tension à force d'attendre. »

9 - « D'après vous, quelle devrait être la fréquence pour consulter son médecin traitant ? »

« Une fois tous les 6 mois, pour les dépistages mais c'est variable en fonction de l'âge, plus on vieillit et plus ça devrait durer longtemps parce que les maladies deviennent plus compliquées. »

10 - « Avez-vous des suggestions à faire sur vos attentes concernant le bon déroulement d'une consultation et les qualités attendues chez votre médecin ? Pouvez-vous me citer 3 qualités principales ? »

« Il doit y avoir un examen clinique minimal avec prise de la tension et un contact physique, pas seulement avec l'ordinateur. Et surtout l'écoute, j'ai changé de médecin parce qu'il ne m'écoutait pas. Il doit y avoir un bon dialogue, car pas de bon diagnostic sans bon dialogue. Il faut aussi qu'il connaisse ses limites de compétence, s'il est dépassé, il nous envoie chez un spécialiste. Comme qualité principale je dirai l'écoute, la gentillesse, et fiable dans son diagnostic. »

D Transcription d'entretien n°2

Introduction :

1 - « Combien de demandes avez-vous à faire à votre médecin aujourd'hui ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »

« J'ai 3 demandes à faire, c'est un tir groupé car entre le travail et les enfants, c'est difficile de s'organiser, je viens le moins possible sauf quand il y a urgence ».

2 - « Qu'est ce qui vous pousse en général à aller consulter votre médecin ? »

« Les enfants malades, les maladies aiguës, les certificats de sport. »

Problématique de l'étude :

3 - « Quelles sont les raisons qui vous poussent personnellement à poser plus de 2 questions au cours d'une même consultation ? »

« Je ne vais pas souvent chez le médecin, c'est plutôt ma femme avec les enfants. De mon côté, je regroupe les questions car j'ai souvent la flemme d'y aller. C'est une perte de temps, j'attends souvent le dernier moment »

4 - « Si votre médecin oublie de répondre à une de vos questions quelle est votre réaction ? »

« Je lui en veux pas c'est humain ; j'irai voir sur internet, parler au pharmacien et si je ne trouve pas et que cela ne passe pas, je reprends rendez-vous avec mon médecin. »

5 - « À votre avis, quelles sont les raisons qui poussent les autres patients à demander plusieurs choses à leur médecin ? »

« Je pense qu'ils sont inquiets et incultes, sans transmission intergénérationnelle. Au moindre rhume ou à la moindre gastro ils viennent consulter. On n'est plus dans le monde médical, on est plus dans le social. »

6 - « Si votre médecin vous proposait de vous revoir lors d'une nouvelle consultation, pour finir de répondre à vos demandes, et les traiter plus en profondeur, quelle serait votre réaction ? »

« Pour une pathologie grave, oui, je comprendrais qu'il me propose ça, il n'a pas forcément les réponses et veut s'informer ; sinon non merci, je n'ai pas envie de revenir, j'ai autre chose à faire que de passer mon après-midi dans la salle d'attente. »

Connaitre les attentes du patient :

7 - « Combien de temps devrait selon vous durer une « bonne » consultation de médecine générale ? Pourquoi pas plus ? Pourquoi pas moins ? »

« Cela dépend, si c'est pour un check up avec les enfants, 20 minutes c'est bien ; idéalement en 10 minutes pour la grippe. Mais si cela doit durer 1h pour trouver le diagnostic, pas de problème. Pas moins de 10 minutes, le temps de dire bonjour, de brancher la carte vitale, de déshabiller le patient. »

8 - « Si vous deviez attendre 1h dans la salle d'attente, alors que vous aviez pris rendez vous, quelles sont vos réactions et réflexions ? »

« Cela m'énerve car je n'aime pas attendre et que j'ai mieux à faire. Si c'est récurrent, je change d'adresse, le médecin n'a qu'à mieux s'organiser. »

9 - « D'après vous, quelle devrait être la fréquence pour consulter son médecin traitant ? »

« À chaque fois que l'on est bien malade et que cela ne guérit pas tout seul ; au moins une fois par an pour vérifier les vaccins et suivre la croissance des enfants. »

10 - « Avez-vous des suggestions à faire sur vos attentes concernant le bon déroulement d'une consultation et les qualités attendues chez votre médecin ? Pouvez-vous me citer 3 qualités principales ? »

« Le médecin doit faire le bon diagnostic et prescrire un traitement efficace pour que l'on n'ait pas à revenir. Le temps d'attente doit être diminué. Pour moi les qualités principales devraient être l'écoute, qu'il soit clair dans ses réponses et dans son diagnostic, et qu'il nous oriente vers un spécialiste quand c'est nécessaire. »

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

DÉTERMINANTS DES DEMANDES MULTIPLES EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE
ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS AUPRÈS DE PATIENTS DE LA GIRONDE

Introduction : De précédents travaux ont établi une corrélation négative entre les demandes multiples et la qualité de la démarche clinique du médecin. La présente étude a eu pour objectif premier d'explorer, auprès de patients de médecine générale, les raisons qui les poussent à poser plus de 2 questions au cours d'une même consultation.

Méthode : Étude qualitative, menée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens se sont déroulés de décembre 2016 à mars 2017 dans 5 cabinets de médecine générale, en zone urbaine, péri-urbaine et rurale de la Gironde. L'étude concernait exclusivement des patients majeurs, capables de comprendre les questions, sur la base du volontariat.

Résultats : 43 hommes et 49 femmes ont été interrogées (moyenne d'âge 54 ans) ; 3 personnes ont refusé de répondre. L'étude des entretiens par regroupement thématique a fait ressortir sept motivations principales : l'anxiété et la recherche d'une synthèse médicale, englobant tous les symptômes préoccupants ; l'aspect financier ; la dissuasion du temps d'attente, amplifiée par les enfants ; la peur de l'oubli (recours à une liste de questions) ; la contrainte professionnelle, avec une perte de temps évidente et la nécessité de s'organiser ; la crainte de déranger le médecin pour un unique problème estimé bénin ; profiter de l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance, d'autant plus si ce dernier est fréquent.

Conclusion : Il revient au médecin de trouver la meilleure organisation possible, qui dépend essentiellement de sa gestion du temps et de la hiérarchisation des préoccupations des patients. Ces derniers devraient être aidés à mieux formuler leurs besoins, à accepter le temps qui peut leur être raisonnablement imparti, et éventuellement à avoir recours à une seconde consultation.

Mots clefs : Consultation, médecine générale, demandes multiples, motifs multiples, étude qualitative, attente, écoute

KEY FACTORS FOR MULTIPLE PATIENT DEMANDS DURING GENERAL PRACTICE CONSULTATIONS
QUALITATIVE STUDY THROUGH SEMI-DIRECTED INTERVIEWS OF GIRONDE COUNTY PATIENTS

Background: Previous studies have established a negative correlation between multiple demands made by the patient, and the quality of the clinical approach by the practitioner, during the medical consultation. The main purpose of this study is to explore the reasons that lead general practice patients to express more than two questions during any given consultation.

Method: Qualitative study, by the means of semi-directed individually-led interviews. Interviews took place between December 2016 and March 2017, in 5 general practices of the French department of Gironde located in rural, peri-urban, as well as urban areas. Interviewees were adults able and willing to answer the questionnaire while they were waiting for their consultation.

Findings: Among 95 patients, 3 refused to answer, while 43 men and 49 women accepted (average age 54). The study of the interviews using thematic grouping shows 7 main motives: anxiety and search for a clinical synthesis including all worrying symptoms; financial concerns; the dissuasion of long waiting times (reinforced by the presence of children); use of a pre-established list of questions, for fear of forgetting symptoms; professional, and subsequent time constraints; shyness to bother the practitioner for a single benign motive; exploitation of the opportunity provided by the renewal of a repeated prescription.

Conclusion: It comes down to the practitioner to find a suitable organization to ensure the best practice and satisfy patient demands, while preserving a reasonable consultation time. Patients should be made aware of how to better express their needs, and eventually accept to resort to several consultations, for better care.

Keywords: Consultation, general practice, multiple demands, multiple motives, qualitative study, waiting time.
