



HAL
open science

Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge

Sofia Chaabane

► **To cite this version:**

Sofia Chaabane. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01886722

HAL Id: dumas-01886722

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01886722>

Submitted on 3 Oct 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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR MEDECINE ET PHARMACIE

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

ANNEE 2018

N°

Par Sofia CHAABANE

(épouse KERMICHE)

Née le 24/01/1992 à Evreux

Présentée et soutenue publiquement le 3 septembre 2018

**LE MEDECIN GENERALISTE EN RETARD SUR
SES CONSULTATIONS : VECU ET RESSENTI
DU MEDECIN ET IMPACT SUR SA PRISE EN
CHARGE**

Président du jury : Professeur Jean-François GEHANNO

Membre du jury : Docteur Elisabeth MAUVIARD

Membre du jury : Docteur Marianne LAINE

Directrice de thèse : Docteur Laëtitia BOURDON

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie

M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique

Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**

Pharmacie officinale

Mr Jean-François **HOUIVET**

Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**

Pharmacognosie

M. Jonathan **HEDOUIN**

Chimie Organique

Mme Barbara **LAMY-PELLETER**

Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Marianne LAINE UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Remerciements

Au Professeur GEHANNO, un grand merci d'avoir accepté de présider ce jury.

Aux Docteur MAUVIARD et Docteur LAINE, merci de faire partie de ce jury et de me donner votre avis sur mon travail.

Au Docteur Laëtitia BOURDON, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Notre apprentissage commun et simultané de la méthode qualitative aura été mémorable. En tant que première thésarde, je te souhaite bon courage pour ta future carrière de MCU =)

A François, pour ta patience, ton écoute et ton soutien sans faille au cours de ces derniers mois. Merci d'avoir supporté mes humeurs changeantes...Ce travail n'aurait pas été le même sans toi. Je tacherai de te rendre la pareille, et essaierai d'être d'une aide aussi précieuse que tu l'as été pour moi. làT.

A Idriss, ma pistache, nous allons vite rattraper toutes ces heures que nous n'avons pas pu passer ensemble ces dernières semaines, et j'aimerai être présente à chacun de tes nouveaux apprentissages !

A ma noisette, j'espère que mon stress ces derniers mois ne s'est pas trop senti. Tu peux venir maintenant, on t'attend tous les 3.

A mes parents, sans l'aide de qui je ne serai pas arrivée là où j'en suis actuellement.

A ma tribu, Tchatche et Youyou, merci pour ces petites pauses-café « discussion de thèse » et toute votre participation, même si cela a pu vous gêner parfois chez Madame Maxime...=)

A Rayane et Sérine, à vous de jouer, bientôt ce sera votre tour !

A Ma Yem, pour ta Bescherellisation lorsque mon cerveau fumait.

A tous les médecins qui ont eu la gentillesse de participer à cette étude.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. La médecine générale en France et en Normandie	4
1.1. Offre et demande de soins	4
1.2. Différents modes d'activité	4
2. La journée « type » du médecin généraliste	5
2.1. Emploi du temps d'un médecin généraliste libéral	5
2.2. Durée de consultation	6
2.3. Consultations non programmées	7
3. L'aspect financier de la médecine générale libérale	7
3.1. Chiffres d'affaires moyen	7
3.2. Charges	8
4. Le retard	9
4.1. Perception et psychologie du temps	9
4.2. Retard en France	9
4.3. Point de vue des patients.....	11
5. Impacts du retard sur le médecin.....	12
5.1. Impact du retard sur la santé du médecin.....	12
5.2. Impact du retard sur la vie privée du médecin	14
6. Impacts du retard sur la prise en charge médicale	14
6.1. Impact sur la durée de consultation	14
6.2. Impact de la durée de consultation sur la qualité des soins.....	15
6.3. Impact sur la relation médecin malade	16
7. Intérêt de ce travail	17
MATERIEL ET METHODE	18
1. Hypothèses et objectifs.....	19
2. Méthode.....	19
3. Réalisation des entretiens	20

4. Retranscription des entretiens	21
5. Analyse des entretiens	21
6. Ethique	21
7. Présentation des résultats.	21
RESULTATS	22
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	23
2. Présentation des résultats	24
2.1. La notion de retard du point de vue des médecins généralistes	24
2.2. Les caractéristiques du retard.....	27
2.3. Les causes de retard	31
2.4. L'attitude du médecin face au retard.....	36
2.5. Conséquences du retard.....	39
DISCUSSION	51
1. Discussion des résultats	52
1.1. Médecin généraliste et retard.....	52
1.2. Conséquences sur le médecin.....	57
1.3. Conséquences sur la prise en charge.....	64
1.4. Absence de retentissement	74
1.5. Solutions face au retard	74
2. Forces et limites de l'étude	75
3. Perspectives	76
CONCLUSION.....	79
LISTE DES ABREVIATIONS.....	80
LISTE DES FIGURES	81
LISTE DES TABLEAUX	82
BIBLIOGRAPHIE	83
ANNEXES	87
1. Guide d'entretien	87
2. Verbatims.....	88

INTRODUCTION

1. La médecine générale en France et en Normandie

1.1. Offre et demande de soins

La France fait face à une pénurie de médecins généralistes du fait de la baisse du numéris clausus dans les années 90 et de l'augmentation importante des départs en retraite. Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 9,1% des effectifs depuis 2007, et selon les estimations, ce chiffre sera de 79 262 en 2025.¹

Cette densité médicale en baisse s'accompagne d'une inégalité géographique telle qu'elle peut parfois varier du simple au double selon les départements. Compte tenu de l'augmentation massive du nombre de cessations d'activité, cette situation ne fera que s'aggraver dans les prochaines années.²

Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques ont fait considérablement évoluer la demande de soins primaires. La médecine générale a dû s'adapter au fil du temps à l'évolution démographique de leur patientèle et aux transformations des exigences des usagers du système de santé.²

Deux catégories de zones se distinguent par les difficultés d'accès aux soins : les "zones d'interventions prioritaires" et les "zones d'actions complémentaires". En 2018 ces deux zones représentent 73,4 % de la population normande.³ La présence de nombreux déserts médicaux en Haute-Normandie entraîne un flux de patients plus conséquent chez la plupart des généralistes de cette région. Chaque médecin draine individuellement un bassin de population plus large. Cette charge de travail augmentée peut expliquer l'existence de retards en consultation.

1.2. Différents modes d'activité

De nombreux types d'exercices sont possibles en médecine générale.

Le secteur salarié attire de plus en plus de jeunes médecins. En 2017, 56,3% des généralistes pratiquent une activité libérale seule, 37% sont salariés et 6,6% ont une activité mixte.¹

L'exercice en groupe se développe également. En 2016, 57% des futurs médecins généralistes envisagent leur exercice en maison médicale pluri-professionnelle ou pluridisciplinaire et 34% en mono-disciplinaire. Seuls 9% envisagent un exercice en cabinet seul.⁴

Les médecins installés en zone rurale ont une activité différente de ceux travaillant en zone urbaine car la patientèle y est différente en termes de catégories sociales.⁵

Le temps de travail hebdomadaire des médecins exerçant en zone rurale est légèrement supérieur à celui de ceux installés en zone urbaine (4 heures de plus par semaine).⁶

En plus de leur activité en cabinet et de celle dans le cadre de la permanence des soins, environ 30% des médecins déclarent des activités dans une autre structure comme un établissement de santé, une maison de retraite, une crèche etc.⁷ Environ, 11 % des médecins ont des activités auprès d'organisations professionnelles (URPS, Conseil de l'ordre, syndicats, sociétés savantes).⁷

Enfin, l'activité des médecins généralistes diffère aussi par l'organisation des consultations : libres ou sur rendez-vous. Faire le choix de fixer des créneaux horaires c'est faire le choix d'être ponctuel ou pas. Or, ces objectifs de ponctualité et de maîtrise du temps ne sont pas partagés par tous.⁵

2. La journée « type » du médecin généraliste

2.1. Emploi du temps d'un médecin généraliste libéral

Malgré une importante disparité des emplois du temps, les journées de travail des médecins généralistes français sont longues. Ils déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine ce qui correspond environ à 10 heures par jour (incluant leurs temps de soins et leurs activités annexes).^{7,9} L'heure de fin est bien souvent incertaine. Les médecins femmes de manière générale ont des semaines de travail moins denses (10 heures de moins par semaine environ).⁸ Elles effectuent en moyenne 4150 consultations par an contre 5440 pour les médecins hommes.⁷ S'ajoutent à cela d'autres activités professionnelles comme les tâches administratives de gestion du cabinet, les groupes de travail, la formation professionnelle continue, qui peuvent avoir lieu en soirée.

Pour ce travail dit « administratif » certains praticiens réservent des créneaux dans leur agenda, pour d'autres, cette organisation est plus floue, et ce travail est réalisé certains soirs, ou certains weekends, au cabinet ou à leur domicile. Seulement 80 % de leur temps de travail correspondrait donc à une activité de soins contre 20 % de temps de formation continue ou d'activités administratives.^{8,9}

Selon une étude réalisée en 2016/2017 par Doctolib, incluant 2480 généralistes, les généralistes effectuent en moyenne 22 consultations par jour. Ce chiffre peut monter à 30 consultations par jour en période de forte activité.¹⁰

Les visites à domicile représentent en moyenne 10% de l'ensemble des consultations. Ce chiffre est toutefois très variable d'un praticien à l'autre.⁶ Ces visites concernent majoritairement les plus de 80 ans, du fait de la fréquente perte

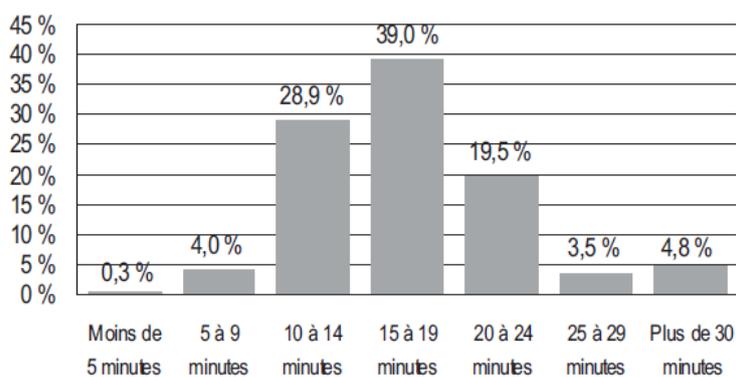
d'autonomie à ces âges.¹¹ Elles prennent en moyenne plus de temps que les consultations en cabinet (18 minutes contre 15 minutes).¹²

Face à cela, tenir un agenda strict est difficile, ce qui peut se traduire par des retards.

2.2. Durée de consultation

La durée de consultation peut être un marqueur de qualité des soins, cette durée semblant être un des critères principaux de satisfaction des patients.^{13,14}

En comparaison aux autres pays européens, les médecins français font partie de ceux ayant la plus longue durée de consultation : 16 minutes en moyenne (15 minutes pour les consultations en cabinet et 18 minutes pour les visites à domicile).¹² Cette durée est élevée si l'on compare par exemple à l'Allemagne (7,6 minutes), à l'Espagne (7,8 minutes) ou au Royaume Uni (9.2 minutes).¹⁵ La Suisse a une durée moyenne de consultation proche de la France avec 15.6 minutes, et la Suède une durée plus élevée (21 minutes).^{2,9}



Lecture : 39 % des séances étudiées ont duré entre 15 et 19 minutes.

Figure 1. Distribution des séances des médecins généralistes français selon leur durée, d'après la DREES¹² (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques).

Plus la liste de patients à voir est longue, plus la consultation est courte et ceci principalement en fin de journée.¹⁶ La longueur moyenne de consultation diminue de 6,5 secondes chaque fois que le médecin reçoit 10 patients de plus par semaine.¹⁷

La durée d'une consultation est déterminée par différentes variables liées à la fois au médecin mais également au patient.¹⁷ Parmi ces variables on retrouve le motif de venue, l'âge du patient et son sexe. Les patients prenant le plus de temps sont les personnes âgées¹⁸ (lorsque l'âge du patient augmente d'une année, son temps moyen de consultation augmente d'une seconde)¹⁷, les nouveaux patients (durée augmentée de 6,6% par rapport aux sujets connus)¹² et la patientèle féminine.¹⁷ Les problèmes les plus longs à prendre en charge sont les problèmes psychosomatiques et comportementaux.^{12,17,18} Le motif de consultation conditionne donc évidemment fortement la durée de la séance.

Par ailleurs, les patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ont des durées de consultation inférieures de 6% à celles des autres patients.¹² La durée de séance des patients présentant une Affection de Longue Durée (ALD) augmente de 3% et ceux en présentant deux ou plus de 7%.¹²

Le type de patientèle conditionne donc énormément l'emploi du temps du médecin qui se retrouve face à une grande complexité d'organisation de son temps de travail.

A noter également que la personnalité du médecin est un facteur de variation important du déroulement de la consultation.¹⁹

2.3. Consultations non programmées

Selon l'enquête de 2004 de la DREES sur les recours urgents en médecine générale, les demandes urgentes ou non programmées constituent environ 12% de l'activité globale des généralistes libéraux. Ces consultations en urgence prennent en moyenne plus de temps que les consultations programmées : 18 minutes contre 15 à 16 minutes pour l'ensemble des recours aux médecins généralistes.²⁰ Cette durée augmente avec l'âge du patient et suivant la gravité du recours : elle atteint plus de 30 minutes lorsque le pronostic vital est engagé.²¹

Les généralistes déclaraient avoir donné en moyenne 19 conseils téléphoniques dans la semaine. Ces conseils n'avaient pas donné lieu à des consultations ou des visites par la suite. La longueur de ces appels avait été estimée à 3 minutes en moyenne ce qui correspond à 90 minutes hebdomadaires, minutes qui ne sont pas prévues dans l'emploi du temps initial du médecin, et qui peuvent donc être source de retard.²²

3. L'aspect financier de la médecine générale libérale

3.1. Chiffres d'affaires moyen

En France, la médecine générale fait partie des spécialités médicales les moins rémunérées avec la pédiatrie et la psychiatrie. Le revenu d'activité varie en fonction du secteur de conventionnement. La médecine générale est une spécialité majoritairement exercée en secteur 1. En 2015/2016 la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France) recense seulement 4205 généralistes libéraux en secteur 2.²³

La dispersion des revenus des médecins est importante entre spécialités, mais également au sein d'une même spécialité. Les 10 % des généralistes les mieux rémunérés ont perçu en moyenne des revenus 7,4 fois plus élevés que les 10 % les moins bien rémunérés.²⁴

Depuis 2005, les revenus des omnipraticiens ont progressé en moyenne de 0,6 % par an.²⁵ Les revalorisations successives du tarif de la consultation des médecins généralistes de 20 euros en 2005 à 23 euros en 2011 puis 25 euros en 2017 ont permis une hausse générale des revenus libéraux.²⁴

S'ajoutent à cela différents paiements forfaitaires.

La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est une rémunération à la performance fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Elle peut apporter jusqu'à 8715 euros à l'année.

La Majoration pour Personnes Agées (MPA), uniquement si le médecin consulté n'est pas le médecin traitant, rétribue le praticien de 5 euros par patient.

Le Forfait Patientèle Médecin Traitant (FPMT) rémunère le médecin en fonction de l'âge du patient et de son statut « ALD » ou non.

Le forfait structure, destiné à prendre en compte une partie des coûts de la structure professionnelle des médecins, peut atteindre 4620 euros au maximum pour 2019.²⁶

3.2. Charges

Le revenu libéral correspond au revenu tiré des honoraires perçus, une fois les charges professionnelles déduites. Dans les charges sont comptabilisés les dépenses professionnelles, les impôts et taxes professionnelles, les cotisations sociales personnelles du praticien et les dotations aux amortissements.

En 2013, le taux de charge moyen des généralistes s'élevait à environ 44,7% de leur chiffre d'affaire. Pour les médecins de secteur 1, en contrepartie des tarifs fixés, l'Assurance Maladie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales.²⁴

Dans une enquête réalisée en 2012, 42 % des généralistes interrogés déclaraient « avoir travaillé autant qu'ils le souhaitent et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait », 42 % répondaient « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les remplacer en leur absence » et 15 % disaient « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne peuvent pas pour des raisons financières ». Seul 1 % des médecins « auraient souhaité travailler davantage ».⁷

L'aspect financier conditionne donc énormément le nombre de patients à voir par jour et peut donc être étroitement lié au retard.

4. Le retard

4.1. Perception et psychologie du temps

Deux conceptions différentes du temps peuvent être définies : la conception quantitative et la conception qualitative.²⁷

Pour la première, il s'agit du temps objectif, le temps en tant que bien, le temps quantifiable par le Système International. Il est administré par des outils de mesure (horloges, calendriers...) et est divisible, additionnable, organisable. Il est concret et est bien souvent considéré comme une ressource rare et de grande valeur. A notre époque, la maîtrise de ce temps à des fins les plus optimums possibles est devenue une préoccupation majeure. Cette quête de la gestion du temps est principalement retrouvée dans les sociétés américaines et européennes. Il est précieux et doit être méthodiquement dépensé.

Pour la seconde, il s'agit du temps subjectif, vécu, perçu, propre à chaque individu. Fraisse²⁸ distingue trois types de temps : le temps passif, qui conduit à une grande surestimation de la durée, le temps occupé à une tâche ennuyeuse qui conduit à une surestimation plus faible, et le temps occupé par une tâche attractive, qui est correctement estimé voire sous-estimé. L'expérience psychologique de l'écoulement du temps a des répercussions sur le comportement de la personne. Ainsi, l'attente est vécue différemment d'un individu à l'autre mais entraîne souvent une réaction émotionnelle, qui, comme l'a dit Durrande-Moreau, peut souvent conduire à l'impatience.^{27,29} Les moments d'attente majorent les réponses affectives négatives telles que la colère, l'ennui et le mécontentement. Les situations de retard peuvent donc, suivant le vécu et le caractère des personnes qui le vivent, avoir des répercussions sur les relations interpersonnelles.

4.2. Retard en France

4.2.1. Retard moyen et fréquence des retards

En 2015-2016 l'association Consommation Logement Cadre de Vie (CLCV) a organisé une étude nationale sur le retard des médecins auprès des usagers du système de santé. L'un des objectifs était de connaître le temps d'attente moyen des patients avant consultation. Cette enquête, réalisée auprès de patients de tous types de praticiens (toutes spécialités et lieux d'exercice confondus), a retrouvé que ³⁰ :

- 24,6 % des patients ont été reçus à l'heure
- 19 % avec 15 minutes de retard

- 22 % avec un retard compris entre 15 minutes et 30 minutes
- 17,4 % ont attendu entre 30 minutes et 1 heure
- 17 % ont attendu plus d'une heure.

Les médecins généralistes, en comparaison avec d'autres spécialistes, reconnaissent avoir souvent du retard. De par la diversité des consultants et des motifs, tenir leur agenda est particulièrement ambitieux.

4.2.2. Principales causes de retard

- Le nombre important de patients peut-être une cause de retard. Wilson et al ont montré que réduire le nombre de patients par heure réduisait le retard.³¹
- La nature des motifs des consultants ainsi que leur nombre : dès que la part de patients atteints de maladies chroniques ou présentant plusieurs problèmes de santé augmente, le temps de consultation s'allonge, et le temps passé en salle d'attente également.²
- 4 à 5 médecins sur 10 ne disposent pas d'un secrétariat, et doivent donc assumer ces tâches seuls. Ces généralistes passent au minimum trente minutes par jour à la seule gestion des rendez-vous. La présence ou non d'un secrétariat peut donc être étroitement lié au retard du praticien.^{22,32}
- L'accueil des visiteurs médicaux demande également du temps. En 2007, selon une étude des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) de Rhône-Alpes et Bretagne, un médecin généraliste recevait en moyenne 330 visites médicales par an, la durée moyenne de ces rencontres étant de 7 à 8 minutes environ. Ce créneau horaire, qui n'est pas forcément prévu, peut donc décaler les suivants.²²
- La ROESP 2013 a permis une augmentation massive de l'informatisation des médecins généralistes, faisant passer le chiffre de 58,3% à 70% en un an.³³ Cette modernisation peut permettre un gain de temps considérable pour les praticiens mais peut être source de retard pour d'autres.
- Les consultations peuvent être interrompues par des appels de patients nécessitant des conseils téléphoniques. Ces appels perturbent et allongent la durée de consultation. La durée de ces appels est estimée à 90 minutes hebdomadaires en moyenne.²²
- Les consultations en urgence, qui se surajoutent, prennent souvent plus de temps que les consultations non urgentes.²⁰

Le médecin généraliste doit donc quotidiennement s'adapter et réorganiser sa pratique en fonction de la liste du jour pour limiter le temps d'attente des patients.

4.2.3. Autres caractéristiques du retard

- Les médecins femmes, les médecins âgés et ceux pratiquant des honoraires libres, ont tendance à réaliser des consultations plus longues.^{12,18,34} Une étude réalisée en 2015 auprès de praticiens exerçant dans le Pays de la Loire avait retrouvé que les femmes médecins étaient plus souvent en retard que les hommes mais d'un retard plus court (15 minutes environ). Elles ne dépassent que rarement le seuil des 30 minutes d'attente. Elles apparaissent donc plus régulières sur leur temps d'attente que les hommes³²
- Les médecins installés de longue date (depuis plus de 20 ans) ont souvent moins de retard que ceux nouvellement installés pour un temps d'attente référence de 30 minutes.³²
- Heaney et Al expliquent que c'est davantage la position du patient dans la liste d'attente plus que la longueur de la liste elle-même qui est le facteur de variation du temps d'attente le plus important : les patients de fin de liste attendront plus longtemps.¹⁶
- On retrouve un « effet saison » où en hiver, les séances sont plus rapides. Ceci est en lien avec les maladies épidémiques, davantage retrouvées à cette période de l'année, qui entraînent un allongement des files d'attente, faisant ainsi accélérer le médecin pour absorber le flux de patients. On peut supposer que le caractère épidémique rend le praticien plus rapidement sûr de son diagnostic, et donc, les consultations plus brèves.¹² Malgré le petit gain de temps sur chaque séance, le flux de patients évolue tellement à cette période, que l'hiver reste la « saison du retard ».⁸ Les pics d'activités intenses se retrouvent en janvier, mars, juin et septembre correspondant aux épidémies saisonnières, aux périodes de forte chaleur ou de grand froid et aux périodes pendant lesquelles les professionnels sont moins nombreux à exercer.¹⁰
- Une étude retrouve que le lundi étant le jour le plus chargé, il est le plus enclin au retard.⁸
- Le lieu d'exercice du médecin et la patientèle qui y est attachée (exercice rural, personnes âgées, milieux défavorisés, patientèle plutôt féminine...) conditionnent le retard.

4.3. Point de vue des patients

La satisfaction des patients est un objectif primordial pour les médecins. Elle passe non seulement par les soins prodigués et les résultats obtenus mais également par le côté organisationnel de la prise en charge. Ainsi, le retard plus ou moins long des médecins généralistes, peut engendrer une insatisfaction des patients.

Une étude réalisée en 2008 par un institut de sondage (institut BVA) a posé à ses participants la question suivante : « *A partir de votre propre expérience, quels seraient parmi les aspects ci-dessous, ceux sur lesquels les médecins généralistes*

devraient le plus s'améliorer ? ». Il est ressorti de cette enquête que pour 48% des consultants, c'est le temps passé en salle d'attente et donc la ponctualité du médecin qui devaient être le plus sujets à amélioration.^{9,35}

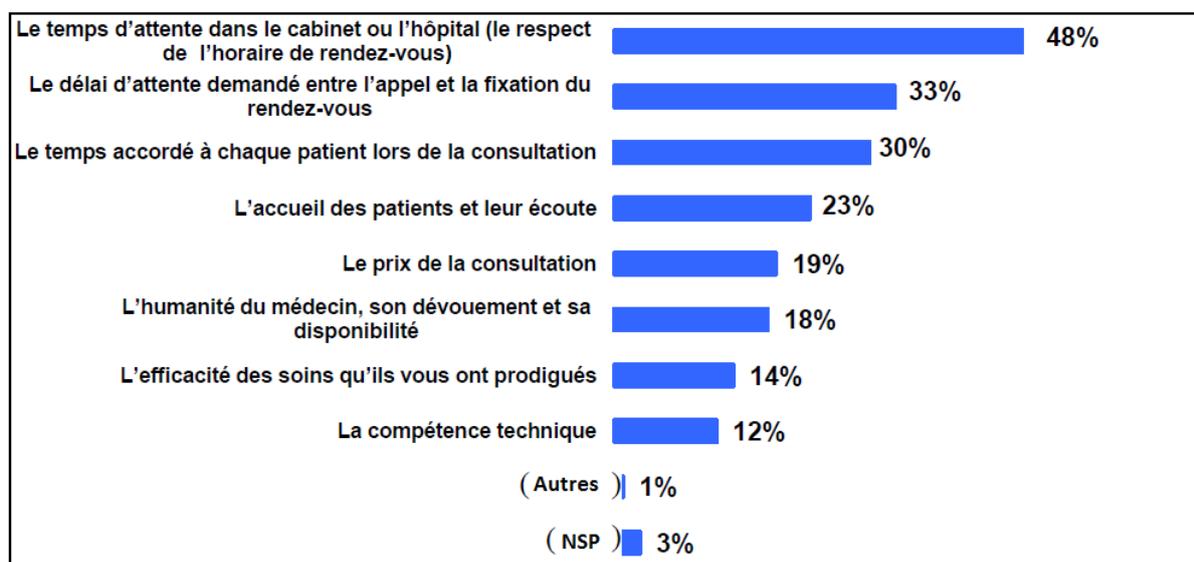


Figure 2. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine.³⁵

Par ailleurs, plus le patient vieillit (plus de 60 ans), et plus il accorde une importance particulière à la ponctualité de son médecin. Il en est de même pour les personnes vivant en zone urbaine qui trouvent plus dommageable le retard de leur praticien que ceux vivant en banlieue ou à la campagne.³⁶ Mais les patients restent majoritairement prêts à patienter face au retard de leur médecin si par la suite ce praticien leur consacre un temps qu'ils jugent suffisant. C'est en effet le temps passé avec le médecin qui reste l'élément de satisfaction le plus important aux yeux des patients.^{14,18} Ce n'est pas tant la durée réelle de consultation qui prime mais plutôt la durée ressentie. Ceci explique pourquoi les patients européens sont globalement satisfaits du temps passé avec leur médecin alors que les durées moyennes de consultation varient considérablement d'un pays à l'autre.³⁷

5. Impacts du retard sur le médecin

5.1. Impact du retard sur la santé du médecin

5.1.1. Retentissement psychologique

Les médecins vivent les horaires et les aléas éventuels de leur activité de façon très personnelle et individualisée. Les objectifs de ponctualité ne sont pas forcément partagés par tous. Certains sont indifférents à la pression de la salle d'attente alors que d'autres la jugent stressante.

On peut supposer que lorsque le médecin n'est pas indifférent à son retard et qu'il souhaite le rattraper, il peut le faire en écourtant les consultations. Or, beaucoup de médecins associent les consultations plus longues à une plus grande satisfaction professionnelle. En Angleterre par exemple, il a été démontré que les intervalles de consultations plus longs ont un impact psychologique positif sur les médecins et que réduire le nombre de consultants par heure permettait de réduire le stress du médecin. Les praticiens ayant de nombreux patients par heure se sentaient davantage « sous pression » alors que ceux qui consultaient à des intervalles de temps plus espacés se sentaient moins stressés et plus enjoués.³¹ L'organisation et la mauvaise gestion du temps est une des principales causes de stress des médecins.^{31,38} Le retard peut donc entraîner chez certains praticiens une insatisfaction professionnelle à cause de consultations écourtées et un stress à cause du nombre de patients par heure potentiellement majoré.³⁹

Il a été démontré chez des généralistes croates, dans une étude de 2013 sur le burnout, que des consultations courtes étaient associées à un score faible d'accomplissement personnel. Des consultations plus longues (ce temps étant étroitement lié au nombre de patients quotidiens à voir) contribuent à un sentiment d'accomplissement personnel du médecin plus élevé et à une réduction du stress. Avoir suffisamment de temps en consultation est donc important pour préserver le bien être psychologique du médecin.⁴⁰

De plus, des médecins pressés ont parfois la sensation d'insatisfaire leur patient.⁴¹

Dans la littérature, hormis la notion de stress associée aux consultations courtes et rapprochées, à ma connaissance, aucun travail n'a étudié le ressenti des médecins vis-à-vis de leur retard et l'impact psychologique que ce dernier pouvait avoir sur eux. C'est ce que nous essaierons d'observer dans cette étude.

5.1.2. Retentissement physique

Le stress peut devenir pathologique lorsqu'il devient chronique laissant alors apparaître des symptômes physiques, comme des céphalées, des myalgies, des douleurs articulaires, des troubles de concentration, des modifications comportementales, une nervosité, une irritabilité...⁴²

Les journées des médecins libéraux sont longues et denses, ne laissant que très peu de moments de répit. Rares sont les praticiens qui s'accordent une pause-café et pour beaucoup, la pause déjeuner est assez facilement réduite. Certains déclarent même ne pas prendre le temps d'aller aux toilettes lorsque leur salle d'attente est pleine.⁵

Dans la littérature, à ma connaissance aucune étude n'a étudié le retentissement physique que le retard pouvait avoir sur les médecins. Toutefois, par de nombreux aspects, le rythme de travail des médecins généralistes se rapproche du rythme des

travaux postés. On y retrouve les horaires de travaux atypiques comprenant le travail tardif, les gardes et les weekends. Lorsque s'ajoute à cela du retard, le rythme peut en être d'autant plus perturbé. Or, la désynchronisation entre les facteurs environnementaux et l'horloge biologique interne peut avoir des retentissements physiques :

- Un déséquilibre nutritionnel : des troubles de l'alimentation liés au décalage des horaires des repas et aux négligences nutritionnelles peuvent entraîner des modifications métaboliques. Une étude réalisée par l'ORS (Observatoire Régional de la Santé) des Pays de la Loire mettait en évidence un lien entre la corpulence des généralistes et le temps qu'ils consacrent à leur travail. Les médecins travaillant plus de 65 heures dans la semaine sont plus souvent en surpoids que leurs confrères qui travaillent moins de 65 heures, à âge et sexe identiques.⁴³
- Ces modifications métaboliques augmentent le risque d'insulinorésistance et de diabète de type 2.
- Le risque cardiovasculaire se trouve également majoré.⁴²

5.2. Impact du retard sur la vie privée du médecin

Pour les praticiens qui vivent mal le fait d'être en retard, le débordement le plus couteux semble être celui qui conduit à une certaine porosité entre la vie de famille et la vie professionnelle. Ils ont le sentiment que leur vie professionnelle envahit tous les champs.⁵ Les limites entre vie privée et vie professionnelle deviennent parfois floues et le retard peut accentuer ce conflit (intrusion du travail dans la vie personnelle, réduction des loisirs par manque de temps, diminution du temps familial...). Ce mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle exposerait à terme le médecin à l'épuisement émotionnel.⁴⁴

6. Impacts du retard sur la prise en charge médicale

6.1. Impact sur la durée de consultation

Heaney et Al montraient déjà en 1991 que les médecins généralistes étaient souvent sujets au retard. Plus la liste de patients est longue, plus la consultation est courte en fin de journée, et plus le temps d'attente s'allonge. On en comprend que le retard est donc lié au nombre de consultants et qu'il entraîne un raccourcissement des durées de consultation. Se trouver en fin de liste est donc la moins bonne position pour le patient compte tenu du temps d'attente augmenté et du temps de consultation écourté.¹⁶

Surgery size (no. of patients)	Queue number (mean consultation time in minutes (no. of patients))					Total
	0-5	6-8	9-11	12-14	15+	
0-5	10.2 (625)	—	—	—	—	10.2 (625)
6-8	8.1 (1335)	8.8 (582)	—	—	—	8.3 (1917)
9-11	8.4 (2485)	8.1 (1491)	8.4 (1027)	—	—	8.3 (5003)
12-14	7.9 (2090)	7.9 (1254)	8.1 (1254)	8.0 (774)	—	8.0 (5372)
15+	7.2 (1705)	7.1 (1023)	7.2 (1023)	6.7 (1022)	6.6 (1267)	7.0 (6040)
Total	8.1 (8240)	7.9 (4350)	7.9 (3304)	7.3 (1796)	6.6 (1267)	7.9 (18 957)

Tableau 1. Temps moyen de consultation en fonction de la longueur de la liste de patients et leur place dans cette liste d'après Heaney et al.¹⁶

Surgery size (no. of patients)	Queue number (mean waiting time in minutes (no. of patients))					Total
	0-5	6-8	9-11	12-14	15+	
0-5	10.0 (602)	—	—	—	—	10.0 (602)
6-8	9.4 (1333)	14.7 (581)	—	—	—	11.0 (1914)
9-11	9.5 (2470)	14.6 (1480)	17.8 (1014)	—	—	12.7 (4964)
12-14	9.3 (2081)	15.0 (1246)	17.7 (1246)	20.5 (762)	—	14.2 (5335)
15+	9.1 (1690)	14.9 (1018)	17.3 (1018)	20.5 (1018)	21.7 (1258)	16.0 (6002)
Total	9.4 (8176)	14.8 (4325)	17.6 (3278)	20.5 (1780)	21.7 (1258)	13.9 (18 817)

Tableau 2. Temps d'attente moyen avant consultation en fonction de la longueur de la liste de patients et leur place dans cette liste d'après Heaney et al.¹⁶

6.2. Impact de la durée de consultation sur la qualité des soins

Les praticiens ayant des consultations plus longues sont plus susceptibles de diagnostiquer les problèmes psychosociaux et les maladies chroniques sous-jacentes et ainsi de prendre en charge le patient dans sa globalité.⁴⁵ Au sujet de la prévention médicale, il a été mis en évidence que les consultations plus longues sont significativement associées à une plus grande action de prévention en cabinet et d'éducation à la santé.^{34,39,45} On peut donc supposer qu'une consultation écourtée par le retard pourrait avoir un impact sur ces différents éléments.

Pour ce qui est de la prescription médicamenteuse, certaines études ont démontré que les médecins ayant un temps de consultation plus long prescrivaient moins de médicaments et de manière plus adaptée que leurs confrères qui consultent rapidement.^{18,39,45-48} D'autres travaux ont trouvé des résultats inverses.^{12,49}

En ce qui concerne le suivi, les patients ayant été reçus par des médecins avec une consultation plus longue avaient une fréquence de re-consultation moindre.^{18,50} Cela est concordant avec le fait qu'une consultation avec une durée jugée suffisante pour le patient est un élément de satisfaction. Or, on sait que sur le plan médical, une meilleure satisfaction est corrélée à une meilleure observance thérapeutique, à une diminution du nombre de consultations ultérieures et à une meilleure prise en charge globale du patient.^{51,52} Une consultation courte peut donc être un facteur de mauvaise organisation du suivi ultérieur (soit les patients se représentent plus tôt qu'ils ne le devraient par mauvaise observance ou mauvaise compréhension lors de la première consultation, soit ils ne se représentent pas pour ne pas avoir à subir le temps d'attente avec potentiel retard du médecin). Camacho et Al ont en effet

déterminé que la volonté du patient de revenir consulter diminuait de 2% pour chaque minute passée en salle d'attente.⁵³

Par ailleurs, le travail fait dans la précipitation et entraînant des consultations « à la chaîne », augmente le risque d'erreurs médicales et influe donc sur la qualité des soins. La cause de la plupart des erreurs médicales est de nature organisationnelle. Les phénomènes d'interruptions répétées, l'afflux d'informations multiples, sont autant d'éléments pouvant entraîner des événements indésirables.⁵⁴

6.3. Impact sur la relation médecin malade

Le bon contact entre soignant et soigné est primordial parce qu'il conditionne la réussite thérapeutique et la bonne observance du patient. Pour que cette relation soit optimale, les patients ont besoin de se sentir écoutés, d'avoir des explications sur leurs symptômes et sur les démarches à suivre. Avec la notion de « décision médicale partagée » la relation médecin-malade prend davantage d'ampleur. Mais pendant la consultation, la notion de temps impose au médecin une double contrainte : le temps laissé à l'expression du patient et la ponctualité à respecter. Ceci peut donc être préjudiciable au maintien d'une bonne relation médecin-malade si le praticien est souvent confronté au retard. Cette relation est davantage mise à mal en zone urbaine où les patients déclarent ressentir le stress des médecins de manière plus importante que les patients des zones rurales, leur donnant ainsi l'impression d'être des clients plutôt que des patients.⁵⁵

Le retard des médecins généralistes peut être mal vécu par les usagers. D'après l'enquête du CLCV³⁰, le nombre de patients mécontents vis-à-vis du temps d'attente est important :

- Un retard de 15 minutes est excusable pour 82 % des patients interrogés tandis que 2% considèrent un tel retard comme très gênant.
- Entre 15 et 30 minutes ils ne sont plus que 53 % à excuser le médecin.
- Entre 30 minutes et une heure, ils sont à peu près autant à excuser le médecin (26%) qu'à trouver ce retard très gênant (24%).
- A plus d'une heure, 31% le trouvent gênant et 54 % très gênant.

Cet état d'insatisfaction préalable peut être nuisible à la relation médecin-malade. L'attente des patients, parfois difficilement subie, peut être à l'origine d'une certaine agressivité vis-à-vis du praticien qui peut à son tour mal supporter cette tension. Dans une enquête réalisée en 2008 auprès de médecins généralistes ligériens, il était retrouvé que 12% des médecins interrogés avaient le sentiment de rencontrer de l'agressivité de la part de leur patient et 4% d'entre eux déclaraient qu'il leur arrivait de craindre pour leur sécurité personnelle.⁴³

Dans une autre enquête française réalisée en 2015, il ressortait que 6,9% des patients interrogés ressentaient une agressivité ou une perte de confiance vis-à-vis

de leur médecin si ce dernier les faisait patienter. A contrario, l'attente pouvait engendrer un sentiment de respect vis-à-vis du médecin pour 38% d'entre eux. Seulement 15,3% des personnes interrogées changeraient de médecin à cause d'un temps d'attente qu'elles jugeraient trop long, alors que d'autre, au vu de la qualité de leur médecin, n'en ferait rien.³²

Certains patients ont le sentiment qu'un médecin en retard est un médecin moins attentif et moins à leur écoute lors de la consultation.^{32,41,56} Si s'ajoute à cela une consultation jugée trop courte par le patient, sa satisfaction peut en être amoindrie.³⁴

7. Intérêt de ce travail

Dans la littérature, quelques études sur le retard des médecins sont retrouvées mais la plupart concernent le point de vue des patients. A ma connaissance, aucune ne s'est penchée spécifiquement sur le point de vue des médecins généralistes et en particulier sur leur vécu du retard. Or, le retard n'est pas perçu et vécu de la même manière suivant les praticiens et l'objectif de maîtrise du temps n'est pas partagé par tous.

L'autre versant de ce travail concerne la prise en charge du patient lorsque le médecin est en retard. L'étude de Heaney et al¹⁶ a montré que les consultations étaient plus courtes en fin de journée et que le temps d'attente, lui, était plus long. On peut supposer que le retard raccourcit donc les consultations. En parallèle, d'autres études ont montré que des consultations courtes avaient un impact sur la prise en charge du patient. Partant de cela, je me suis demandé si le retard avait un impact direct sur la qualité des soins.

C'est l'objet de notre étude.

L'intérêt de ce travail de thèse est donc de venir compléter ces données en nous plaçant cette fois du côté des médecins généralistes. Comment vivent-ils le retard ? A-t-il un retentissement sur eux d'un point de vue psychologique, physique, familial ? Leur prise en charge en est-elle impactée ?

La santé des médecins et leurs conditions de travail étant un sujet en vogue, cette recherche s'inscrit très bien dans ce cadre d'étude. De plus, face à une médecine en perpétuelle évolution, l'amélioration de la qualité des soins est un objectif majeur. L'enjeu de santé publique est donc certain dans le fait d'étudier l'impact du retard sur la prise en charge, et donc la qualité des soins.

MATERIEL ET **METHODE**

1. Hypothèses et objectifs

L'hypothèse initiale de l'étude est que le retard peut avoir une influence sur le médecin et sur sa prise en charge.

L'objectif principal est de déterminer s'il existe un retentissement du retard sur le médecin et/ou sur sa prise en charge, et si oui, de déterminer comment il se manifeste. Les objectifs secondaires sont d'étudier la notion de retard auprès des médecins généralistes ainsi que les caractéristiques de ce dernier, d'explorer les différentes causes de retard et d'observer l'attitude du médecin généraliste face au retard.

Partant de cela, nous avons réfléchi à la meilleure manière de recueillir le ressenti de ces médecins, et d'en tirer les enseignements possibles.

2. Méthode

Nous avons opté pour une étude qualitative compte tenu de la subjectivité des facteurs étudiés et pour une meilleure compréhension du vécu et du ressenti des médecins. La méthode des entretiens individuels semi-dirigés a été retenue, d'une part pour sa plus grande facilité d'organisation et d'autre part pour la possibilité d'une plus grande liberté d'expression (dans le cas où le médecin souhaiterait aborder des conséquences négatives du retard sur sa prise en charge par exemple).

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions et des comportements était recherchée.

Les critères d'inclusion étaient : médecins généralistes libéraux installés en Haute-Normandie ayant déclaré avoir du retard, c'est-à-dire ne prenant pas le patient à l'heure prévue, de façon récurrente.

Une bibliographie sur les données préexistantes a permis une identification préalable des variables susceptibles d'influencer les résultats. Les participants ont ainsi été choisis minutieusement d'après plusieurs critères :

- Suivant l'installation géographique : afin d'avoir des médecins exerçant en milieu urbain, rural et semi-rural,
- Suivant le sexe du médecin : afin d'avoir des femmes et des hommes,
- Suivant l'âge : afin d'avoir le ressenti de jeunes installés ainsi que de plus anciens,
- Suivant le mode d'activité : seul ou en groupe,
- Suivant l'existence ou non d'un secrétariat,
- Suivant l'informatisation ou non du cabinet,

- Suivant si les médecins sont maitres de stage universitaire (MSU) ou non.

Les médecins ont été recrutés dans le département de l'Eure et de la Seine Maritime. Il s'agit pour la majorité d'entre eux de médecins de ma connaissance ou de la connaissance de ma directrice de thèse. La plupart des médecins ont été démarchés par téléphone, une minorité directement à leur cabinet.

3. Réalisation des entretiens

Dans le cadre d'un entretien semi-dirigé, une ligne directrice sous la forme d'un guide d'entretien est nécessaire pour relancer le discours si besoin et pour s'assurer que tous les points d'intérêt ont été abordés.

Notre guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature et des hypothèses émises au début de cette enquête. Il a été évolutif à mesure que des points d'intérêt non prévus initialement se dégageaient dans les entretiens. Ceux-ci ont été ajoutés à la ligne directrice afin de les aborder avec les participants interrogés ultérieurement. Il paraissait indispensable d'étudier les caractéristiques et causes du retard avant d'aborder ses conséquences, car causes et conséquences sont parfois intriquées. La version finale de ce guide est disponible en annexe.

Au total 12 médecins ont été interrogés. 10 entretiens ont été réalisés directement au cabinet du médecin. Pour des raisons organisationnelles, 2 entretiens ont été faits à distance par visioconférence et appels enregistrés. Les entretiens ont eu lieu du 8 décembre 2017 au 11 avril 2018.

Les entretiens ont été enregistrés de manière audio par deux appareils distincts afin d'assurer un enregistrement de qualité.

Les personnes interrogées ont toutes été prévenues de l'anonymat assuré lors de la retranscription des données et leur consentement oral a été recueilli et obtenu.

Chaque entretien se déroulait de la façon suivante :

- Rappel du sujet,
- Première partie : recueil des caractéristiques du médecin,
- Deuxième partie : questions ouvertes sur l'organisation de leur journée et leur propre retard, leur point de vue sur celui-ci, leur ressenti vis-à-vis du retard, l'impact sur leur prise en charge et leur attitude face à ce retard.

La durée des entretiens allait de 12 minutes (entretien test) à 1h18. La durée moyenne était de 42 minutes.

4. Retranscription des entretiens

La retranscription a été effectuée à l'aide des logiciels VLC Média Player et Microsoft Office Word 2016.

Une retranscription mot à mot de tous les entretiens a permis d'obtenir les verbatims, qui sont disponibles sous forme de CD-ROM. Les éléments pouvant nuire à l'anonymat des médecins ont été censurés.

5. Analyse des entretiens

L'analyse s'est faite à l'aide du logiciel d'étude qualitative NVIVO 11 Starter de QRS international.

Ce logiciel a permis une analyse thématique transversale par encodage sémantique des entretiens. Ainsi, chaque paragraphe, phrase ou ensemble de mots a été codé sous forme de mots clés (nœuds d'encodage) et de concepts. Ces nœuds ont ensuite été réorganisés sous forme de grands thèmes.

Le codage des entretiens a eu lieu au fur et à mesure du recueil des données, ce qui a permis l'évolution du guide d'entretien.

Les premiers entretiens ont, en plus, été analysés par une tierce personne, un collègue interne, afin d'avoir un regard extérieur permettant de s'accorder sur la compréhension des verbatims et d'obtenir un livre de code cohérent.

6. Ethique

L'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenu.

7. Présentation des résultats.

Nous avons décidé de présenter les résultats de manière thématique, en introduisant chaque chapitre par une présentation graphique des résultats.

RESULTATS

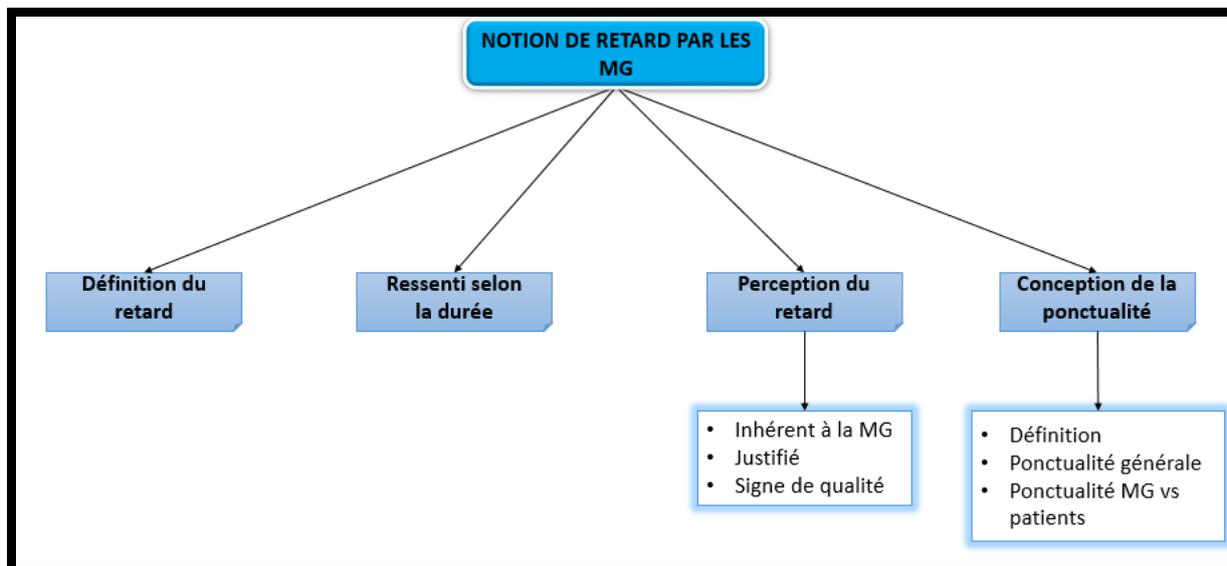
1. Caractéristiques de la population étudiée

	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme
Age	33 ans	43 ans	31 ans	47 ans	66 ans	71 ans
Durée d'installation	1 an	13 ans	4 ans	3 ans	38 ans	41 ans
Rural / Urbain	Rural	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural
Seul / groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Seul
Secrétariat	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Informatisation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Consultations par jour	30	20	30-32	30	25	40
MSU	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Sexe	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme
Age	62 ans	62 ans	51 ans	37 ans	37 ans	38 ans
Durée d'installation	34 ans	34 ans	18 ans	7 ans	2 ans ½	5 ans
Rural / Urbain	Urbain	Urbain	Semi-rural	Rural	Urbain	Rural
Seul / groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe
Secrétariat	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Informatisation	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Consultations par jour	25-30	30	25-30	16	25	20-25
MSU	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui

Tableau 3. Caractéristiques du panel de médecins.

2. Présentation des résultats

2.1. La notion de retard du point de vue des médecins généralistes



2.1.1. Définition du retard

De multiples définitions personnelles étaient citées par les médecins interrogés. Pour certain, ne pas prendre le patient à l'heure de rendez-vous prévu est un retard.

« Bah un retard c'est dès que je prends pas le patient à l'heure. » (M2)

« La minute après l'heure ça s'appelle du retard. » (M10)

D'autres médecins chiffraient le retard pour en donner une définition. La définition qui est davantage ressortie lors de ces entretiens a été de 15 minutes.

« Le retard euh... c'est quand je passe au-delà de la demi-heure. » (M1)

« Avant 20 minutes je ne considère pas que je suis en retard. » (M12)

2.1.2. Ressenti selon la durée

La plupart des médecins donnaient une valeur seuil de durée de retard après laquelle leur vécu se modifiait.

« Déjà... à 15 minutes déjà... ça m'angoisse. » (M8)

« Après une demi-heure je dirai que je...j'ai la pression qui monte un peu. » (M5)

« A partir de 45 minutes je dirai que ça commence à faire. » (M4)

2.1.3. Perception du retard

Le concept de retard était différemment perçu d'un médecin à l'autre.

2.1.3.1. Le retard est inhérent à la médecine générale

Plusieurs praticiens disaient que le retard était un concept intrinsèque à la médecine générale, presque indissociable de la pratique en médecine de ville.

« Non, pour moi c'est normal. » (M10)

« Je pense que ça fait partie du quotidien normal du médecin généraliste (...) que c'est pas possible de faire autrement. » (M12)

Il pouvait même être jugé nécessaire.

« Le retard... pour moi c'est euh... (il réfléchit) ... c'est nécessaire. » (M9)

2.1.3.2. Le retard est justifié

Certains disaient que le retard pouvait être normal parce qu'il était justifié.

« Je suis pas en retard parce que j'ai joué au golf, je suis en retard parce que j'ai d'autres patients aussi, et que je prends le temps pour le patient. » (M9)

« On se dit « bah je suis en retard mais bon, je fais de la médecine, je fais des choses importantes et tant pis si je suis en retard. ». » (M11)

2.1.3.3. Le retard est signe de qualité des soins

« Je pense que le retard permet de donner un aperçu de la qualité des soins. » (M9)

« Pour moi c'est pas une question de temps à partir du moment où on améliore le service rendu au patient, le temps n'est pas un problème. » (M10)

Ne pas avoir de retard pourrait même refléter une moins bonne prise en charge.

« Si t'as pas de retard c'est pas bien. Celui qui n'a pas du tout de retard je me méfie... S'il a plein de patients, une patientèle normale, et qu'il a pas de retard, je me méfie. » (M9)

2.1.4. Conception de la ponctualité

2.1.4.1. Définition

« Le rendez-vous c'est une... un contrat. Un contrat avec un patient. » (M9)

2.1.4.2. Ponctualité générale

Certains médecins accordaient une très grande importance à la ponctualité, d'autres n'en accordaient aucune

« Alors, la ponctualité. Une grande importance d'une manière générale. » (M3)
« Aucune (avec fermeté). » (M10)

D'autres étaient plus mitigés ou conditionnaient l'importance qu'ils accordaient à la ponctualité.

« En fait je trouve que ça dépend beaucoup de la raison du retard. » (M12)

2.1.4.3. Ponctualité du médecin vs ponctualité du patient

Les médecins avaient tendance à faire un distinguo entre leur propre ponctualité et celle de leur patient, accordant une bien plus grande importance à celle de leurs patients qu'à la leur.

« Moi, j'ai le droit d'être en retard pas eux. » (M3)
« J'estime que c'est les gens qui doivent attendre et pas le médecin. » (M8)
« La ponctualité des patients je trouve que c'est indispensable. » (M3)

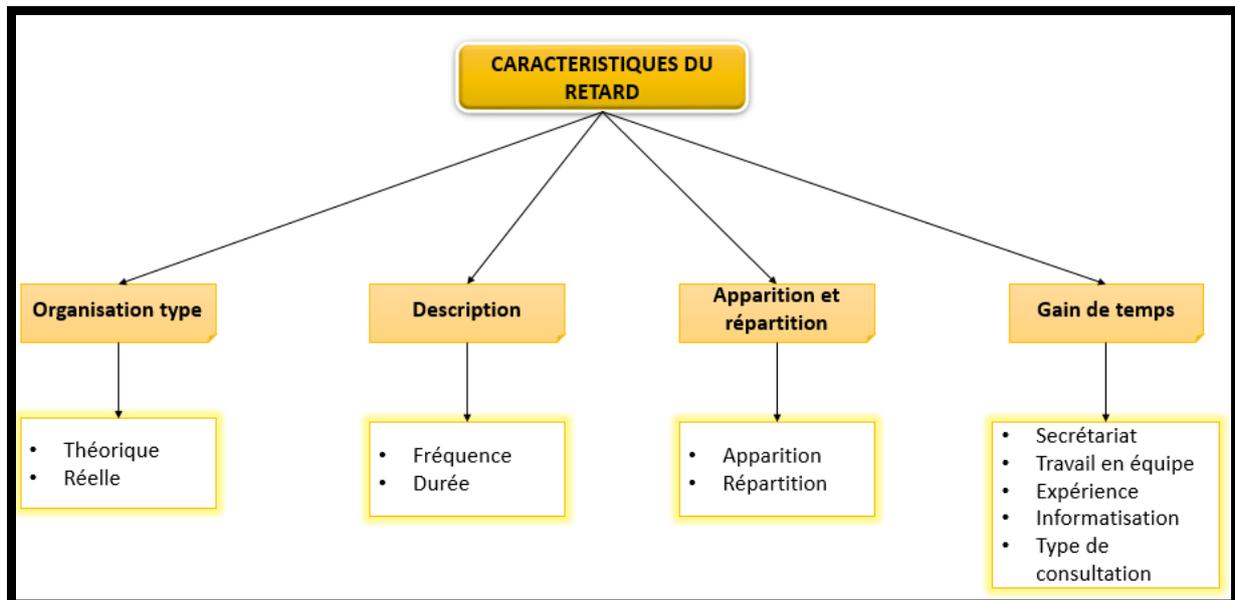
La ponctualité du patient était parfois relativisée car comparée à celle du médecin.

« Quand ils arrivent en retard, ça m'énerve un peu, ça m'irrite un peu, mais je leur dis pas grand-chose parce que je suis moi-même très en retard. » (M9)

Le médecin 5 mettait ces 2 ponctualités sur un pied d'égalité.

« Les 2 c'est important. Oui je pense que c'est important. » (M5)

2.2. Les caractéristiques du retard



2.2.1. Organisation type des journées

2.2.1.1. En théorie

Dans l'organisation des journées des médecins, on retrouvait souvent des temps de consultations prédéfinis, des temps de visites, ainsi que pour certains des temps administratifs. Pour la durée de consultation, les temps prévus étaient généralement de 15 minutes mais certains médecins s'organisaient de façon à avoir 20 minutes.

« Consultation le matin, visites en début d'après-midi et consultations en fin de journée. » (M7)

On pouvait retrouver des créneaux d'urgences, réservés au rendez-vous du jour-même et des créneaux de consultation laissés vides afin de rattraper leur retard.

« Un quart d'heure de créneaux d'urgences en fin de chaque heure. » (M11)

« J'ai une plage de trou prévue au milieu de la matinée, d'un quart d'heure pour compenser le retard. » (M12)

Certains s'octroyaient un temps spécifique pour l'administratif, alors que d'autres le faisaient de manière anarchique, lorsqu'ils trouvaient le temps.

« J'ai, j'ai...des temps différents. Si on commence à intercaler de l'administratif entre 2 patients, on s'en sort pas. » (M3)

« Entre les consultations, en pagaille [...], j'ai pas de temps dédié donc c'est un petit peu dès que je peux et notamment en fin de journée » (M12)

2.2.1.2. En réalité

Mais cette organisation n'était que théorique, et la réalité était toute autre. L'imprévisibilité des journées rendait très difficile une organisation précise préalable.

« 15 minutes c'est ce qui est prévu théoriquement. » (M6)

« Ça dépend c'est pas du tout constant en fait. » (M1)

« C'est quand même souvent, régulièrement bousculé, parce qu'il y a une urgence à assurer, parce que, il y a quand même une visite urgente à assurer [...] Et complètement imprévisible. » (M5)

2.2.2. Description du retard des médecins interrogés

Le retard était, de manière unanime, très fréquent, voire quasi permanent.

« C'est quasiment tous les jours oui. » (M10)

« Ça m'arrive d'être à l'heure une fois par mois. » (M4)

La durée de ce retard était très variable d'un praticien à l'autre.

« J'ai fréquemment un quart d'heure à 20 minutes de retard. » (M5)

« Je dirai en moyenne en permanence une demi-heure. » (M12)

« Une heure c'est... je suis en avance. Donc c'est plutôt 1h30. » (M6)

2.2.3. Apparition et répartition temporelle du retard

2.2.3.1. Apparition

Le retard pouvait être engendré par un seul phénomène décalant le reste des rendez-vous, ou pouvait apparaître petit à petit au fil des consultations.

« Ça peut être un seul patient qui me met complètement en retard sur la totalité. » (M1)

« En général c'est plutôt 2-3 minutes par consultation qui font que ça rallonge, ça rallonge, ça rallonge. » (M10)

2.2.3.2. Répartition temporelle

Plusieurs médecins ont pu remarquer une prépondérance du retard à un certain moment de la journée, de la semaine ou bien de l'année.

« Début d'après-midi jusqu'à 16h30-17h je suis à l'heure et après c'est là où les choses commencent à s'accumuler. » (M3)

La répartition hebdomadaire du retard était différente d'un médecin à l'autre.

« Plus en début de semaine parce qu'il y a plus de travail et il y a plus de demandes. » (M5)

« Les lundis c'est surtout les pathologies du weekend qu'il faut voir et ce sont des trucs rapides, des rhumes machins, bon ça c'est rapide, je suis pas en retard. » (M9)

La répartition annuelle du retard également.

« Oh bah c'est sûrement plus en ce moment puisqu'il y a plus de pathologies. L'été on arrive à gérer sans être trop en retard. » (M7)

« Je suis peut-être moins en retard en période épidémique. Automne-Hiver parce que ce sont des consultations qui vont vite. » (M12)

Il existait aussi d'autres répartitions particulières personnelles du retard.

« Oui, alors il y a beaucoup plus de retard quand je reviens de vacances (...) parce que en fait quand je reviens de vacances, j'ai tous les chiants, qui voulaient pas voir mon remplaçant. » (M4)

Certains omnipraticiens ne remarquaient aucune répartition temporelle du retard.

« Ça peut être n'importe quand. » (M1)

2.2.4. Gain de temps

Plusieurs éléments permettaient de contrebalancer ce retard car ils permettaient un gain de temps considérable.

2.2.4.1. Le secrétariat

« Le fait d'avoir un secrétariat sur place est un gros avantage parce que la secrétaire sait exactement ce qui se passe dans nos cabinets de consultation. » (M10)

Un bon secrétariat pouvait réadapter les rendez-vous de la journée en fonction des imprévus et du retard et diminuer les interruptions pendant les consultations. Il permettait aussi de gagner du temps sur la partie administrative des dossiers et en cas de situations urgentes où la présence d'une tierce personne aux côtés du patient est indispensable, avoir une secrétaire pouvait s'avérer être un gain de temps.

« Les secrétaires régulent plutôt bien ça. C'est rare qu'on soit dérangé en consultation. » (M10)

« Si je suis à la bourre, je fais la photocopie et c'est la secrétaire qui va scanner après. » (M11)

Certains médecins n'avaient pas de secrétariat et géraient donc eux-mêmes la prise de rendez-vous. Ceci leur paraissait être un gain de temps.

« Donc c'est mieux d'être secrétaire en même temps car on connaît les patients [...] voire les interroger déjà au préalable pour savoir pourquoi ils viennent. De connaître les motifs en avance. » (M8)

2.2.4.2. Le travail en équipe

Pour certains praticiens, le fait de travailler en groupe avec d'autres confrères était un gain de temps considérable lorsqu'ils étaient face à des situations compliquées ou douteuses. Travailler avec des étudiants en médecine l'était également.

« *Et ça ça fait gagner du temps plutôt. Plutôt que de s'interroger, de s'interroger soi-même, le fait de décrocher son téléphone et d'appeler un confrère qui apporte la réponse ça ça fait gagner du temps.* » (M12)

« *Les internes font gagner du temps. Les très bons externes font gagner du temps aussi.* » (M10)

2.2.4.3. L'expérience du médecin

Elle pouvait être un gain de temps du fait qu'il connaissait sa patientèle et identifiait les patients qui prenaient plus ou moins de temps en consultation.

« *Savoir d'avance combien de personnes viennent, si c'est des gens qui prennent plutôt du temps ou pas.* » (M10)

2.2.4.4. L'informatisation

La majorité des médecins interrogés s'étaient accordés à dire que l'informatisation faisait partie des choses qui leur faisaient gagner du temps.

« *La recherche d'information informatisée ça fait gagner beaucoup de temps. Et puis oui, pour le renouvellement des ordonnances, ça c'est certain. Et je tape plus vite que je n'écris.* » (M12)

2.2.4.5. Le type de consultation

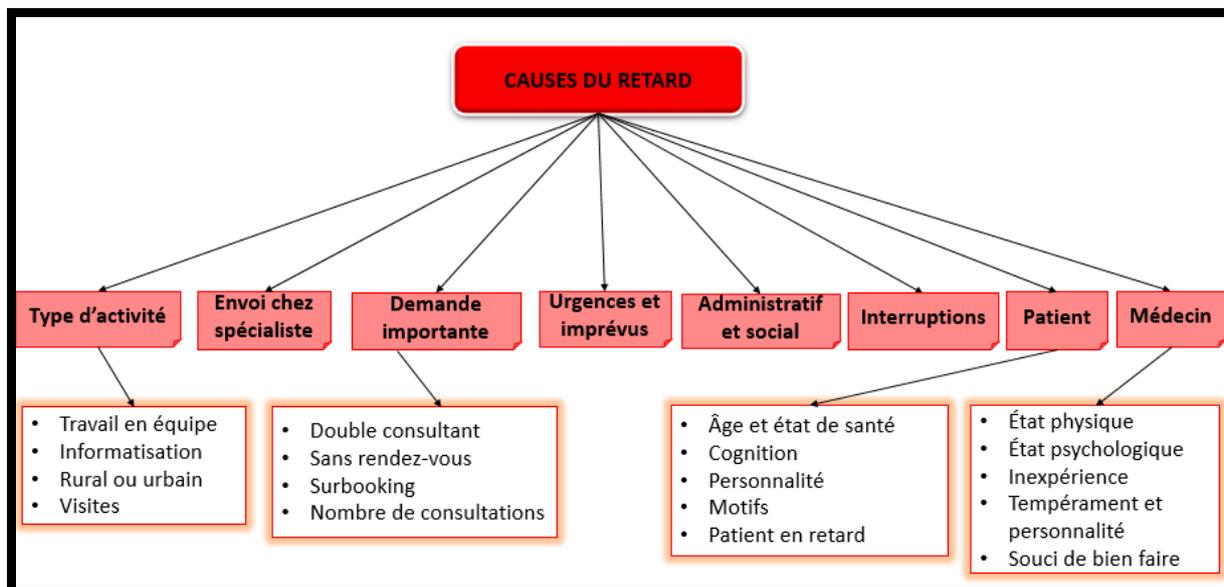
Certaines consultations étaient plus rapides que d'autres. Cela pouvait être dû à un type de patient, au type de motifs, ou au fait de voir 2 personnes d'une même famille.

« *Moi j'ai une associée qui est plutôt à l'heure (...) mais qui a une patientèle nettement plus jeune.* » (M10)

« *Il y a des consultations qui me prennent moins de temps. Pour une grippe ou une gastro ça me prend en général moins de temps.* » (M1)

« *Quand c'est un couple bah des fois ça va plus vite.* » (M11).

2.3. Les causes de retard



2.3.1. Type d'activité

Si certains médecins affirmaient que le fait de travailler en groupe ou de recevoir un étudiant en médecine était un réel gain de temps, d'autres ne partageaient pas leurs opinions.

« Ce qui peut mettre en retard c'est les demandes d'avis des collègues, ça peut mettre en retard aussi. » (M4)

« L'enseignement est générateur de retard. Moins avec les internes qu'avec les externes mais par exemple les externes, si on veut qu'ils s'endorment pas au bout de 3 consultations, on est obligé d'explicitier beaucoup » (M10)

Travailler en milieu rural et faire des visites à domicile pouvait occasionner davantage de retard.

« En été il y a une cause de retard qui est la suture hein. On est à la campagne on n'envoie personne aux urgences, on fait tout au cabinet, donc ça peut prendre du temps. » (M10)

« Ça dépend si j'arrive en retard de la visite. » (M9)

2.3.2. Envoi chez le spécialiste

Les demandes d'avis téléphoniques aux spécialistes étaient génératrices de retard. L'envoi chez le spécialiste également, ainsi que la prise de rendez-vous qui devait parfois être faite par le médecin traitant lui-même.

« C'est pas rare qu'un avis d'un spécialiste qu'on attend depuis un mois ca prenne 10 minutes voire 15 minutes en consultation. » (M10)
« Un courrier ça prend plus de temps, rien que ça. Parce que je le tape moi à la main, 2 courriers chez le spécialiste ça y est ça me déborde. » (M9)

2.3.3. Demande importante

La demande de soins est telle qu'il arrivait que 2 patients demandent à être consultés sur un seul créneau ou que certains se présentent sans rendez-vous. Quelques médecins rajoutaient même des patients, en mettant parfois 2 à la même heure.

« Comme les gens souvent ont du mal à avoir un rendez-vous, ils viennent pour 2 ou 3 personnes. » (M9)
« Il y en a plein qui viennent à 2 sur le même créneau. » (M4)
« Ça m'arrive régulièrement d'intercaler un rendez-vous sur un rendez-vous qui est déjà présent donc forcément ça décale le patient d'après. » (M3)

Certains médecins pensaient qu'avoir un grand nombre de consultations par jour majorait le risque d'être en retard. D'autres ne partageaient pas cette opinion.

« Je pense quand même que plus on en voit et plus on a de risque d'être en retard. Parce que plus on multiplie le risque d'avoir LA consultation longue. » (M12)
« Je pense que si on a moins de consultations par jour on n'est pas forcément moins en retard en fait (...) Plus on sait dans un sens qu'on a du temps, plus on traîne aussi, plus on prend du temps. » (M4)

2.3.4. Urgences et imprévus

2.3.4.1. Médicales

Une cause de retard majeure citée était l'urgence nécessitant un transport médicalisé.

« On sent le SMUR arriver on se dit « oh non merde, je vais être encore en retard ». » (M9)
« C'est rare mais quand ça arrive c'est la catastrophe sur le timing là. » (M12)

Les autres urgences relatives à gérer et les motifs imprévus étaient aussi générateurs de retard.

« Le gars qui tombe qui fait un malaise au milieu de la salle d'attente où il y a 10 personnes, tout le monde est là en train de frapper à la porte « vite docteur ! ». C'est des choses imprévues, bon bah on les gère comme on peut. » (M8)

« Après il y a de l'imprévu quoi. Il y a de l'imprévu. Celui qui vient pour un problème dépressif, on sait pas. » (M4)

2.3.4.2. Non médicales

Les facteurs extérieurs, météorologiques ou routiers par exemple, étaient également des causes de retard.

« Les routes étaient dégagées mais les petits chemins de campagne c'était la grande glissade donc oui j'étais en retard. » (M6)

2.3.5. Administratif et social

« L'autre jour j'ai eu 3 coups sur coups des dossiers MDPH, les uns après les autres. A faire. Et ça, ça prend du temps (...) les dossiers d'assurance, les dossiers MDPH, qu'on est obligés de faire avec les patients. » (M5)

« Des fois j'ai encore quelques papiers à finir de remplir et arrive l'heure de consultation je me dis « bon je vais finir ça il y en a pour 10 minutes ». » (M9)

2.3.6. Interruptions

Les consultations ou l'enchaînement des consultations étaient fréquemment interrompus par différents facteurs extérieurs, comme les appels téléphoniques ou certaines demandes des patients, faisant perdre du temps au praticien.

« Les interruptions par les coups de fils aussi. » (M2)

« Les gens qui arrivent entre 2 aussi, juste pour une ordonnance, ou pour un papier, ils pensent que c'est « juste » un papier, que ça va prendre 30 secondes. » (M2)

2.3.7. Concernant le patient

Les patientèles gériatriques et pédiatriques (en particulier les nourrissons) pouvaient prendre plus de temps en consultation et générer du retard.

« Les personnes âgées qui sont longues à se déshabiller. » (M8)

« Alors, il y a des retards qui...la visite du nourrisson, des choses comme ça. » (M4)

Les patients aux multiples antécédents ou comorbidités également.

« Fin voilà chez les patients polypathologiques, c'est super long quoi (...) les polypathologiques me mettent souvent en retard, même pour un renouvellement. » (M9)

La personnalité du patient et son tempérament pouvaient être générateurs de retard. On identifiait les patients plaignants, les patients bavards et ceux qui entretenaient une relation amicale avec leur médecin par exemple.

« Les patients qui passent beaucoup de temps à décrire leurs plaintes [...] Certains patients s'installent comme dans un salon de thé. » (M12)

« Bon après, c'est une relation amicale c'est pas pareil, donc on risque de prendre plus de retard encore. Parce qu'on se raconte un tas de truc. » (M4)

La durée de consultation variait suivant le motif du patient qui conditionnait donc le retard. Les motifs longs cités étaient classiquement les motifs psychologiques.

« Les syndromes dépressifs ou alors euh... souvent les problèmes psys ça peut euh...ça peut prendre du temps. » (M1)

« S'il y a des humeurs suicidaires ou autres, je ne me vois pas sortir le sablier en disant « le quart d'heure est fini », donc là je prends du temps. » (M11)

Mais il y avait également les consultations avec gestes techniques, les consultations gynécologiques, les motifs cancérologiques avec consultation d'annonce et les cas médicaux complexes.

« Quand j'ai un examen gynéco aussi c'est dur en quinze minutes. » (M1)

Certains patients se présentaient avec une multitude de motifs ou ajoutaient des motifs secondaires à leur motif principal, souvent en fin de consultation, ce qui prolongeait cette dernière et provoquait un retard.

« Les patients aux 12 motifs de consultation. » (M12)

« Les gens finissent toujours par dire qu'il y a autre chose mais à la fin de la consultation. (Elle rigole). Du coup il faut les réexaminer, du coup je reprends un quart d'heure dans la vue. » (M12)

Enfin, certains patients arrivent en retard, décalant le reste des rendez-vous.

« Les patients qui arrivent en retard ça peut mettre en retard sur les autres consultations. » (M5)

2.3.8. Concernant le médecin

La fatigue du médecin pouvait être une cause de retard. Certains praticiens acceptaient de s'octroyer une pause dans la journée mais cette pause pouvait les mettre en retard sur la suite des consultations.

« Ça m'arrive de perdre du temps quand je suis fatiguée. » (M1)

« J'ai un créneau de pause dans l'après-midi et donc ça arrive que la pause déborde un petit peu et que du coup euh...je sois en retard sur ma 1^{ère} consultation. » (M3)

L'état de stress provoqué par le retard sur certains médecins et le souhait de vouloir le rattraper accentuait le retard déjà pris.

« Comme j'essaie de le rattraper ben ça devient complètement fouillis et je prends encore plus de retard (...) à vouloir rattraper le retard on en prend plus » (M12)

La personnalité du médecin et son épanouissement professionnel étaient aussi des causes de retard. Comme pour les patients bavards, on retrouvait également les médecins bavards. Quelques praticiens ne parvenaient pas à dire « non » à leur patient, et accédaient à une quantité importante de leurs demandes ce qui pouvait prendre beaucoup de temps en consultation.

« Je papote beaucoup avec mes patients c'est sûrement une des raisons de mon retard. » (M4)

« Il y en a plein qui sont pas en retard parce qu'ils bavardent pas (...) mais j'aime bien travailler comme ça, si je faisais différemment j'aimerais pas. » (M9)

Le souhait de faire un examen clinique de qualité, de donner des explications claires et complètes, de diminuer les prescriptions au profit de thérapies non médicamenteuses était cité comme cause de retard.

« Peut-être aussi parce que je prends le temps de les examiner en long, en large et en travers. » (M6)

« Je pourrais très bien, quelqu'un vient parce qu'il pleure, dire « ok je prescris trois benzo et voilà », c'est bon la consultation est finie. Ça peut se faire hein. C'est pas mon mode de fonctionnement. » (M11)

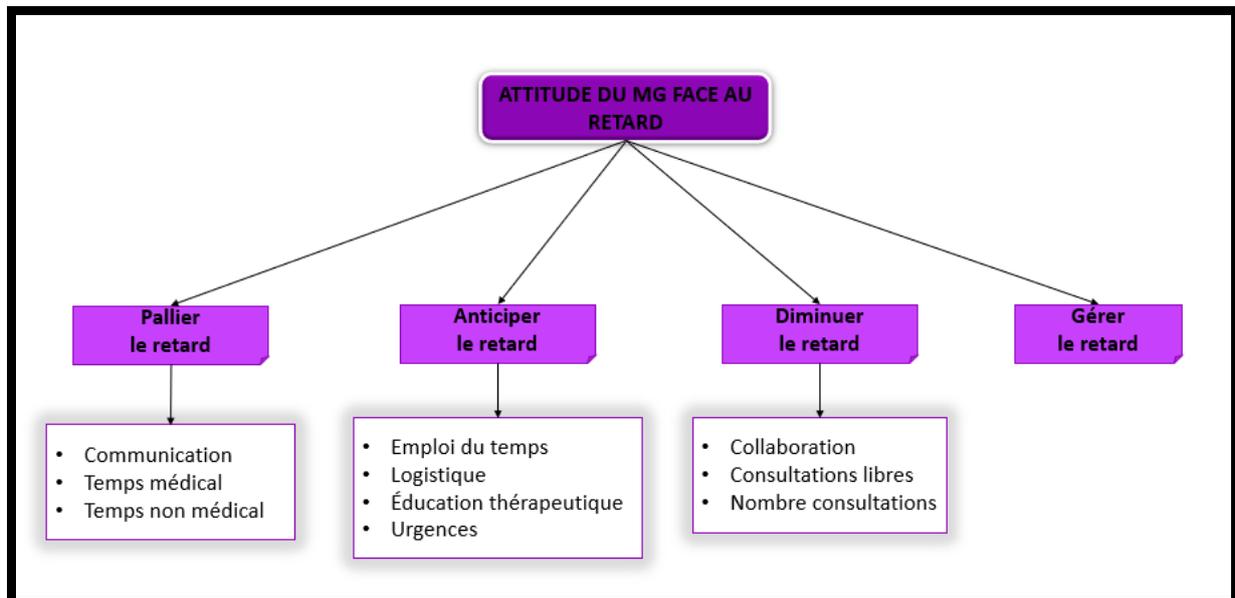
Beaucoup de médecins considéraient qu'une consultation plus longue était associée à une meilleure qualité des soins.

« Ma consultation avait une valeur ajoutée certaine par rapport à une consultation qui aurait duré moins longtemps. » (M10)

Enfin, le manque d'expérience du médecin était également source de retard.

« Au début, j'étais plus en retard mais après c'est le temps aussi d'apprendre à connaître les patients, enfin, les consultations duraient facilement plutôt 20-25 minutes. » (M3)

2.4. L'attitude du médecin face au retard



2.4.1. Pallier le retard

Face au retard, certains médecins cherchaient à le pallier d'autres non. Pour ceux qui souhaitaient rattraper leur retard, cela se manifestait principalement par le fait d'accélérer la consultation. Ils justifiaient l'accélération des consultations par le fait qu'ils n'appréciaient pas le retard.

« *J'essaie d'accélérer la consultation.* » (M4)

« *Je vais pas plus vite lorsque je suis en retard.* » (M6)

« *Si c'est nécessaire je prends le temps même si j'ai déjà une demi-heure de retard.* » (M9)

Le médecin 10 disait même travailler sans horaires.

« *Je travaille sans montre (...) en général je sais pas exactement quelle est l'heure de rendez-vous du patient (...) pour moi le temps c'est quelque chose qui vient parasiter un petit peu la consultation.* » (M10)

Les médecins qui cherchaient à pallier leur retard avaient parfois adopté des techniques pour y parvenir. Au niveau de la communication :

« *Les phrases sont beaucoup plus brèves. Je vais à l'essentiel. Je dois avoir tendance à le couper quand il s'étend trop.* » (M12)

« *Je trouve une façon (...) de couper court à la conversation quoi.* » (M8)

La consultation pouvait être raccourcie à plusieurs niveaux. Cela pouvait avoir lieu dès l'entretien avec le motif de venue, au moment de l'examen clinique, au niveau des explications données au patient ou dans l'enchaînement de la consultation.

« *Je ne recherche pas d'autres motifs de consultation, je leur demande pas s'il y a autre chose.* » (M12)

« *Je ferai pas mon examen un peu plus complet ce jour-là.* » (M2)

« *Peut-être que j'explique moins.* » (M9)

Certains avaient également des techniques pour rattraper leur retard sur le temps non médical, notamment en ce qui concernait le déshabillage.

« *Pour les personnes qui sont très âgées en général j'essaye, quand ils ont du mal à se déshabiller je les aide à se déshabiller.* » (M1)

« *Je vous prends la tension comme ça* » à la chaise, devant le bureau, ce qui me fait gagner un petit peu de temps parce que du coup s'il va pas s'asseoir à la table d'examen il va peut-être pas retirer ses chaussures et il va peut-être pas retirer je sais pas quelle partie d'habillage. » (M10)

D'autres avaient opté pour la simultanéité des tâches.

« *Passer la carte vitale en même temps que je parle, fin, faire plusieurs choses en même temps.* » (M2)

2.4.2. Anticiper le retard

Plusieurs médecins anticipaient ce retard. Beaucoup augmentaient la durée de consultation en fonction du patient ou de son motif de venue, d'autres jouaient sur l'heure du rendez-vous. Ils régulaient également leurs temps de visites et leurs temps administratif en amont en organisant des consultations dédiées par exemple.

« *Les visites des nourrissons je les mets sur 2 créneaux. Les nouveaux patients aussi.* » (M4)

« *Je m'arrange pour mettre des patients qui vont plus vite le matin que le soir.* » (M7)

« *Les dossiers plus longs, de prévoyance, de MDPH, des dossiers d'APA, là je leur demande de revenir exprès pour ça.* » (M10)

Un médecin disait même prévoir l'examen des pieds des diabétiques en été pour gagner du temps.

« *En été parce que ça ira plus vite à retirer une paire de sandale qu'une paire de bottes avec des chaussettes (il rigole).* » (M10)

Lorsque les praticiens avaient un impératif horaire en fin de journée, la grande majorité d'entre eux arrêtaient les rendez-vous bien plus tôt pour tenir compte de leur retard potentiel.

« Je me prévois une marge avant pour finir un peu plus tôt ce jour-là. Je préfère finir un peu plus tôt comme ça si j'ai du retard au moins ça va s'équilibrer. » (M11)

Une organisation logistique personnelle particulière leur évitait d'accumuler du retard.

« Moi j'ai des ordonnances toutes faites d'examen (...) le bilan annuel, le bilan trimestriel et donc ça permet de gagner du temps et de pas recopier ligne par ligne ce que je demande. » (M11)

« Notre organisation de dossier nous fait gagner du temps. » (M10)

Des explications claires données aux patients permettaient d'éviter des reconsultations ou des appels téléphoniques, générateurs de retard.

« Si tu leur expliques ils s'y attendent, si le mec il tousse toujours à 5 jours il va pas téléphoner. »

Les urgences étant pourvoyeuses de retard, certains praticiens les anticipaient.

« On a organisé un truc, on a une pièce supplémentaire. Parce que, ce qui arrive aussi de temps en temps, c'est le patient qui vous fait un malaise (...) et vous vous dites que ça va pas se passer comme ça, faut que j'appelle le SAMU et si vous êtes tout seul et que vous avez qu'une pièce... [Pause]... vous en avez pour une heure... » (M5)

2.4.3. Diminuer le retard

Plusieurs médecins réfléchissaient à des solutions pour pallier leur retard. En ayant un collaborateur, en faisant quelques journées de consultations libres ou en diminuant le nombre de patients à voir par jour par exemple.

« Il y a un collaborateur qui va venir avec nous, ce sera mon collaborateur et celui de mon collègue qui sera là les jours où je suis à la clinique pour pouvoir diminuer le volume des consultations. » (M11)

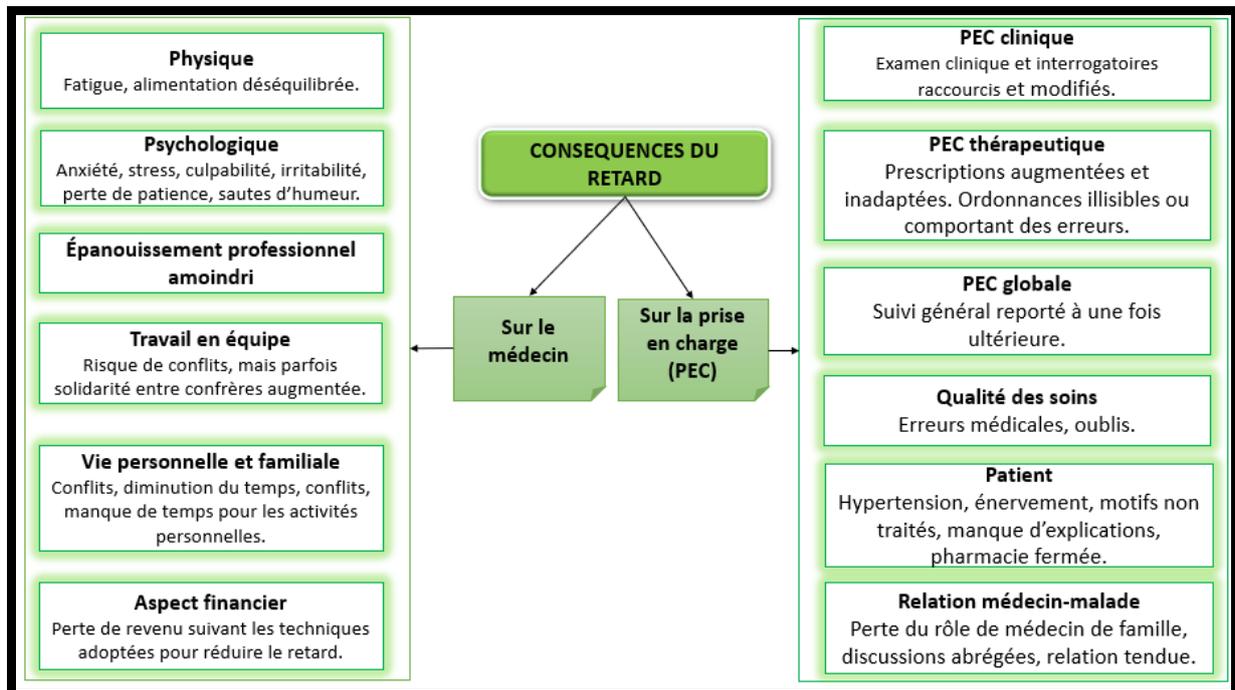
« Les jours sans rendez-vous permettent...d'absorber le trop plein de monde. » (M8)

2.4.4. Gérer le retard

Une fois le retard installé, les médecins prenaient garde aux urgences éventuelles en attente et faisaient en sorte que l'attente soit agréable pour les patients, en mettant de la lecture ou des jouets pour enfants à disposition par exemple.

« Ils arrivent avec un gosse, la salle d'attente est pleine, mais comme je vois le gosse qui a une sale tête je dis : « lui ! » (Il le montre du doigt). Et il passe avant les autres qui sont là depuis 2 heures. » (M6)

2.5. Conséquences du retard



2.5.1. Conséquences sur le médecin

2.5.1.1. Retentissement physique

La principale conséquence physique du retard citée par les médecins était la fatigue. Certains praticiens ne trouvaient pas le temps de faire de pauses dans la journée.

« Je suis beaucoup plus fatiguée en fin de journée quand j'ai été très en retard. Je me sens beaucoup plus fatiguée. » (M12)
« Ça m'arrive de faire du non-stop de 9h du matin à 9h du soir. » (M9)
« Ça paraît bête mais je dis toujours que j'ai jamais le temps d'aller faire pipi. » (M2)

Le retard pouvait également avoir un impact physique sur le médecin d'un point de vue alimentaire et nutritionnel. Certains n'avaient pas le temps de manger ou pas de manière équilibrée.

« Je savais d'avance que j'allais tirer un trait sur mon repas du midi. » (M10)
« Ou si j'ai pas le temps de bouffer je prends un sandwich quoi. » (M9)

Pour d'autres médecins, le retard n'avait aucun retentissement physique sur eux. Malgré le retard, ils s'octroyaient tout de même des pauses et prenaient le temps de manger.

« Dans ce cas là je prends quand même une pause, parce que ça me permet de mettre un peu à distance ça. » (M11)

« Je m'oblige à avoir une pause déjeuner assez longue. » (M2)

2.5.1.2. Retentissement psychologique

Une grande partie des médecins interrogés était affectée par le retard, et cela s'exprimait de différentes façons.

« Je n'aime pas. Je ne me sens pas bien. » (M4)

Certains médecins parlaient d'angoisse ou d'anxiété et beaucoup déclaraient être stressés par le retard.

« Déjà... à 15 minutes déjà... ça m'angoisse. » (M8)

« Oh sûrement de l'anxiété. » (M8)

« Le retard me stresse. » (M12)

Certains se sentaient coupables d'être en retard.

« Je me sens fautif. Après 15 minutes je me sens fautif. Je suis en faute parce que j'ai pas rempli mon contrat voilà. Je culpabilise complètement. » (M9)

Quelques médecins parlaient de frustration.

« Ce matin je m'étais dit que j'allais appeler le cardiologue pour tel patient, ou j'allais remplir le dossier de tel patient, et en fait on se rend compte qu'on va pas pouvoir le faire, donc c'est euh...il y a un côté ouais frustrant. » (M2)

Le retard pouvait avoir une influence sur l'humeur du médecin.

« Ça empiète potentiellement un peu oui sur mon humeur, sur mon sourire. » (M12)

Certains se sentaient dépassés lorsqu'ils étaient en retard et finissaient par se résigner.

« On se dit « olala » (...) au bout d'un moment ouais c'est (soupirs) ...ouais c'est trop dur (...) après quand le retard est TRES important on se dit que de toute façon c'est fichu. » (M2)

Le retard pouvait également avoir une influence sur le ressenti que les médecins avaient vis-à-vis de leur patient.

Certains appréhendaient leur réaction. D'autres ressentait un certain énervement et pouvaient devenir irritables, perdre patience voire avoir moins d'empathie.

« Je commence à appréhender un peu la réaction des patients. » (M2)

« Je peux être énervée, irritable. » (M5)

« Je serai moins empathique. » (M11)

Un médecin disait se sentir gêné et mal à l'aise vis-à-vis du patient.

« *Je suis un peu gênée, notamment quand il y a des parents qui attendent avec des nouveaux nés en consultation ou des gens qui viennent consulter pour un lumbago et que je les laisse une heure sur une chaise, ça me... ça me met très mal à l'aise.* » (M12)

Quelques médecins affectés par leur retard avaient nuancé leur ressenti en fonction de certaines situations. Leur état psychologique du jour, les différents événements ayant eu lieu au cours de la journée et les raisons du retard modifiaient leur vécu de ce dernier.

« *Ça dépend aussi de... de...j'allais dire de son état d'esprit du jour, il y a des jours où... (...) où on va être euh... plus défaitiste, fin plus négatif.* » (M2)

« *Le stress j'arrive à le gérer plus ou moins bien en fonction des journées aussi, les journées où on a 3 annonces de cancer à faire et un certificat de décès, pff (il soupire), on relativise beaucoup de choses.* » (M11)

« *Le vécu est très différent je trouve en fonction de la raison du retard (...) quand je prends du retard parce qu'il y a une consultation qui m'a pris énormément de temps pour des raisons justifiées (...) là je le vis beaucoup mieux, parce que c'est justifié.* » (M12)

L'expérience du médecin permettait de diminuer le retentissement psychologique que le retard avait sur eux.

« *Mais avec le temps, avec le temps on le vit de mieux en mieux.* » (M12)

« *Il y a une notion d'expérience par rapport au vécu du retard.* » (M8)

A l'inverse, on retrouvait des médecins chez qui le retard n'avait aucune influence psychologique quelle qu'elle soit, et ce peu importe la durée du retard.

« *Peu importe la durée, j'en suis totalement indifférent, j'en rigole.* » (M6)

« *A partir du moment où je suis en retard, je suis en retard et puis c'est tout.* » (M7)

2.5.1.3. Epanouissement du médecin

Plusieurs médecins ont déclaré qu'une consultation plus longue leur était plus appréciable.

« *Après moi j'aime bien, j'aime bien les consultations qui durent un peu (...) 15 minutes c'est pas assez, c'est pas assez pour travailler.* » (M10)

L'accélération des consultations et le raccourcissement de leur durée diminuaient l'épanouissement professionnel de certains médecins et pouvait faire disparaître leur rôle de médecin traitant, ce qu'ils n'appréciaient pas.

« Quand j'ai un impératif où l'emploi du temps doit être assez serré, j'apprécie moins ces journées de consultations là parce que je suis régulièrement à regarder l'heure. » (M10)

« Quand je suis en retard je pose plus de questions. Je rentre plus dans leur intimité. Mais j'aime bien ça parce qu'ils partagent avec toi leurs histoires, et moi j'aime bien savoir où ils en sont quoi. » (M9)

Ainsi, certains ne se souciaient pas de leur retard.

« Je pourrais tout à fait couper la parole à mes patients. Mais c'est pas comme ça que je vois le travail du médecin. » (M10)

2.5.1.4. Travail en équipe

Un médecin disait que la mauvaise humeur qu'entraînait son retard pouvait se ressentir vis-à-vis de ses collègues, générant une mauvaise ambiance de travail. Mais beaucoup de médecins notaient un réel avantage à travailler en groupe vis-à-vis du retard, comme la solidarité entre confrères.

« Du coup la secrétaire qui va me formuler une demande supplémentaire alors que j'ai une heure de retard je vais avoir tendance à lui dire que ce sera plus tard, à lui répondre parfois un peu sèchement. » (M12)

« Ça permet éventuellement de dépanner quelqu'un qui est encore plus en retard que soi. » (M10)

2.5.1.5. Vie personnelle et familiale

Pour certains médecins, le retard avait un impact considérable sur leur vie familiale et beaucoup d'entre eux étaient insatisfaits de cette situation.

« Quand je suis en retard je rentre plus tard et du coup il y a des soirs où je ne peux pas coucher mes filles, et ça ça impacte. Ça m'embête énormément. » (M12)

La tension que générait le retard dans la journée pouvait perdurer jusqu'au domicile et retentir sur le climat familial, entraînant des conflits. Un médecin disait que cela pouvait être l'une des causes de son divorce.

« Ma chère et tendre épouse, la première, elle est sûrement partie à cause de ça. » (M6)

L'organisation d'activités personnelles et des tâches de la vie quotidienne pouvaient être affectées par le retard.

« Quand on n'a pas de retard euh...on va peut-être justement pouvoir passer aussi un coup de fil pour quelque chose de personnel. Euh... « fallait que j'appelle mon plombier » (...) bah il faut appeler quand même pendant les heures d'ouverture et ça va forcément être entre 2 consultations... et ça peut parfois être compliqué à cause du retard. » (M2)

« L'autre impact c'est que bah quand je rentre à 9h du soir ou 9h30 ben je suis crevée j'ai pas envie de lancer les machines. Donc le samedi j'arrive même plus à rentrer dans ma buanderie quoi. » (M4)

Un médecin a même abordé le fait de changer de métier.

« D'être en retard bah...pfff (il soupire). On n'a plus de vie personnelle (...) Ça empiète complètement (...) Vous allez changer de métier. Il rigole. (...) ça fait réfléchir hein. » (M8)

A cause du retard, beaucoup de médecins effectuaient leurs tâches administratives sur leur temps personnel et certains médecins ne l'appréciaient guère.

« Parce que nos rendez-vous sont jusqu'à 20h normalement mais si on a pris du retard ça va faire du 20h30. Après pour peu qu'il y ait 2-3 papiers à faire etc. » (M5)

« Alors ça le temps administratif c'est terrible ça quoi, j'en ai marre quoi, ça me fait chier. » (M9)

D'autres médecins ne ressentaient pas d'impact du retard sur leur vie personnelle.

« Je suis rentré chez moi la plupart du temps entre euh (...) 19h30 et 20h ce qui reste raisonnable et ce qui me garde un temps personnel suffisant. » (M3)

2.5.1.6. Aspect financier

Pour diminuer le retard, certains médecins augmentaient leur durée de consultation en réservant 2 créneaux pour un seul et même patient. Cela avait donc un retentissement sur leur rémunération. Quant à la solution potentielle de réduire le nombre de consultations par jour, elle était freinée par le retentissement financier.

« La visite du nourrisson, des choses comme ça que je bloque sur 2 rendez-vous, mais...le problème c'est que je peux pas le faire trop souvent non plus parce que financièrement...ça coince. » (M4)

« Parce qu'avec la société actuelle française, tu peux pas... tu dois courir derrière les sous quand même quelque part, en tant que médecin, et du coup tu peux pas te permettre de prendre tout le temps qu'il faut. » (M9)

« Ah bah en dessous de 20 consultations par jour c'est compliqué. » (M4)

Certains avaient envisagé de réserver des plages de consultations vides pour rattraper leur retard mais cela n'était pas réalisable selon eux sur le plan financier.

« Des fois ça peut arriver qu'on ait un enchaînement de consultations plutôt simples, et s'il y a des trous partout bah du coup euh... on voit pas de patients. Et quand on est rémunéré à l'acte euh... c'est embêtant (...) c'est peu satisfaisant d'avoir une journée gruyère sur le plan financier. » (M10)

Le retard pouvait également entraîner une perte de patients du fait de leur mécontentement, mais sans que les médecins n'aient rapporté de retentissement financier.

« *Mais je m'en fiche. On a la chance, en campagne d'avoir plein de patients, on peut choisir, on peut les virer.* » (M9)

2.5.1.7. Atténuation des conséquences du retard

Plusieurs éléments permettaient d'atténuer les conséquences négatives du retard ressenties par certains médecins. Certains vivaient mieux leur retard lorsqu'ils se disaient que ce dernier était justifié, qu'ils avaient pris leur temps pour aider le patient, que leur retard était donc signe de qualité des soins et qu'ils remplissaient leur mission de médecin traitant et médecin de famille.

« *Si je suis en retard c'est que j'ai une bonne raison.* » (M3)

« *Le retard pour moi c'est nécessaire, c'est le reflet de la qualité par rapport au volume de patients.* » (M9)

« *Ça fait partie de notre métier aussi de passer du temps avec les gens (...) je pense que si on veut être à l'heure il faut faire ophtalmo, voilà, ou une spécialité où on prend pas...on prend pas de nouvelles des gens quoi.* » (M12)

Pour diminuer les conséquences négatives du retard, certains apprenaient à les maîtriser avec des thérapies personnelles ou apprenaient à accepter leur retard. D'autres se déculpabilisaient en se comparant aux médecins à l'heure.

« *J'ai appris à gérer le stress un peu différemment, je fais de la méditation.* » (M11)

« *On n'a pas le choix et je travaille à m'en convaincre pour le vivre de mieux en mieux.* » (M12)

« *Parce que pas de retard du tout, c'est douteux.* » (M9)

Travailler en groupe permettait, chez certains médecins, de pallier les conséquences psychologiques négatives que pouvait avoir le retard sur eux.

« *Ça diminue le stress dû au retard, parce que les autres le sont aussi (...) je pense que ça me détend. Ça concourt à me détendre, face à mon retard.* » (M12)

Certains médecins travaillaient également à maîtriser les conséquences négatives que pouvait avoir le retard sur leur vie familiale.

« *Et puis en 5 ans j'ai vachement appris oui, à dissocier la vie professionnelle de la vie personnelle.* » (M12)

Ils pouvaient trouver des moyens de gagner du temps personnel, en travaillant à proximité de leur lieu de vie, voire au même endroit par exemple.

« Bon l'avantage c'est que nous on est sur place, donc euh... ça réduit un petit peu le temps... » (M8)

2.5.2. Conséquences sur la prise en charge

Le retard avait un impact sur la prise en charge de nombreux médecins.

« Une modification de prise en charge mais ça c'est reconnu. » (M11)
« Si je dépasse une heure de retard je sais que ma prise en charge est moins bonne. » (M12)

2.5.2.1. Prise en charge clinique

La consultation était souvent raccourcie et l'organisation parfois confuse.

« J'essaie de raccourcir au maximum. » (M9)
« Disons que le déroulé de ma consultation n'est pas rigoureux. » (M12)

Par le retard, l'interrogatoire pouvait être modifié. Il pouvait être plus concis ou avoir lieu ailleurs qu'autour du bureau.

« J'essaie d'être plus succincte dans l'interrogatoire. » (M4)
« Interroger le patient déjà sur le divan d'examen. » (M2)

L'examen clinique pouvait également être différent. Certains éléments pouvaient être délaissés, ou il pouvait avoir lieu de manière désordonnée et entraîner des oublis.

« Bah certainement qu'on va plus vite oui, qu'on bâcle. Fin qu'on bâcle. Bâcler au sens qu'on va être plus succinct. » (M2)
« Et tout ce qui est superflu comme le poids tout ça, on fait pas. Les bébés je les pèse pas à chaque fois quand je suis en retard. » (M9)
« Comme je fais pas les choses posément j'oublie de poser des questions, j'examine les gens trop rapidement, donc ensuite il faut que je les réexamine. » (M12)

En ayant toujours le souci de bien faire.

« Mais j'essaie quand même de pas bâcler et de toujours faire attention à aboutir à la bonne conclusion. » (M12)

D'autres médecins ne notaient aucun changement dans leur prise en charge clinique lorsqu'ils étaient en retard.

« Retard ou pas retard je ne bâcle pas un examen clinique. Jamais. » (M4)
« Je prends le même temps, je prendrai la tension, je ferai tout. » (M8)

2.5.2.2. Prise en charge thérapeutique

« Et je pense même que ça peut avoir une influence sur les prescriptions. » (M10)

Le retard pouvait engendrer une modification de la prise en charge thérapeutique tant en quantité qu'en qualité. Certains médecins disaient répondre un peu plus facilement aux demandes de leurs patients lorsqu'ils étaient en retard.

« Je prescris beaucoup plus d'antitussifs et de trucs qui servent à rien. » (M12)

« Le refus, ça prend plus de temps, de refuser et d'expliquer que de prescrire, ah oui j'ai toujours dit que ça va plus vite de faire une ordonnance que de discuter. » (M2)

« Pour abréger, bon ils veulent ça, je leur marque (...) du sirop, de la crème pour les champignons au niveau des orteils (...) je vais pas aller les réexaminer pour voir si c'est réel, je leur prescris. Voilà. » (M8)

Certains disaient prescrire plus d'exams complémentaires lorsqu'ils étaient en retard. Un médecin a également dit prescrire davantage d'antibiotiques.

« Ça va plus vite de faire une ordonnance de radio que d'expliquer que ça changera strictement rien et qu'on en fera rien de la radio. » (M12)

« Un patient qui dit « ah et puis je vous avais pas dit, j'ai mal à tel endroit je me suis cogné » ah bah il va falloir retirer les bottes, réexaminer le pied, etc... Je suis déjà en retard... Donc je vais plutôt choisir de faire faire des radios, alors que si j'avais repris le temps d'examiner vraisemblablement j'en aurais pas fait. » (M10)

« On va peut-être aller plus facilement à la prescription d'antibiotiques dans les situations douteuses euh...que quand on n'est pas en retard. » (M3)

Le retard pouvait également être responsable d'ordonnances rédigées trop rapidement devenant illisibles ou comportant des erreurs et ces ordonnances pouvaient être moins expliquées au patient.

« J'écris très mal. (Il rigole). Très très mal. Je deviens illisible. » (M8)

« Souvent c'est plutôt des conneries que je fais et la pharmacie qui me rappelle (...) ou sinon j'oublie de mettre le nombre de jours, un truc comme ça. » (M9)

A l'inverse, pour d'autres, le retard n'avait aucune conséquence sur la prise en charge thérapeutique.

« Par exemple si quelqu'un me demande un examen complémentaire que je trouve pas justifié, en retard ou pas je ne le prescrirai pas. » (M9)

« Je prends le temps d'expliquer de la même manière, que je sois en retard ou pas. » (M7)

2.5.2.3. Prise en charge globale

Pour certains, avoir du retard modifiait la prise en charge du patient dans sa globalité et bien souvent la surveillance était reportée.

« Je regarde peut-être moins si euh... s'ils ont fait le dernier bilan cardio dans les temps pour les diabétiques. » (M1)

« C'est impossible de prendre globalement un diabétique, regarder de A jusqu'à Z en une consultation de 15 minutes. C'est impossible. » (M8)

« Les maladies chroniques ça m'arrive du coup de repousser parce que je sais que je vais le revoir 3 mois après. » (M4)

Le retard pouvait également avoir un retentissement sur la partie de la consultation concernant la prévention, l'éducation thérapeutique ou le dépistage.

« Le diabétique qui vient pour un renouvellement, si j'ai déjà du retard je vais pas forcément à ce moment-là revoir toutes les règles pour le diabète. » (M4)

« Il y a moins d'éducation, la partie retard retire un peu de l'éducation. » (M11)

« Si j'ai une heure de retard, l'autre qui me demande en partant de renouveler sa pilule, je vais pas regarder son frottis, on s'en fout, je verrai après. » (M9)

Pour d'autres, avoir du retard n'avait aucune influence sur leur prise en charge.

« Ça ne compte pas pour moi le retard. Je m'en fiche. Je le prends en charge de la même manière. » (M6)

« Proposition du dépistage euh...colorectal, vérification que l'hémoglobine glyquée a été faite fin. Je le fais de la même manière que je sois en retard ou pas. » (M3)

2.5.2.4. Qualité des soins

Certains médecins ont abordé le fait que le retard générât une moins bonne qualité des soins qu'ils prodiguaient.

« Ce sont des consultations nettement moins bonnes médicalement parlant. » (M12)

On retrouvait principalement une moins bonne écoute du médecin avec des risques d'erreurs médicales et des dossiers tenus de façon moins rigoureuse.

« Pendant ce temps-là je constate que par exemple je suis pas tout à fait en train d'écouter le patient. » (M10)

« On n'agit pas bien sous la pression. On ne prend pas de bonnes décisions. » (M1)

« Je fais pas les choses posément j'oublie de poser des questions. » (M12)

Pour d'autres médecins, le retard n'avait pas de conséquence sur la qualité des soins et ils tenaient leurs dossiers de la même manière. Le médecin 8 a même dit produire un travail de meilleure qualité sous la pression du retard.

« J'essaye d'offrir la même qualité de soins à tous les patients que je sois en retard ou pas en retard. » (M3)

« Au contraire quand je suis dans un état de stress je fais les choses mieux. » (M8)

2.5.2.5. Patient

Le retard pouvait avoir un impact physique sur le patient.

« *Les patients vont être un peu plus énervés, un peu plus hyper tendus.* » (M10)

Même si quelques motifs de venue étaient simplement reportés, certains n'étaient pas du tout traités, en particulier les motifs de dernière minute.

« *Je fais un tri. Je leur dis « non, ce sera pas possible tout.* ». » (M10)
« *Ils vont commencer à se plaindre à droite à gauche ou autre, je vais pas forcément relever leur plaintes.* » (M11)
« *Quand il a commencé à partir, il part hein, ça va bien je vais pas me remettre à ouvrir le dossier, je dis « non, on verra une autre fois.* ». » (M9)

Cependant certains médecins, même en retard, ne repoussaient pas les problèmes à une fois prochaine.

« *J'en ai rien à faire d'être à la bourre. Je fais tout maintenant.* » (M6)
« *Je veux pas repousser parce que je sais que serai en retard la prochaine fois aussi.* » (M9)

Plusieurs médecins ont déclaré donner moins d'explications à leur patient lorsqu'ils étaient en retard, ce qui pouvait entraîner une incompréhension chez les patients.

« *Je leur donne plus facilement les ordonnances sans leur expliquer trop des fois et du coup (...) ils rappellent.* » (M1)

Du fait du retard de leur médecin généraliste, certains patients ne pouvaient pas se procurer leurs médicaments le jour même.

« *En général ce qui les ennuie le plus c'est surtout quand la pharmacie est fermée. Ils peuvent plus aller à la pharmacie après, c'est surtout ça.* » (M9)

Par ailleurs, le retard des médecins pouvait entraîner un retard des patients.

« *Il y a des patients qui tentent d'arriver systématiquement en retard, considérant que je suis en retard.* » (M10)

2.5.2.6. Relation médecin-malade

La relation médecin malade pouvait également être modifiée du fait du retard. Cela se ressentait beaucoup au niveau de la communication, verbale ou non verbale. Le médecin pouvait être plus expéditif, plus bref, ou avoir une attitude fermée. Les discussions propres au médecin de famille disparaissaient parfois.

« *Bah les phrases sont beaucoup plus brèves. Je vais à l'essentiel. Je dois avoir tendance à le couper.* » (M12)
« *Je vais peut-être moins faire mon travail de médecin de famille, moins demander des nouvelles de son entourage etc.* » (M11)

« Ça a probablement même un impact sur ma communication non verbale (...) je m'efforce de ne pas être trop ouvert si le motif de la consultation ne le nécessite pas. » (M10)

Le médecin 9 disait moins accepter les demandes des patients lorsqu'il était en retard et d'autres praticiens déclaraient oser dire « non » de manière plus franche.

« Si je suis pas en retard bon j'accepte un petit peu et si je suis en retard : non, et non. » (M9)

Le médecin pouvait être moins à l'écoute du patient et parfois moins empathique.

« Moins à l'écoute, plus brutale, plus... Certainement plus sèche. » (M12)

« Je serai moins empathique. » (M11)

Certains patients exprimaient un mécontentement face au retard de leur médecin. Cela pouvait avoir un impact considérable sur la relation médecin-malade car il arrivait que le praticien réponde à ces remarques, ce qui générait une tension.

« Quelques fois les patients ont la pression qui monte un peu. » (M5)

« Oui, oui ça va quelque fois au clash. » (M5)

« Je suis un peu énervé et quand je suis énervé, le mec qui vient pour 3 motifs euh... je le vire. » (M9)

Plusieurs médecins disaient faire des efforts pour que cette relation ne soit pas modifiée par le retard ou que les patients ne remarquent pas le retentissement psychologique du retard sur eux. Certains médecins choisissaient l'humour ou le sarcasme pour préserver une bonne relation.

« Je fais mon maximum pour que ça ne change rien et que les patients qui suivent n'aient pas à pâtir du fait que je sois en retard. » (M3)

« J'ai une capacité assez importante de gérer mon stress à l'intérieur avec un gros sourire sans que ça se remarque. » (M4)

« J'ai plutôt même tendance à les provoquer en disant « eh, pas trop mal encore, j'ai qu'une heure. ». » (M6)

Certains médecins trouvaient indispensable de s'excuser de leur retard alors que d'autres estimaient qu'ils n'avaient pas à le faire.

« Je pense qu'il faut s'excuser. C'est la moindre des choses de s'excuser. » (M2).

« Ben non j'ai pas à m'excuser parce que...parce que dans un sens j'ai rien à me reprocher quoi. » (M4)

« Pourquoi je m'excuserai, j'ai fait mon travail. » (M6)

A l'inverse, pour certains médecins, le retard n'avait aucune influence sur la relation qu'ils avaient avec leurs patients. Elle n'était pas tendue et la communication était

inchangée. Leurs patients ne faisaient pas de remarques et acceptaient le retard de leur praticien.

« *Je vais pas... expédier le patient d'après s'il a des problèmes importants pour récupérer mon retard, c'est pas possible. Donc j'accumule.* » (M7)

« *Globalement je trouve que les gens sont plutôt compréhensifs.* » (M2)

« *Il n'y a pas de tension.* » (M8)

2.5.2.7. Administratif

Lorsqu'ils étaient en retard, certains médecins n'effectuaient pas leurs tâches administratives à temps.

« *Je les fais pas ce jour-là. Reportées !* » (M4)

« *On se retrouve avec des piles de dossier à remplir le soir.* » (M11)

D'autres s'y attelaient tout de même et prenaient le temps en consultation.

« *Oui, je le fais quand même parce que de toute façon sinon ce temps-là ce sera le soir.* » (M12)

DISCUSSION

1. Discussion des résultats

1.1. Médecin généraliste et retard

Définition du retard

De multiples définitions du retard sont ressorties de cette étude, allant d'une minute après l'heure de rendez-vous, à une heure suivant les médecins. Cela montre la subjectivité des définitions suivant le ressenti et le vécu personnel du retard et de ce fait cette étude s'ancre très bien dans une démarche qualitative. Le fait que la base même du sujet de cette étude, à savoir la définition du retard, soit très variable d'un médecin à l'autre, laissait présager que tous les autres axes de questionnement qui allaient en découler allaient l'être tout autant.

Organisation des médecins généralistes

Il ressort de ce travail que la médecine générale est une spécialité rassemblant des cas cliniques très variés entraînant une inconstance des journées et une organisation préalable face à cette diversité quasi impossible. Comme le disent Micheau et Molière dans leur étude « ce sont les généralistes qui ont à faire face à la plus grande complexité d'organisation du temps de travail ». ⁸ Notre enquête montre que la plupart des médecins ont une organisation très stéréotypée de leur journée et beaucoup d'entre eux aménagent des créneaux pour les urgences ou des temps de rattrapage de retard. Ceci témoigne du fait qu'ils ont conscience que leur organisation théorique ne reflète pas la réalité et qu'une anticipation est nécessaire pour tamponner le retard lié aux imprévus. On peut imaginer que les médecins ayant ce genre de techniques anticipatoires sont des médecins impactés par le retard.

Répartition temporelle du retard

Beaucoup de médecins ont déclaré noter une répartition temporelle du retard. Il est ressorti de manière quasi unanime que le retard était plus important en fin de matinée ou fin d'après-midi. Cela s'explique par le fait que le retard s'est accumulé au fil des consultations.

Certains disaient être davantage en retard en début de semaine, du fait que toutes les urgences du weekend sont regroupées sur le lundi, augmentant la charge de travail et le nombre de consultants par jour. L'étude de Micheau et Molière sur l'emploi du temps des médecins libéraux faisaient déjà état de cela en 2010. ⁸ Cependant, comme ce sont des motifs urgents, les consultations sont souvent plus rapides et pour certains, le lundi est le jour le moins enclin en retard de ce fait.

Pour la répartition annuelle, on retrouve ceux qui sont davantage en retard en hiver du fait d'une charge de travail accrue avec une demande plus importante, ce qui est concordant avec la littérature.⁸ On observe également des médecins moins en retard en hiver. On peut supposer que le caractère épidémique avec les motifs récurrents, répétitifs génèrent des consultations de durées inférieures parce que le médecin acquiert une certaine rapidité au fur et à mesure qu'il voit des motifs de consultation similaires, comme l'ont montré Breuil-Genier et al.¹² De plus, les patients consultent souvent pour un motif unique lors de ces consultations ce qui peut raccourcir la durée de rendez-vous.

Éléments liés au retard

Plusieurs éléments sont cités comme ayant une influence sur le temps. Certains de ces éléments sont perçus comme faisant gagner du temps par certains médecins, alors qu'ils sont plutôt perçus comme pourvoyeur de retard pour d'autres.

Le secrétariat : certains disaient qu'il était indispensable vis-à-vis du retard. Il permet de gérer les messages urgents évitant ainsi les interruptions lors de la consultation, d'adapter les rendez-vous au fil de la journée, de déléguer des tâches administratives potentiellement vectrices de retard, ou de rester avec un patient instable en attendant l'arrivée du SMUR. Il permet également d'avertir les patients du retard et de les apaiser éventuellement. Ceci rejoint l'étude de Le Fur et al qui expliquaient que les médecins dépourvus de secrétariat passaient au minimum 30 minutes par jour au téléphone contre 6 minutes pour ceux dotés d'un secrétariat.²² Toutefois, certains médecins de l'étude ont déclaré gagner du temps en ne possédant pas de secrétariat. On peut supposer que gérer seul leur rendez-vous leur permettait d'adapter leur emploi du temps plus facilement en fonction du patient et du type de motifs.

Avoir un étudiant : notre étude révèle que certains étudiants, principalement ceux en début de cursus, peuvent nécessiter beaucoup d'attention et d'explications, ce qui peut prendre du temps et mettre en retard. L'allongement du temps de travail en présence d'un étudiant fait consensus dans la littérature. Dans le travail de Florence NICOLAS, les MSU déclaraient que l'augmentation de la journée de travail avec un étudiant pouvait aller jusqu'à 120 minutes⁵⁷ et dans celui d'Elodie COUJARD, il était dit que le retard de consultation que pouvait provoquer un étudiant était un frein au fait de devenir MSU.⁵⁸

Toutefois dans notre étude il ressort également que les bons étudiants peuvent s'avérer être un gain de temps. Cela est retrouvé dans d'autres travaux comme celui de Worley⁵⁹ (enregistrement des consultations et observation directe), qui démontre qu'un étudiant en stage pendant au moins cinq mois chez le même maître de stage a un effet positif sur la productivité du médecin généraliste et sur le temps de consultation qui se réduit à partir du quatrième mois de stage.

L'informatisation : pour beaucoup de médecins elle est un gain de temps, mais pour encore quelques réfractaires elle est source de retard. L'étude de Mélanie REMOIVILLE⁶⁰ montrait que 1/3 de ses patients interrogés sur l'informatisation de leur médecin pensaient que depuis l'utilisation de l'ordinateur, la durée de la consultation était plus courte. Ceci peut s'expliquer par la rapidité d'accès aux informations du dossier, la rapidité de rédaction de l'ordonnance...etc. Dans notre enquête, certains médecins se servaient de leur outil informatique pour gagner du temps et anticiper le retard, en préparant des ordonnances préremplies informatisées par exemple ou en ayant une gestion particulière de leur logiciel le rendant plus intuitif et pratique. Cependant, certains médecins désignaient l'informatisation comme une source de retard. On peut supposer que l'âge du médecin conditionne énormément ce paramètre. La maîtrise de l'outil informatique étant souvent plus effective chez les jeunes médecins. Des études, comme celle de Mitchell et al⁶¹ avaient constaté que le début de l'informatisation pouvait engendrer des consultations plus longues potentiellement génératrices de retard du fait du temps d'adaptation nécessaire.

Envoi chez le spécialiste : Certains médecins de notre étude ont déclaré prendre du retard lorsqu'ils envoyaient leur patient chez un spécialiste d'organe. Ceci est également retrouvé dans la littérature.¹² Le fait de devoir rédiger un courrier ou de devoir prendre contact avec le spécialiste prend du temps. On peut émettre l'hypothèse que cette cause de retard s'est accentuée depuis 2004 avec la loi Douste-Blazy relative à l'assurance maladie⁶² qui impose un passage préalable chez le médecin traitant pour bénéficier d'un remboursement complet des soins, car cela augmente le nombre de passages chez le médecin traitant.

Cette directive est génératrice de retard d'une part parce qu'elle augmente le nombre de passages chez le médecin traitant, et d'autre part parce qu'elle augmente le temps de consultation (prise de rendez-vous par téléphone spécialement par le médecin traitant ou rédaction d'un courrier par exemple).

Le lieu d'exercice : Dans notre étude, on retrouve que le fait d'exercer en zone rurale est vecteur de retard. On peut supposer que le fait de travailler à distance d'un centre hospitalier entraîne des types de consultations parfois différentes des consultations urbaines. Ces prises en charge sont parfois plus longues, comme les consultations de traumatologies avec points de suture par exemple. Une étude de la DREES avait en effet montré en 2012 que les médecins de campagne avaient une durée de travail hebdomadaire supérieure aux médecins urbains⁷ (environ 4 heures de plus par semaine). La revue de la littérature des docteurs Efsthathopoulou et al, réalisée en 2016 sur les visites à domicile,⁶³ montre que les médecins effectuant davantage de visites sont les médecins hommes plutôt âgés, en pratique en solo et à la campagne. Ce type de médecin est donc plus susceptible d'avoir du retard causé par les visites. Cette étude nous montre également que ce sont les patients âgés polymorbides qui bénéficient le plus de ces consultations à domicile. S'ajoutent à ce

nombre plus élevé de visites les distances kilométriques entre le cabinet et le domicile du patient qui sont plus importantes à la campagne qu'en ville. Ces 2 éléments peuvent causer du retard sur les consultations suivantes. Par ailleurs, il a été retrouvé comme facteurs influençant la survenue d'une urgence vitale en médecine générale un lieu d'exercice reculé ou périphérique avec l'absence d'hôpital à proximité. Or, les urgences vitales génèrent beaucoup de retard.⁶⁴

Éléments liés au retard, le rendant « intrinsèque » à la médecine générale

Notre étude montre que pour beaucoup de médecins le retard est un concept intrinsèque à la médecine générale car de nombreux éléments générateurs de retard font partie intégrante du métier.

L'image et le rôle du médecin traitant : avec la relation médecin malade qui en découle. Comme l'a montré Audrey D'Amore en 2017⁶⁵ dans son étude quantitative sur l'image actuelle du médecin généraliste, les patients attendent de leur médecin une relation humaine avec un praticien ayant un rôle de conseiller, qui prend le temps de les écouter. On peut imaginer que pour remplir convenablement ce rôle de médecin de famille en prenant le temps de prendre en charge le patient dans sa globalité, cela entraîne généralement des consultations plus longues. Toutefois cela n'est pas confirmé par l'étude de Marie GOUYON sur les durées de consultations des médecins qui retrouve qu'une consultation dans un cabinet d'ophtalmologiste dure aussi longtemps qu'une consultation dans un cabinet de généraliste et que pour toutes les autres spécialités, les consultations sont en moyenne plus longues.⁶⁶

Les multiples causes de retard imprévisibles : Malgré une organisation théorique préalable anticipatoire, des éléments perturbateurs imprévisibles se surajoutent bien souvent et expliquent que le retard est fréquent et indissociable de la médecine générale, cette spécialité étant celle de premier recours. Il peut s'agir d'urgences relatives ou d'urgences vitales. Une étude de la DREES de 2006 estimait les consultations d'urgence à 12% de l'activité globale des médecins généralistes libéraux dont 1,2% sont des situations avec mise en jeu du pronostic vital.²¹

Une étude irlandaise réalisée en 2008 mettait en évidence que 84% des médecins généralistes avaient pris en charge une douleur thoracique au cabinet.⁶⁷ Cela montre que, même s'il reste faible, le nombre de situations urgentes retrouvées en cabinet de ville n'est pas négligeable. Les urgences vitales génèrent des consultations plus longues car elles nécessitent bien souvent des gestes (électrocardiogramme, réanimation cardiopulmonaire), de la surveillance, ou l'attente de l'arrivée d'un transport médicalisé. Ces situations imprévisibles viennent donc perturber considérablement l'agenda du médecin.

Toutefois, dans notre étude, plusieurs médecins nous ont fait part d'une méthode pour anticiper ce retard lié aux urgences vitales. Ils se sont dotés d'une pièce annexe, leur permettant de faire patienter le patient en détresse vitale sous

surveillance pendant qu'ils poursuivaient leurs consultations (et ainsi ne pas accumuler davantage de retard).

L'idée que le médecin généraliste en retard est un concept ancien : puisqu'il existe une réputation du médecin toujours en retard. Heaney et al travaillaient déjà sur ce sujet en 1991.¹⁶ Le fait qu'aucune stratégie depuis plus de 20 ans n'ait été trouvée témoigne également du fait que le retard est inhérent à la médecine générale et probablement irrémédiable.

Demande importante : Une cause majeure de retard était le nombre de consultations par jour en particulier le nombre de consultations surajoutées. Elles pouvaient se surajouter de plusieurs manières : deux patients se présentent ensemble sur un seul créneau de rendez-vous, certains patients se présentent au cabinet sans avoir pris rendez-vous au préalable, ou un patient avec motif urgent nécessite selon le médecin de surbooker l'agenda.

Ce nombre de consultations surajoutées peut se justifier par une demande de soins plus importante que l'offre proposée. D'une part, par le vieillissement de la population⁶⁸ qui entraîne des consultations souvent plus fréquentes et plus longues pour les personnes âgées comme le confirme l'étude de la DREES.¹² Et d'autre part, via la stabilité du taux de natalité et la diminution du taux de mortalité infantile qui augmentent la proportion de consultations pédiatriques. Une autre étude de la DREES en 2009 avait montré qu'une consultation pédiatrique durait en moyenne 21 minutes (contre 16 minutes en moyenne pour une consultation de médecine générale).⁶⁶ Pour ces 2 types de population, pourtant imposantes en nombre dans la société, il est difficile de respecter le temps de consultation standard prévu par le médecin.

Enfin, on peut également imaginer que les politiques de promotion à la santé, de dépistage généralisé, assez récentes, entraînent des consultations plus régulières et plus nombreuses chez le médecin généraliste, alors qu'avant les patients ne consultaient qu'en cas de pathologie déclarée.

S'associe à cela le manque de médecins généralistes. Leur nombre est en diminution perpétuelle depuis 2007¹, tandis que la demande de soins continue de croître. Cela laisse supposer que le nombre de consultants par jour et par médecin ne cesse d'augmenter pour assurer une offre satisfaisante à la demande. Or, il existe toujours un temps minimum de consultation, incompressible. Le manque de médecins corrélé avec l'augmentation de la demande est donc vecteur de retard

Caractéristiques de la patientèle : Notre étude confirme que l'âge et l'état de santé du patient sont des déterminants en lien étroit avec le retard.^{12,66} Ce que ce travail apporte de nouveau, c'est que la personnalité du patient conditionne également le retard. Beaucoup de patients bavards entraînent des consultations plus longues. Nous pouvons encore une fois imaginer que le vieillissement de la population, avec des personnes âgées souvent seules, parfois isolées, qui ont besoin de parler, est

une des explications. Il a en effet été montré dans une étude de 2015 que lors d'une consultation, le temps de discussion sociale augmentait avec l'âge.¹⁹

Autant d'éléments qui expliquent également que le retard est considéré comme justifié par les médecins. Cela peut expliquer que plusieurs médecins font le distinguo entre leur ponctualité et celle de leur patient, trouvant leur retard à eux justifié. Pour certains médecins, cette notion de retard justifié leur permettait de mieux vivre ce retard.

1.2. Conséquences sur le médecin

A notre connaissance, aucun travail n'a jusqu'alors étudié le retard des médecins de leur point de vue personnel et les conséquences sur leur prise en charge.

En ce qui concerne les conséquences du retard, deux axes principaux sont ressortis de cette étude : les conséquences sur le médecin en tant qu'homme, et les conséquences sur le médecin en tant que professionnel (et donc les conséquences sur la prise en charge).

1.2.1. Retentissement physique

Fatigue

L'étude nous apprend que des médecins fatigués sont parfois moins réactifs, et moins productifs, prenant plus de temps en consultation. Certains ont parfois besoin de faire des pauses et ces pauses peuvent empiéter sur le temps de consultation suivant. La fatigue du médecin peut donc générer du retard.

Mais cette fatigue est également une conséquence du retard. Cela peut s'expliquer par la longueur de journée augmentée, la charge de travail majorée ou une activité sous pression permanente pour tenter de rattraper le retard.

La fatigue du médecin est donc à la fois une cause de retard et une conséquence de ce dernier.

Alimentation

Les pauses déjeuner étaient parfois sautées ou prises très rapidement.

Cette instabilité alimentaire expose les médecins à des conséquences nutritionnelles négatives. Il est en effet reconnu qu'à long terme, les conséquences d'une désorganisation des habitudes alimentaires conduit à une augmentation de l'Indice de Masse Corporelle (IMC).⁶⁹

Infections urinaires

Certains médecins de cette étude ont également soulevé le fait que le retard les empêchait de prendre le temps d'aller aux toilettes. Or, il est avéré que les mictions régulières limitent les risques d'infections urinaires.⁷⁰ On peut donc imaginer que la rétention mictionnelle provoquée par le retard favorise les infections urinaires.

1.2.2. Retentissement psychologique

A notre connaissance aucune étude n'a fait état du retentissement psychologique que le retard pouvait avoir sur les médecins. Toutefois, l'étude de Clara METOIS⁹ sur le point de vue des patients révélait que plusieurs patients supposaient que le retard pouvait avoir une influence sur le médecin en particulier sur son énervement, son stress et sa fatigue. Cela est confirmé dans notre étude.

Expérience du médecin

De manière quasi unanime il est ressorti de cette étude que l'expérience du médecin permet de diminuer son retard. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'avec le temps, le praticien connaît sa patientèle et sait organiser son emploi du temps en fonction du type de patients. On peut supposer, d'autre part, qu'au fur et à mesure, le médecin a davantage d'entraînement sur le diagnostic et le traitement des pathologies, ce qui le fait aller plus vite en consultation.

Peut-être qu'un jeune médecin demande plus d'avis aux confrères, ce qui peut générer du retard. Il ressort également de notre étude que le médecin peut, avec le temps acquérir la force de dire « non » à son patient, ce qui peut expliquer que des médecins débutants aient du mal à clôturer des consultations. Le fait que l'expérience entraîne une diminution de la durée de consultation a été prouvé dans des études précédentes.³⁴ Mais cela infirme la théorie de Wilson A¹⁸ qui montrait que les médecins plus âgés avaient des consultations plus longues, et donc plus de risque de retard.

Par ailleurs, notre étude a également révélé que pour beaucoup de médecins, l'expérience permettait un meilleur vécu du retard. On peut supposer qu'avec le temps les médecins ont fini par accepter cela, abandonnant l'idée d'une médecine sans retard.

L'expérience du médecin est donc un facteur limitant le retard et limitant ses conséquences psychologiques.

Personnalité du médecin et épanouissement professionnel

La personnalité du patient et son épanouissement professionnel sont retrouvés comme cause de retard.

En effet, comme pour les patients, on retrouve les médecins bavards. On observe aussi des médecins qui ne parviennent pas à dire « non » à leurs patients, répondant à leurs demandes de manière importante, ce qui peut leur prendre beaucoup de temps. L'étude de la DREES avait déjà démontré que la durée des séances dépendait des caractéristiques socioprofessionnelles et d'exercice des médecins.¹²

L'épanouissement professionnel du médecin a été évoqué comme vecteur de retard dans notre étude. Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins souhaitent prendre leur temps avec leur patient estimant ainsi produire un travail de meilleure qualité. Certains prennent plaisir à établir et maintenir une relation médecin malade basée sur des discussions extra-médicales, considérant que cela fait partie intégrante de leur métier de médecin de famille. Pour beaucoup, le souci de bien faire et le plaisir qu'ils prennent à réaliser leur travail priment sur les conséquences qui en découlent, à savoir le retard.

En parallèle, on retrouve dans notre enquête que le faible épanouissement professionnel est une des conséquences que le retard peut avoir sur les médecins. En effet face au retard, certains cherchent à accélérer les consultations, réduisant ainsi leur durée. Certains ont l'impression de faire ce qu'ils appellent « de l'abattage ». Il est retrouvé dans la littérature que plus d'un tiers des médecins de soins primaires sont insatisfaits du temps disponible par patient. Une enquête internationale récente¹⁵ a montré une association positivement significative entre la durée de consultation et l'épanouissement du médecin. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils se sentent moins performants lorsqu'ils doivent gérer des patients polyopathologiques lors d'une consultation courte et préfèrent donc avoir du temps. On peut imaginer également que ne pas remplir leur rôle de médecin de famille en raccourcissant le temps non médical retire un pan attrayant de leur spécialité et ne les comble pas.

L'épanouissement professionnel du médecin peut générer du retard et être ensuite altéré par ce dernier, du fait de consultations écourtées.

Stress et anxiété

Les principaux sentiments ressentis par les médecins lorsqu'ils sont en retard sont le stress et l'anxiété. Pour certains cela s'avère même être un cercle vicieux : le stress les fait travailler dans la précipitation et réaliser des actes de manière incomplète, nécessitant parfois de les répéter, majorant ainsi leur retard et donc leur stress. A vouloir rattraper leur retard, ils en prennent davantage. De plus, on peut supposer que le stress récurrent peut être à l'origine d'un retentissement physique cardiovasculaire à long terme sur le médecin car l'anxiété et l'exposition à des stress

répétés peuvent provoquer des palpitations, une tachycardie, une augmentation de la tension artérielle, même si cela n'a pas été évoqué dans ce travail.⁷¹ Il peut également être à l'origine d'un état de fragilité pouvant mener au burn-out, car l'exposition à un stress chronique en est une cause.⁷² Il peut être source d'erreurs médicales comme cela est confirmé dans la littérature.⁴¹ Le stress qu'entraîne le retard chez les praticiens peut les contraindre à accélérer leurs consultations pour gagner du temps. Or, il est prouvé que des consultations courtes entraînent davantage de stress chez le médecin.¹⁵ Le stress entretient donc le stress.

Le stress et l'anxiété sont donc à la fois causes et conséquences du retard.
--

Culpabilité

Certains médecins expriment un sentiment de culpabilité ayant l'impression de ne pas remplir correctement leur mission en ne prenant pas le patient à l'heure prévue. Certains comparent même l'heure du rendez-vous de consultation à un contrat entre 2 parties. Le non-respect de ce contrat est un échec, ils s'en sentent responsables. Il est intéressant de noter que les médecins qui se sentaient fautifs disaient pourtant que leur retard était justifié, ils le qualifiaient même de « normal », on peut en comprendre « indissociable de la médecine générale ».

Cela sous-entend que la justification de leur retard ne suffit pas à pallier leur culpabilité, mais peut-être était-ce un moyen de réduire ce sentiment.

Enervement et irritabilité

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que le retard pouvait les rendre irritables et énervés. Cela peut avoir un impact sur la relation médecin malade et donc sur la prise en charge du patient.

Médecin dépassé et résignation

Certains médecins disaient se sentir parfois dépassés par le retard. On pouvait déceler une certaine notion de fatalité, d'incurabilité, qui suscitait un sentiment de résignation par la suite. On peut supposer que ce sentiment d'être « vaincu » par le retard peut avoir des conséquences négatives sur la confiance en soi avec un sentiment d'échec récurrent et peut éventuellement conduire au burn-out.

Appréhension

Certains médecins disaient appréhender la réaction de leur patient lorsqu'ils étaient en retard. Cela peut se justifier car comme l'a montré Clara METOIS⁹ dans son étude sur le retard des médecins d'un point de vue des patients, le stress ou l'énervement des patients a été la notion la plus fréquemment retrouvée. Par ailleurs, l'association nationale CLCV avait également montré que le nombre de patients mécontents suite au retard de leur médecin était important.³⁰

Il paraît compréhensible que certains praticiens redoutent de recevoir une remarque négative de la part de leur patientèle ou de faire face à une relation conflictuelle. Les médecins qui n'appréhendaient pas du tout la réaction de leur patient expliquaient que leur retard était justifié et que la demande de soins était telle que la perte d'un patient les importait peu.

Gène et honte

Il apparaît dans cette étude que le retard peut mettre mal à l'aise le praticien. Ceci du fait qu'il fait parfois attendre très longtemps des patients en situations difficiles (nourrissons, patients fragiles, très âgés...etc.).

Autres ressentis

D'autres sentiments induits par le retard sont également ressortis de l'étude comme la perte de patience du médecin, le manque d'empathie vis-à-vis du patient, la désolation vis-à-vis du patient, la frustration.

Humeur

Avoir du retard peut provoquer un changement d'humeur chez certains médecins. Cela s'exprime de manière négative avec une notion de perte de sourire, une irritabilité, un énervement. Ce changement d'humeur peut se ressentir sur le plan relationnel que ce soit au niveau de la relation médecin malade ou au niveau de la relation avec les collègues. Or, une mauvaise relation médecin malade peut s'avérer problématique sur l'adhésion et la compliance du patient, impactant donc sur sa prise en charge. Au niveau de la relation interprofessionnelle cela peut potentiellement générer une mauvaise ambiance de travail. Il est démontré que les relations difficiles avec les confrères sont associées au burnout.⁷³

Travail en équipe

Travailler en équipe est un gain de temps pour certains praticiens car cela permet d'avoir des demandes d'avis rapides auprès de confrères lors de situations douteuses. Pour d'autres, le travail en groupe suscite du retard car le fait d'interrompre sa consultation pour aller aider un collègue peut faire perdre du temps. On peut aussi supposer que travailler en groupe avec des jeunes médecins inexpérimentés fait davantage prendre de retard. Par ailleurs, le fait d'avoir des collègues peut augmenter la fréquence et la durée des pauses.

On retrouve aussi dans notre étude que pour certains, travailler en groupe permet de mieux supporter les conséquences du retard. Ceci peut s'interpréter de 2 façons. Premièrement le stress que provoque le retard sur le médecin est relativisé en comparaison avec ses collègues, en retard également. Deuxièmement, les confrères peuvent aider le médecin en retard en lui voyant certains patients lorsqu'ils ont terminé avec les leurs.

Le retard peut avoir une conséquence négative sur le travail en équipe de par les conflits qui peuvent en découler. Certains médecins de notre étude disaient être de mauvaise humeur lorsqu'ils étaient en retard et être parfois désagréable avec le personnel.

1.2.3. Retentissement personnel

Vie personnelle et familiale

Pour beaucoup de médecins, le retard a une influence majeure sur la vie personnelle et familiale. Pour les médecins qui ont des enfants, cela s'exprime par un manque de temps passé avec eux et cela est souvent associé à un sentiment négatif, de déception, d'agacement, chez le praticien.

L'autre impact majeur du retard sur la vie familiale s'avère être les conflits conjugaux qui en découlent. On peut imaginer que ces conflits résultent de l'humeur irritable du médecin en fin de journée ou bien du manque de temps familial qui peut être une souffrance pour le reste des membres de la famille. Un médecin a déclaré avoir divorcé à cause de cela.

Cela peut également avoir un impact sur la vie sociale. D'une part car le retard peut empêcher d'aller à des sorties personnelles avec heure précise (cinéma par exemple), et d'autre part parce que la fatigue que le retard génère ne permet pas au médecin d'envisager une quelconque sortie ou activité personnelle après sa journée de travail.

Cela peut également s'exprimer par un manque de temps au domicile empêchant de réaliser les tâches quotidiennes, celles-ci s'accumulant et prenant ensuite un temps considérable le weekend.

Le retard peut engendrer une accumulation des tâches administratives au cours de la journée. Ces tâches sont alors reportées et ont lieu le soir après les consultations, retardant le retour au domicile, ou sur un jour de repos, empiétant sur le temps personnel.

Pour un médecin, le retentissement personnel et familial était tel qu'il avait abordé le sujet de changer de profession.

Le retard a donc un impact non négligeable sur la vie personnelle et familiale, qui peut être mal vécu. Or, le syndrome d'épuisement professionnel dépend également de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Les conflits entre la vie professionnelle et la vie personnelle (intrusion du travail dans la vie personnelle réduction des loisirs...) exposeront à terme le soignant à l'épuisement émotionnel.⁷⁴

Pour diminuer l'impact que le retard a sur leur vie familiale certains travaillaient sur eux en apprenant à dissocier vie personnelle et vie familiale.

D'autres avaient choisi l'option de travailler à proximité voire directement à domicile pour optimiser leur temps familial en réduisant les pertes de temps annexes (temps de trajet par exemple).

Aspect financier

Le retard et les moyens mis en œuvre pour l'éviter peuvent avoir un retentissement non négligeable sur le revenu du médecin généraliste et ceci au travers de plusieurs mécanismes.

La technique majoritairement citée pour anticiper le retard était le fait de prévoir à l'avance une durée de consultation plus longue en fonction du motif de venue ou du type de patient. Comme nous l'avons vu, les motifs conditionnent la durée de consultation.¹² Ainsi, doubler les créneaux de consultation de certains patients réduit certes le retard mais réduit également le nombre d'actes par jour et donc la recette journalière. Il en est de même pour les emplois du temps avec créneaux vides, réservés à rattraper le retard.

Réduire de manière générale le nombre de consultants par jour pour augmenter la durée de consultation de chacun, chez un praticien rémunéré à l'acte, entraînerait bien évidemment une perte de revenus.

On peut supposer que l'idée de placer les consultations longues en fin de vacation afin qu'elles ne débordent sur aucune consultation sert à diminuer le retard en diminuant l'impact financier.

On peut émettre d'autres hypothèses quant au retentissement financier du retard. Par exemple, du fait du mécontentement de certains patients, le retard du médecin généraliste peut entraîner une perte de patientèle. Or une patientèle réduite peut diminuer les rémunérations. Toutefois, les conséquences financières qu'entraîneraient une perte de patients n'ont pas été évoquées par les médecins de notre étude. Cela peut également être nuancé par le fait que la demande de soins est telle qu'il est envisageable qu'une perte de patient (à un certain degré) n'entraîne pas de perte de revenus.

Enfin, le fait d'avoir un impératif horaire en fin de journée (professionnelle ou personnelle) imposaient aux médecins d'arrêter leurs consultations bien plus tôt car ils prévoyaient leur retard pour déterminer leur heure de fin. Cela les forçait donc à réduire leurs nombres d'actes par jour et donc leur revenu.

1.2.4. Atténuation des conséquences psychologiques négatives du retard

Plusieurs éléments ont été cités par les médecins touchés psychologiquement par le retard comme réduisant cet impact négatif.

L'état psychologique du jour et la manière d'aborder la journée : on peut imaginer que cela dépend aussi du tempérament et de la personnalité du médecin (plutôt détendu, plutôt stressé, plutôt pessimiste...).

Le déroulement de la journée et les événements qui s'y produisent : on peut comprendre qu'une succession d'éléments dramatiques permet de relativiser le retard.

La raison du retard : si le motif du retard est considéré comme justifié (valable par le médecin), il le vit généralement mieux car il se sent utile et donc ne se sent pas fautif ou en échec. Il a le sentiment d'avoir rempli son rôle de médecin traitant et d'avoir aidé le patient.

Quelques médecins ont adopté des techniques pour réduire les conséquences psychologiques négatives du retard en apprenant à gérer leur stress par des thérapies personnelles comme la méditation. D'autres travaillent sur leur psychologie personnelle en cherchant à se convaincre que le retard n'est pas forcément une mauvaise chose. Ainsi ils apprennent à accepter leur retard et à mieux le vivre.

Ces nombreuses conséquences physiques et psychologiques sur le médecin sont responsables d'un changement d'attitude de ce dernier qui entraîne une modification de la prise en charge du patient.

1.3. Conséquences sur la prise en charge

1.3.1. Prise en charge clinique

Durée de consultation réduite

Pour certain, le retard reflète la qualité des soins car il résulte d'une consultation qui s'est prolongée. Pour beaucoup de médecins la durée de consultation est un signe de qualité des soins. La durée moyenne des consultations est également un indicateur de qualité utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le réseau international pour l'usage rationnel des médicaments (INRUD).¹⁵ Ce sentiment est partagé par un bon nombre de patients puisque le temps passé avec le médecin est l'un des éléments de satisfaction le plus important à leurs yeux.¹⁴

Or, notre étude révèle que les médecins touchés par le retard cherchent à le pallier et cela se manifeste principalement par un raccourcissement de la durée de consultation. Cela laisse supposer que la qualité des soins peut en être influencée.

Interrogatoire

Dans notre étude, il apparaît que l'interrogatoire, lorsque le médecin est en retard, peut être modifié de plusieurs façons.

La durée de l'interrogatoire peut être plus courte car de nombreux médecins réduisent le nombre de motifs de consultation à prendre en charge le jour même et réduisent les discussions sociales. Ils sont plus concis et ciblent davantage le motif de venue.

On peut penser qu'un interrogatoire minimisé et pratiqué rapidement puisse être à l'origine d'oublis et potentiellement d'erreurs diagnostiques car l'interrogatoire est une étape phare avant l'examen physique. Le retard peut donc entraîner une prise en charge incomplète du patient (certains motifs n'étant pas traités) et de qualité moindre.

Le lieu de l'interrogatoire peut également être modifié. Il peut avoir lieu directement sur le divan d'examen, faisant disparaître l'étape de l'entretien en face à face au bureau. Le déroulement classique d'une consultation se trouve donc changé. Le patient pourrait avoir l'impression que le médecin gagne du temps sur sa consultation, et pourrait en être insatisfait. Cela peut donc avoir une influence supplémentaire sur la relation médecin-malade.

Le retard entraîne donc un interrogatoire souvent plus bref, qui peut être à l'origine d'erreurs diagnostiques.

Examen clinique

Certains médecins écourtaient également leur examen clinique en le réalisant de manière moins approfondie. Cette donnée est également retrouvée dans l'étude de Nicolas CHRISTOPHE.³² Cela se manifestait par un déshabillage des patients moins fréquent ou l'omission de certaines composantes de l'examen comme la prise de constantes par exemple. On peut penser que la réduction du temps d'examen peut s'avérer négative sur l'adhésion du patient et la relation médecin malade car Gashignard et al disaient que le temps de l'examen permettait la construction d'une relation de confiance entre le patient et le médecin et était déjà thérapeutique en soi.⁷⁵ Un examen trop rapide peut également être source d'oublis et donc d'erreurs médicales

Il est intéressant de noter que, dans notre étude, certains médecins écourtaient leur examen clinique à cause du retard mais s'apercevaient par la suite qu'ils avaient omis un élément de leur examen et devait donc retourner à l'examen clinique, ce qui

pouvait finalement majorer leur retard. Cela rejoint ce qui a déjà été évoqué dans l'enquête à savoir qu'à vouloir rattraper le retard, il est possible d'en prendre plus.

Le retard peut conduire à un examen clinique écourté, succinct, pouvant faire passer le médecin à côté d'éléments primordiaux.

1.3.2. Prise en charge thérapeutique

Notre étude a montré que le retard avait un impact sur la prescription, que ce soit la prescription médicamenteuse ou celle d'examen complémentaires.

Prescription médicamenteuse

Elle peut être modifiée en quantité et en qualité.

Beaucoup de médecins disaient prescrire plus lorsqu'ils étaient en retard. Cela s'explique par le fait qu'une prescription peut s'avérer plus rapide que des explications de physiopathologie ou de refus. Ainsi plusieurs médecins prescrivaient des médicaments à visée symptomatique pour raccourcir leur consultation, pratique qui n'était pas mise en place quand ils étaient à l'heure. Ce comportement pourrait traduire une attitude de « compensation » du médecin par rapport à son patient, la prescription se substituerait au temps consacré au malade. De nombreux travaux ont confirmé que des durées de consultations courtes étaient responsables de sur-prescriptions.¹⁵ Toutefois, on retrouve également la relation inverse dans une étude de la DREES¹² : c'est lorsque les séances sont les plus longues que le médecin prescrit aussi le plus, ce qui suggère l'existence non pas d'une substitution mais d'une complémentarité. Peut-être que ces consultations plus longues avec davantage de prescriptions correspondent à des cas plus complexes ou des situations avec plusieurs motifs à traiter.

En termes de qualité, la répercussion a davantage lieu sur les oublis. Travailler dans la précipitation peut entraîner des oublis de certains traitements. Ce travail a également révélé une modification de la prescription des antibiotiques en cas de retard. Certains disaient en prescrire plus, on peut voir en cela une manière d'écourter la consultation et de ne pas passer trop de temps à réfléchir sur une situation douteuse. Il a en effet été démontré qu'un médecin fatigué, très occupé ou en retard était plus à risque de prescrire des antibiotiques de manière inappropriée.⁷⁶ Les consultations courtes sont souvent responsables d'abus d'antibiotiques,¹⁵ l'enjeu de santé publique est donc conséquent.

En revanche, certains médecins de notre étude disaient en prescrire moins, on peut imaginer qu'en donnant simplement des conseils thérapeutiques oraux, le temps de la rédaction de l'ordonnance était économisé.

Par ailleurs, travailler sous la pression du retard entraînait parfois des ordonnances illisibles ou avec des oublis sur certains détails rédactionnels (posologie, durée, etc.). Or, de nombreuses erreurs médicamenteuses graves sont dues à des ordonnances

illisibles ou incompréhensibles. De plus, elles génèrent potentiellement une interruption de travail car le pharmacien doit prendre contact avec le médecin prescripteur. De telles interruptions des flux de travail peuvent potentiellement entraîner de nouvelles erreurs par distraction.⁷⁷

Par ailleurs, certains médecins de l'étude ont cité le souhait de moins prescrire comme cause de retard, en allongeant leur temps de consultation, disant privilégier la thérapie par la parole. Selon eux, l'écoute serait une thérapie bien plus bénéfique que certains traitements médicamenteux et le service rendu au patient serait meilleur. Cela ne va pas dans le sens de l'étude de le DREES qui disait que c'était lors de séances plus longues que le médecin prescrivait plus.¹² Ce qui est intéressant c'est que ces médecins étaient ambivalents dans leurs discours : ils disaient vouloir prendre leur temps avec leur patient afin d'éviter de les surmédicaliser, ce qui les mettait en retard, mais disaient également qu'une fois en retard, ils prescrivaient davantage et de manière moins bien adaptée. Le souhait initial de moins prescrire entraînait donc une augmentation des prescriptions.

Le retard entraîne une modification de la prescription médicamenteuse tant en quantité qu'en qualité. Il est également source d'erreurs médicales avec des ordonnances parfois incomplètes ou illisibles.

Prescriptions d'examens complémentaires

Le retard entraîne une modification de la prescription d'examens (de biologie ou d'imagerie) que ce soit en termes de quantité ou de pertinence. Beaucoup de médecins disaient préférer prescrire plutôt que d'expliquer au patient qu'il n'y avait pas forcément d'intérêt à réaliser l'examen. On peut imaginer que cela leur fasse gagner à la fois du temps d'explications, du temps de réflexion (en repoussant le problème à la fois suivante), et du temps d'examen car ils prescrivaient parfois sans réexaminer le patient.

Dans la littérature, il n'a pas encore été établi de relation significative entre la durée de consultation et la prescription d'examens complémentaires,¹⁵ et encore moins entre le retard des médecins et leur taux de prescriptions.

Le principal impact de cela est économique avec des actes coûteux prescrits parfois hors recommandations. Dans une moindre mesure, on peut imaginer les conséquences néfastes d'une exposition du patient aux examens d'imageries ionisants sans raisons justifiées.

Le retard entraîne une sur-prescription d'examens complémentaires.

1.3.3. Prise en charge générale

Communication et relation médecin-malade

Plusieurs médecins de notre étude ont déclaré avoir une communication différente lorsqu'ils étaient en retard. Cela entraîne une modification de la relation médecin-malade. Beaucoup disaient être plus brefs, voire expéditifs, essayant de rattraper leur retard sur la partie non médicale de la consultation. Cela rejoint l'étude de Clara METOIS sur le retard des médecins généralistes d'un point de vue du patient : 24,4% des patients interrogés ont déclaré que le médecin en retard allait chercher à rattraper son retard en écourtant la consultation et en étant expéditif.⁹ Or, il est démontré que les consultations de durées courtes sont plus souvent responsables de communication de moins bonne qualité avec les patients.¹⁵

Certains médecins avaient parfois un discours plus direct, plus cru et osaient plus facilement dire « non », refusant plus aisément certaines demandes des patients. Ceci pouvait être mal perçu par ces derniers.

Cela pouvait également s'exprimer de manière non verbale, avec des attitudes fermées contraignant le patient à écourter son discours.

Cela peut également se manifester par une moins bonne écoute de la part du médecin, ce qui peut être source d'erreurs médicales. Cette idée avait déjà été soulevée dans le travail de Clara METOIS : selon 12 % des patients de son enquête le médecin en retard risquait d'être moins disponible et moins à l'écoute et pour 4,2% d'entre eux il pouvait moins bien prendre en charge le patient ou oublier des choses importantes.⁹

Il arrivait que le patient exprime son mécontentement face à l'attente, et certains médecins répondaient à ces remarques. Ceci pouvait être à l'origine de tensions entre le soignant et le soigné. La relation médecin-malade est parfois impactée par le retard d'une manière telle qu'elle entraîne un changement de médecin par le patient.

Les recherches de Clara METOIS confirment ces dires. Le stress et l'énerverment des patients face au retard de leur médecin a été la notion la plus fréquemment retrouvée dans son étude. 4,7% des patients interrogés ont pensé que le retard et l'attente modifiaient la relation médecin-malade en raison du manque de sérénité. Certains patients ont avoué être moins aimables dans ces conditions.⁹

Par ailleurs, il est retrouvé que l'attente peut modifier les comportements des patients. Cela peut s'exprimer par de l'agressivité et une perte de confiance en leur médecin. On peut comprendre que ces deux attitudes puissent modifier la relation médecin-malade.³²

Mais il est également retrouvé dans la littérature que l'attente peut engendrer chez certains patients du respect pour leur médecin et certains essaient même de faire gagner du temps au médecin pour qu'il rattrape son retard.³² La relation médecin-

malade peut donc être modifiée par le retard, mais pas uniquement de manière négative. Dans l'étude de Nicolas CHRISTOPHE, il est retrouvé que le temps d'attente est un critère de choix de leur médecin traitant pour seulement 25% des patients, et que seulement 15% d'entre eux changeraient de médecin à cause d'un temps d'attente qui ne leur conviendrait pas.³² On peut aussi imaginer que la patientèle finit par s'adapter au retard du médecin et à l'accepter.

La majorité des médecins s'efforçaient de masquer leur ressenti face au retard afin que cette relation ne soit pas altérée. Plusieurs praticiens, pour maintenir une bonne relation médecin-malade, s'excusaient de leur retard. D'autres n'en voyaient pas la nécessité, considérant qu'ils n'avaient rien à se reprocher. Un médecin disait utiliser l'humour et le sarcasme pour préserver la relation médecin-malade. Certains d'entre eux tentent de rendre plus agréable l'attente des patients pour diminuer leur mécontentement en proposant aux adultes de quoi s'occuper et aux enfants de quoi jouer. On retrouve en effet dans la littérature qu'une occupation pendant le temps d'attente des patients permet de réduire leur insatisfaction et d'améliorer le vécu de cette attente.⁷⁸

La relation médecin-malade particulière que l'on retrouve en médecine générale avec les discussions propres au médecin de famille peut générer du retard et cette relation si particulière peut ensuite être altérée par le retard accumulé.

Les motifs de venue

Les motifs de venue des patients sont à la fois une cause de retard mais peuvent également être impactés par ce dernier.

Les médecins de l'étude ont été quasi unanimes à dire que les consultations pour les patients atteints de pathologies psychologiques ou psychiatriques prenaient plus de temps que d'autres types de consultations. Ont été citées aussi les consultations avec gestes techniques, les consultations gynécologiques, les consultations d'annonce ou les cas médicaux complexes, ce qui est conforme à ce qui est retrouvé dans la littérature.¹² On retrouve également que les consultations aux multiples motifs sont une cause de consultations prolongées et donc de retard éventuel, ce qui allait dans le sens des autres études.¹²

Mais le retard a également un impact sur ces motifs, la principale conséquence étant l'absence de prise en charge ou la prise en charge incomplète de ces derniers. Beaucoup de médecins ne traitent pas tous les motifs de venue lorsqu'ils sont en retard. Certains repoussaient des demandes lorsque le patient se présentait avec une liste importante de doléances.

On peut imaginer que cela puisse entraîner une certaine frustration de la part du patient, et une prise en charge jugée insatisfaisante. Cela peut nuire à la relation médecin-malade.

Prise en charge globale

Pour beaucoup de médecins de l'étude, la prise en charge globale du patient était modifiée par le retard.

Le manque de temps que générerait le retard empêchait la prise en charge complète régulière des maladies chroniques par exemple. Il est en effet avéré que des consultations plus longues permettent une meilleure prise en charge du patient, on retrouve par exemple moins d'hospitalisations pour diabète lorsque la consultation est longue.¹⁵

Face au retard, plusieurs médecins repoussaient ce suivi à une consultation ultérieure. Cela peut être problématique pour le patient car certains examens sont à réaliser de manière très régulière (trimestrielle ou annuelle par exemple), le fait de repousser à une consultation suivante peut faire prendre du retard dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique. De plus, nous pouvons penser qu'au prochain rendez-vous le médecin risque d'être de nouveau en retard et risque de repousser une nouvelle fois le suivi global du patient.

En ce qui concerne la prévention, la promotion à la santé ou le dépistage, l'une des conséquences du retard était que ces éléments n'avaient pas lieu ou de manière très succincte. Ceci a une conséquence sur le patient lui-même avec des risques pour sa santé, potentiellement évitables, et peut également avoir un coût pour la société dans le sens où la prévention primaire est une économie de santé comparativement aux traitements curatifs.

Il en est de même pour l'éducation thérapeutique qui peut disparaître lorsque le médecin est en retard. Cela peut être nuisible au patient s'il s'en suit une prise de traitement incorrecte, faute d'éducation préalable. Il existe des preuves suggérant que des consultations plus longues améliorent la promotion de la santé et l'habilitation des patients.¹⁵

<p>En cas de retard, le patient est moins bien pris en charge dans sa globalité. La prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique sont des éléments de consultation primordiaux qui peuvent disparaître lorsque le médecin est en retard.</p>

Explications données au patient et compréhension

Les explications données aux patients sont parfois réduites lorsque le médecin est en retard. Cela peut entraîner une incompréhension des patients. On peut aussi imaginer que cela puisse avoir un impact sur la bonne observance des patients et leur adhésion à la prise en charge. De nombreuses études ont travaillé sur le sujet et ont souligné l'importance de l'attitude du médecin sur l'observance thérapeutique de leur patient. Il est dit que la qualité de la relation et la force de persuasion du médecin vont indiscutablement influencer l'observance thérapeutique.⁷⁹ D'autre part, un manque d'explications peut entraîner des erreurs thérapeutiques par incompréhension de ce dernier.

Les explications données au patient peuvent prendre du temps et donc être causes de retard, mais peuvent également être altérées par le retard entraînant une mauvaise observance et une moins bonne prise en charge thérapeutique.

Autres retentissements sur le patient

Le retard peut avoir un impact sur l'état physique du patient : ceux ayant attendu longtemps peuvent être plus énervés voire hypertendus. Cela pourrait avoir une influence sur la prise en charge en donnant lieu à l'instauration d'un traitement antihypertenseur sans réelle hypertension. 4.7 % des patients de l'étude de Clara METOIS avaient déclaré que le stress et l'attente pouvaient faire monter leur tension artérielle.⁹

Le retard peut empêcher le patient de se procurer ses médicaments rapidement. Notre étude a révélé que du fait du retard des médecins, il arrivait que les patients quittent le cabinet à des heures où les pharmacies n'étaient plus ouvertes, retardant l'initiation de leur traitement.

Le retard du médecin peut amener les patients à arriver en retard. On imagine que les patients anticipent le retard habituel de leur médecin et adaptent leur heure de venue en fonction. Le retard des patients est donc à la fois une cause de retard et une conséquence de ce dernier.

Interruptions

Les interruptions intempestives peuvent être causes et conséquences du retard. Les interruptions peuvent être une cause de retard à la fois pour les médecins détenteur d'un secrétariat mais aussi pour ceux qui n'en ont pas. En effet, quelques secrétariats ne parviennent pas à filtrer certains appels qui finissent par venir perturber la consultation du praticien. Mais nous pouvons tout de même supposer qu'avoir un secrétariat diminue ce genre d'interruptions et donc diminue le retard qui y est lié. D'autres interruptions ont été évoquées comme celles induites par les patients entre 2 consultations, pour remplir rapidement un document ou montrer des résultats par exemple.

On peut imaginer encore une fois que les médecins possédant un secrétariat sont moins dérangés par ce genre d'évènements car le secrétariat s'avère être un obstacle entre le patient et le médecin, pouvant ainsi empêcher (ou du moins diminuer) ces interférences (en prenant un message pour le médecin ou en disant au patient de prendre rendez-vous pour une consultation dédiée par exemple).

Une enquête menée par l'URPS d'Ile de France en 2010⁸⁰ confirme l'argument que les médecins sont très souvent interrompus par les appels téléphoniques. Ils nuancent toutefois l'idée que ces interruptions soient modifiées par l'existence d'un secrétariat. Selon eux, les médecins répondent, chaque jour, directement à environ 15 appels téléphoniques d'une durée moyenne de 2 minutes 12 secondes, qu'ils aient ou non un secrétariat téléphonique. A noter que 33 % de ces appels reçus ont

pour motif une demande de conseils ou d'avis sur des résultats d'examens. Cela pourrait être évité en prenant rendez-vous pour une consultation spécifique.⁸⁰

Parallèlement, les interruptions sont également une conséquence du retard. Par manque de temps, les médecins donnent souvent moins d'explications à leur patient. Cela peut engendrer une incompréhension de leur part, ou des oublis, les faisant reprendre contact avec le praticien pour demander des compléments d'informations.

D'autre part, du fait du retard, les prescriptions sont parfois rédigées trop rapidement, entraînant des oublis ou des erreurs. Le pharmacien peut donc rappeler le praticien ce qui l'interrompt dans sa consultation et lui fait prendre du retard.

Les interruptions de consultations sont à la fois causes de retard et conséquences.

Tâches simultanées et risques d'oublis

Notre étude montre que les médecins tentent d'effectuer plusieurs tâches de manière simultanée pour rattraper leur retard (passer la carte vitale en même temps que l'interrogatoire par exemple). On peut supposer que cette multiplicité des tâches puisse être source d'erreurs car la concentration consacrée à chacune des tâches de manière respective n'est pas complète. Cela peut potentiellement générer des oublis sur la prise en charge du patient.

Administratif et social

L'activité administrative du médecin généraliste peut être génératrice de retard car les dossiers à remplir requièrent beaucoup d'informations et donc beaucoup de temps. Une étude de la DREES avait en effet montré que seulement 80 % du temps de travail des médecins généralistes correspondrait à une activité de soins contre 20% de temps de formation continue ou d'activités administrative.^{8,9}

Certains médecins l'anticipaient prévoyant des consultations dédiées avec le laps de temps nécessaire à la réalisation de celle-ci, afin de ne pas être mis en retard par ces tâches administratives.

Une fois en retard, plusieurs médecins disaient ne pas réaliser ces tâches administratives. Cela peut avoir des conséquences sur le médecin et sur le patient. Pour le patient, cela entraîne un retard de prise en charge sur le plan administratif, et pour ce qui est du médecin cela impacte sur sa qualité de vie car ces tâches administratives sont souvent reportées sur son temps personnel.

Le travail administratif peut donc être cause de retard et être également impacté par ce dernier.

Tenue du dossier

Notre étude nous apprend que la tenue du dossier est modifiée lorsque le médecin est en retard. Il est possible que les éléments notés soient plus succincts, ou qu'il n'y ait rien d'annoté du tout, par oubli du médecin ou manque de temps. On peut supposer que cela puisse avoir un impact sur la continuité des soins lorsque la traçabilité des actes n'est pas optimale. Cela est cohérent avec les études qui révèlent que les consultations plus longues améliorent la qualité de la tenue des dossiers.¹⁵

Qualité des soins

Le retard a donc des conséquences sur la qualité des soins. Pour la plupart des médecins interrogés, l'influence du retard sur la qualité de leurs soins était négative. Ils déclaraient être moins performants. On peut comprendre que travailler dans la précipitation, dans un laps de temps raccourci, majore le risque d'effectuer un travail de moins bonne qualité. A noter qu'un médecin de l'étude a déclaré mieux travailler sous la pression, ce qui montre les différences interpersonnelles de réactions au stress.

Le retard peut donc avoir un impact considérable sur la qualité des soins entraînant un interrogatoire et un examen clinique raccourcis potentiellement sources d'oublis, des prescriptions moins pertinentes, une prise en charge globale incomplète, et une relation médecin-malade parfois détériorée.

Potentialisation des conséquences

Nous avons discuté les résultats de cette étude au travers de deux grands axes : les conséquences sur le médecin et les conséquences sur sa prise en charge médicale. Toutefois, on remarque que ces deux axes sont intriqués et que plusieurs conséquences se potentialisent.

Comme nous l'avons vu, certains médecins disent devenir irritables lorsqu'ils sont en retard (conséquences sur le médecin) ce qui peut être ressenti par le patient et générer une mauvaise relation médecin malade. Or, une mauvaise relation médecin malade peut entraîner une moins bonne observance (conséquences sur la prise en charge).

Autre exemple, le retard empêche le médecin de remplir les dossiers administratifs des patients en temps imparti (conséquence sur la prise en charge) ce qui peut le contraindre à effectuer cette tâche sur son temps personnel (conséquences sur le médecin).

1.4. Absence de retentissement

L'étude a révélé deux attitudes distinctes des médecins face au retard : ceux qui cherchent à le pallier et ceux qui poursuivent leur journée sans y prêter attention. On peut supposer que ces deux réactions dépendent du ressenti et de la manière dont ces médecins vivent leur retard. Ceux qui cherchent à le pallier sont probablement touchés (eux ou leur prise en charge) d'une manière qu'ils estiment négative, tandis que ceux qui n'y prêtent pas attention n'en subissent pas les conséquences.

Il est important de souligner que quelques médecins de l'étude ont dit ne pas être touchés par le retard. On ne retrouvait aucune des répercussions psychologiques citées ci-dessus. Leur attitude personnelle et leur prise en charge vis-à-vis du retard n'étaient donc pas modifiées, que ce soit sur le plan clinique, thérapeutique ou au niveau de la relation médecin malade.

Il paraît facile à comprendre que les médecins qui ne sont pas affectés personnellement par le retard ne modifient en rien leur prise en charge.

On peut imaginer que le fait que le retard n'ait aucune influence sur certain médecin soit en lien avec :

- L'expérience et l'âge du médecin,
 - La personnalité du médecin (peut-être cela concerne-t-il plutôt les médecins au tempérament calme et détendu),
 - Le caractère justifié du retard et la notion d'inhérence à la médecine générale
- On peut imaginer que le fait que le médecin considère le retard comme faisant partie intégrante de la profession de médecin généraliste lui permet une acceptation complète du retard et sans conséquence négative.

1.5. Solutions face au retard

Plusieurs médecins ont envisagé des solutions pour diminuer leur retard. Cela témoigne de l'impact considérable que le retard peut avoir sur le médecin et sur la prise en charge du patient.

Certains médecins ont décidé de prendre un collaborateur sur leur jour de repos afin de répartir la demande de soins dans la semaine, diminuant ainsi le nombre de consultations par jour.

Certains aimeraient diminuer le nombre de patients par jour pour augmenter la durée de chaque consultation mais cela s'avère compliqué sur le plan financier et vis-à-vis de la demande de soins importante avec le manque de médecins.

Certains mettent en place quelques journées de consultations libres pour faire front à la demande importante. Cela répartit les demandes de sortes à ce que les jours sur rendez-vous soient plus cadrés. Il est en effet prouvé que les séances sur rendez-

vous sont plus longues de 9 % que celles sans rendez-vous.¹² Des journées de consultations sans rendez-vous permettent donc de répondre plus rapidement à un plus grand nombre de demandes. On peut imaginer que cette différence de durée de consultation est probablement due au fait que les consultations sans rendez-vous concernent bien souvent des motifs urgents plus rapides à traiter.

Heaney et Al¹⁶ proposaient d'insérer 2 ou 3 créneaux de consultations vides au milieu de la journée pour rattraper le retard mais nous avons vu dans cette étude que plusieurs médecins qui avaient adopté cette méthode, avaient tout de même du retard.

2. Forces et limites de l'étude

Ce travail possède plusieurs atouts :

- Le thème du retard du médecin était original et peu étudié dans la littérature. A notre connaissance, aucune étude n'a fait état des conséquences du retard sur le médecin et sur sa prise en charge.
- Sa méthodologie adaptée au type d'étude. Au vu des objectifs de l'enquête et des résultats subjectifs auxquels nous pouvions nous attendre, la méthode qualitative était la plus adaptée. En qualitatif, deux approches peuvent être envisagées : les focus groups ou les entretiens individuels. Nous avons opté pour les entretiens individuels car nos questions avaient parfois attiré à des éléments très personnels, parfois gênants pour les médecins, et poser ces questions en public, avec la peur d'être jugé, aurait pu entraîner un biais d'information.
- Un autre point positif de l'étude est l'échantillonnage très diversifié qui a été obtenu. L'échantillon était varié en fonction des âges des médecins (toutes les classes étaient représentées, allant de 31 ans à 71 ans), de leur sexe, de leur lieu d'installation (rural, semi-rural ou urbain), de leur durée d'installation et de leur type d'activité (seul ou en groupe). Les médecins ont également été choisis en fonction d'éléments ayant un lien avec le retard, on avait donc dans notre échantillonnage des médecins avec secrétariat et des médecins n'en possédant pas, ainsi que des médecins informatisés ou non.
- Le guide d'entretien a été réalisé de manière à s'informer au préalable sur les caractéristiques du retard et ses causes, puis enfin ses conséquences car les deux sont indissociables. Comme nous l'avons vu, beaucoup de causes sont à la fois conséquences et inversement. Ce guide avait pour avantage d'être complet sans être trop directif. En effet, les questions posées restaient neutres, sans préjugés, et ouvertes, permettant à l'intéressé de répondre librement.

- Un autre élément d'importance se trouve être la retranscription des verbatims qui a été faite minutieusement, mot à mot, incluant les attitudes physiques (rire, hésitations, pauses...).
- La longueur et la richesse des entretiens a permis l'obtention de la saturation des données en 12 entretiens, ce qui témoigne de l'aboutissement de l'étude.
- En ce qui concerne l'analyse, le codage a été réalisé au fur et à mesure du recueil de données, permettant de modifier le guide d'entretien tout au long de l'étude, ce qui est un élément de qualité. De plus, un double codage des premiers entretiens a été réalisé par un autre interne, permettant une triangulation de l'analyse et un renforcement de la validité des résultats.
- La validité extrinsèque de l'étude : la cohérence avec les données de la littérature montrait la validité externe de notre travail.

Mais cette étude possède également des faiblesses :

- Comme dans toute étude qualitative, bien que notre échantillon soit diversifié, les résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble des médecins généralistes car non représentatifs.
- Un entretien a eu lieu par téléphone avec enregistrement simultané. Cela a pu potentiellement faire perdre des éléments d'attitudes physiques du médecin (soupirs, gestuelle...) qui auraient pu être interprétés.
- Peut-être aurait-il été intéressant d'interroger quelques médecins qui n'étaient jamais en retard. Cela aurait pu nous éclairer d'une manière différente sur les conséquences ressenties par les médecins en retard.
- Le biais de déclaration : malgré le choix des entretiens semi dirigés plutôt que des focus groups, nous pouvons toujours nous demander si les médecins ont été totalement transparents, nous faisant part avec sincérité de leurs pratiques et ressentis.
- Le biais d'investigation : étant novice dans la réalisation d'étude qualitative, on peut supposer que ce manque d'entraînement ait pu avoir quelques peu diminué la force de l'étude.

3. Perspectives

Au vu de l'état actuel de la démographie médicale et des éléments liés au retard que nous avons explorés, nous pouvons supposer que le retard, qui est déjà un concept ancien, ne cessera de croître dans les années futures.

- Le vieillissement de la population va entraîner une augmentation des consultations longues et des visites à domicile.⁶³
- La féminisation du corps médical peut également allonger la durée de consultation.¹²
- L'installation de plus en plus tardive des médecins⁸¹, va diminuer le gain de temps que l'expérience et la connaissance de sa patientèle permet.

- L'inadéquation entre la demande de soins et l'offre proposée, de par le manque de médecins, sera également un élément qui fera perdurer le retard.

Nous avons vu grâce à cette étude que le retard peut avoir des conséquences physiques, psychologiques et familiales sur le médecin ainsi que sur la prise en charge du patient.

Il serait donc intéressant d'envisager de travailler sur des solutions pour diminuer le retard dans l'objectif de diminuer ses conséquences. Nous avons également vu que le retard était étroitement lié à la médecine générale, quasiment inévitable car de nombreuses causes restent imprévisibles, il serait donc utopique d'espérer le faire disparaître entièrement.

Toutefois, au vu de nos résultats, pour contrebalancer les effets négatifs nous pourrions envisager :

- D'augmenter le nombre de médecins pour diminuer le nombre de patients par jour. Mais se poserait alors la question de l'aspect financier comme cela a été évoqué dans l'étude. Peut-être pourrions-nous revaloriser le tarif de la consultation de médecine générale ou modifier le mode de rémunération (forfaits, capitation...).
- Encourager les consultations libres. On peut imaginer que sans contraintes horaires, le médecin ne subirait pas les retentissements psychologiques suscités. Toutefois, certains médecins de notre étude avaient dit qu'ils risquaient d'être davantage stressés par les consultations libres. On peut supposer que le fait de ne pas savoir à l'avance le nombre de patients attendus pourrait être responsable d'une autre forme de stress, de retentissements psychologiques différents et d'un autre type de journées qui serait tout aussi aléatoire. Avec les consultations libres, il serait encore plus difficile de prévoir des rendez-vous en fin de journée par exemple. Par ailleurs, la qualité des soins risquerait d'en pâtir. Une étude révèle en effet qu'en Chine par exemple, il n'existe pas de consultations sur rendez-vous. Les médecins voient environ 90 patients par jour de manière très rapide mais cette étude montre que la qualité des soins y est moins bonne.¹⁵
- Favoriser le travail en groupe, parce qu'il permet d'atténuer les conséquences psychologiques du retard mais également de diminuer le retard en lui-même puisque de nombreux associés voient les patients de leurs confrères lorsque ces derniers sont en retard.
- Encourager la délégation de tâches en ayant par exemple une infirmière par cabinet de groupe qui s'occuperait de faire certaines parties de l'examen (prises de constantes, bandelettes urinaires, streptatest, etc).
- Faciliter le remplissage des dossiers administratifs comme les dossiers MPDH ou APA en attribuant au médecin uniquement la partie médicale et en la réduisant au strict nécessaire.
- Mettre l'accent sur l'éducation thérapeutique.

Au niveau local, avec le médecin traitant qui expliquerait à ses patients les motifs nécessitant réellement une consultation, bien que ce temps d'éducation puisse le mettre en retard.

Au niveau national, en sensibilisant davantage les patients aux différentes thérapeutiques et examens existants et aux situations les nécessitant objectivement. Cela permettrait de diminuer les demandes des patients auxquels certains médecins répondent positivement lorsqu'ils sont en retard, et qui augmentent les coûts de santé inutilement.

- Développer l'outil informatique et les logiciels d'aide à la prescription qui optimiseraient l'efficacité de prescription et éviteraient les erreurs ou oublis.

Ces solutions, discutables, pourraient éventuellement permettre de diminuer le retard et ses conséquences.

CONCLUSION

Les hypothèses initiales de cette étude ont été confirmées : le retard peut avoir un retentissement sur le médecin et sur sa prise en charge.

Les conséquences sur le médecin sont de trois types : psychologiques, physiques et sociales.

Toutefois, certains médecins ont réfuté nos hypothèses initiales en déclarant ne pas être impactés par le retard.

L'étude sur le retard des médecins généralistes du point de vue des patients⁹ avait affirmé que l'augmentation du temps d'attente était à l'origine d'une baisse de la satisfaction des patients. En confrontant ces résultats aux nôtres, nous pouvons conclure que face au retard, les deux parties peuvent en avoir un vécu négatif, tant le médecin que le patient. De plus, la prise en charge médicale du patient peut être altérée.

Ces résultats vis-à-vis de la santé du médecin et de celle des patients sont inquiétants. Dans un souci d'amélioration perpétuelle des soins et face aux préoccupations actuelles de la santé des médecins, il serait judicieux de poursuivre les recherches sur ce sujet.

Peut-être serait-il possible de trouver des solutions pour réduire au maximum ce retard afin que le vécu du médecin et la prise en charge du patient s'en portent mieux.

Il pourrait être intéressant de compléter ce travail par une étude sur les médecins généralistes ayant pour habitude d'être toujours à l'heure. Comment y parviennent-ils ? Comment le vivent-ils ? Leur ponctualité actuelle est-elle en lien avec un retard habituel passé qu'ils n'auraient plus supporté ?

Cela pourrait éventuellement nous éclairer sur les solutions potentielles à mettre en place.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

BVA (*institut BVA*) : Brulé, Ville et Associés

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CLCV : Consommation Logement Cadre de Vie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CMU : Couverture Maladie Universelle

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

FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant

IMC : Indice de Masse Corporelle

INRUD : International Network for the Rational Use of Drugs

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MPA : Majoration pour Personnes Agées

MSU : Maitre de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

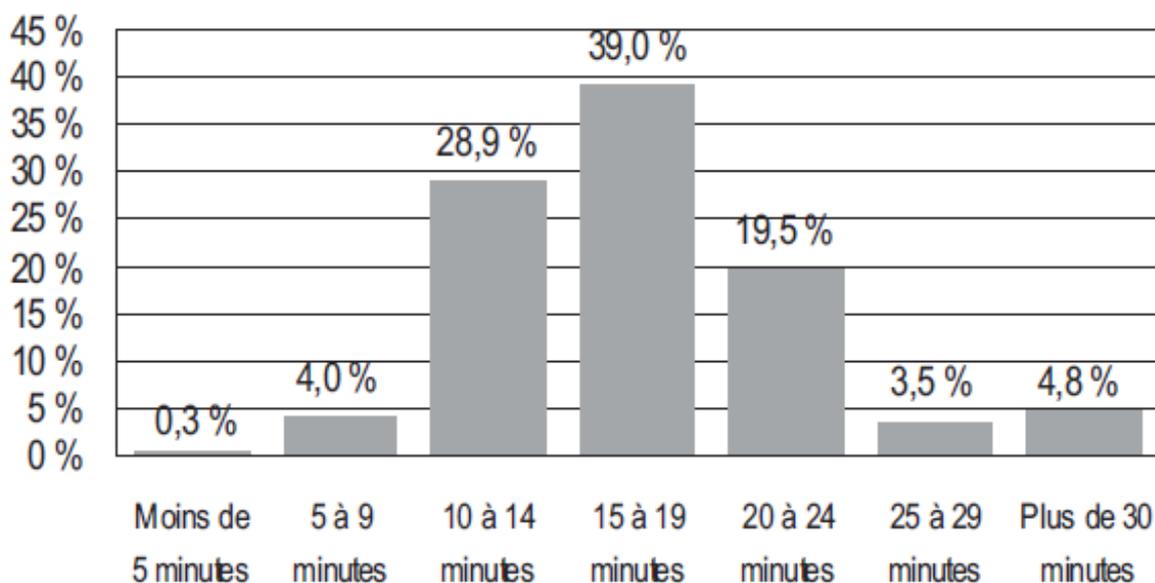
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

LISTE DES FIGURES



Lecture : 39 % des séances étudiées ont duré entre 15 et 19 minutes.

Figure 1. Distribution des séances des médecins généralistes français selon leur durée, d'après la DREES.¹²

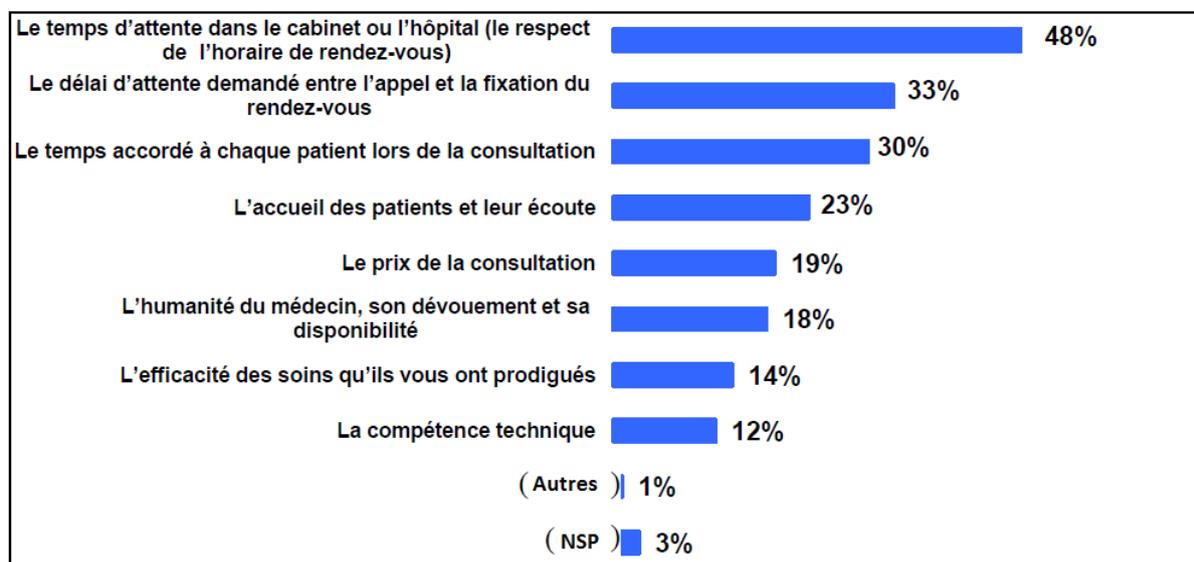


Figure 2. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine.³⁵

Réponses à la question « à partir de votre propre expérience, quels seraient parmi les aspects ci-dessous, ceux sur lesquels les médecins généralistes devraient le plus s'améliorer ? »

LISTE DES TABLEAUX

Surgery size (no. of patients)	Queue number (mean consultation time in minutes (no. of patients))					Total
	0-5	6-8	9-11	12-14	15+	
0-5	10.2 (625)	—	—	—	—	10.2 (625)
6-8	8.1 (1335)	8.8 (582)	—	—	—	8.3 (1917)
9-11	8.4 (2485)	8.1 (1491)	8.4 (1027)	—	—	8.3 (5003)
12-14	7.9 (2090)	7.9 (1254)	8.1 (1254)	8.0 (774)	—	8.0 (5372)
15+	7.2 (1705)	7.1 (1023)	7.2 (1023)	6.7 (1022)	6.6 (1267)	7.0 (6040)
Total	8.1 (8240)	7.9 (4350)	7.9 (3304)	7.3 (1796)	6.6 (1267)	7.9 (18 957)

Tableau 1. Temps moyen de consultation en fonction de la longueur de la liste de patients et leur place dans cette liste d'après Heaney et al.¹⁶

Surgery size (no. of patients)	Queue number (mean waiting time in minutes (no. of patients))					Total
	0-5	6-8	9-11	12-14	15+	
0-5	10.0 (602)	—	—	—	—	10.0 (602)
6-8	9.4 (1333)	14.7 (581)	—	—	—	11.0 (1914)
9-11	9.5 (2470)	14.6 (1480)	17.8 (1014)	—	—	12.7 (4964)
12-14	9.3 (2081)	15.0 (1246)	17.7 (1246)	20.5 (762)	—	14.2 (5335)
15+	9.1 (1690)	14.9 (1018)	17.3 (1018)	20.5 (1018)	21.7 (1258)	16.0 (6002)
Total	9.4 (8176)	14.8 (4325)	17.6 (3278)	20.5 (1780)	21.7 (1258)	13.9 (18 817)

Tableau 2. Temps d'attente moyen avant consultation en fonction de la longueur de la liste de patients et leur place dans cette liste d'après Heaney et al.¹⁶

	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Sexe	Femme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme
Age	33 ans	43 ans	31 ans	47 ans	66 ans	71 ans
Durée d'installation	1 an	13 ans	4 ans	3 ans	38 ans	41 ans
Rural / Urbain	Rural	Semi-rural	Urbain	Semi-rural	Semi-rural	Semi-rural
Seul / groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Seul
Secrétariat	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Informatisation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Consultations par jour	30	20	30-32	30	25	40
MSU	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Sexe	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme
Age	62 ans	62 ans	51 ans	37 ans	37 ans	38 ans
Durée d'installation	34 ans	34 ans	18 ans	7 ans	2 ans ½	5 ans
Rural / Urbain	Urbain	Urbain	Semi-rural	Rural	Urbain	Rural
Seul / groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe	Groupe
Secrétariat	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Informatisation	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Consultations par jour	25-30	30	25-30	16	25	20-25
MSU	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui

Tableau 3. Caractéristiques du panel de médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlas de la Démographie médicale en France. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2017.
2. Krucien N, Le Vaillant M. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? Questions d'économie de la Santé. 2011 Mar;(163).
3. ARS Normandie. (page consultée le 07/07/2018) L'agence régionale de santé Normandie arrête le nouveau zonage médecin [en ligne]. <https://www.normandie.ars.sante.fr/lagence-regionale-de-sante-de-normandie-arrete-le-nouveau-zonage-medecin>.
4. Atlas de la Démographie médicale en France. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016.
5. Micheau J, Molière E. Activité et emplois du temps des médecins libéraux. DREES Série Études et Recherches. 2010;n°98. Commandité par le Ministère du Travail, de la Santé et du Budget.
6. Bachelet M, Mikol F, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N. Les conditions de travail des médecins généralistes. Dans : Portrait des professionnels de santé (DREES). Edition 2016.
7. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Etudes et Résultats. 2012 Mars ; n°797.
8. Micheau J, Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossier solidarité et santé. 2010;17(15).
9. Métois C. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2013.
10. Doctolib. Comment travaillent les médecins généralistes ? Avril 2017.
11. Gallais J. Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales. Doc. Rech. Med. Gen-SFMG. 1994;1–107.
12. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats (DREES). 2006;481.
13. Marshall M, Campbell S, Roland M, Hacker J. Quality indicators for common general practice problems. London: Royal Society of Medicine Press, 2000.
14. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R: Willing to wait ? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC Health Services Research. 2007, 7 (31): 1-5.
15. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A et al. International variations in primary care physician consultation time : a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017; 7 (10).
16. Heaney DJ, Howie JG, Porter AM. Factors influencing waiting times and consultation times in general practice. Br J Gen Pract. 1991;41(349):315–9.
17. Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ (Clinical research ed.) 2002;325(7362):472.
18. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. Br J Gen Pract.1991;41(344):119–22.
19. Stephan H, Chicoulaa B, Dupouy J, Antic J, Bismuth S, Bismuth M et al. Consultation de médecine générale : de quoi dépendent ses différents « temps » ? Une étude d'observation en Haute-Garonne. Med. Sept 2015;11(7):329-32.
20. Collet M, Gouyon M, Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles, Etudes et Résultats, DREES, n° 625 - fev 2008.
21. Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », Études et résultats,DREES, n° 471, mars 2006.

22. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la Santé*. 2009;144 (IRDES).
23. CARMF. (page consultée le 23/11/17). Bénéfices non commerciaux (BNC) 2016 des médecins libéraux, [Internet]. <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/bnc2016.htm>
24. Bachelet M, Mikol F, Mothe J, Pereira E, Pla A, Vergier N. Les revenus des médecins libéraux. Dans : *Portrait des professionnels de santé (DREES)*. Edition 2016.
25. Pla A. Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014. *Études et Résultats*. DREES. sept 2017;(1022).
26. Le syndicat des médecins généralistes. (page consultée le 09/07/2018). ROSP, forfait structure et autres : les changements en 2018, [Internet]. <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1839-tout-vous-saurez-tout-sur-les-forfaits>
27. Djelassi S, Odou, P. Le temps en distribution. Université de Gestion de Lille; 2004.
28. Fraisse P. The perception of duration (76-98) in *The Psychology of Time*. New York : Harper & Row; 1963.
29. Durrande-Moreau A. Qualité de service et perception du temps. [Thèse d'exercice], Grenoble: Université Pierre Mendès France; 1994.
30. CLCV. Temps d'attente pour les consultations hospitalières. Avril 2016.
31. Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Longer booking intervals in general practice: effects on doctors' stress and arousal. *Br J Gen Pract* 1991;41:184-7.
32. 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]. Cholet; avril 2015.
33. Buzz médecin le blog . (consulté le 29/11/2017). ROSP 2013 : l'informatisation des généralistes a gagné 12 points en un an, [Internet] <http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/actualite/rosp-2013-informatisation-des-generalistes-a-gagne-12-points-en-un-an>.
34. Orton PK, Pereira Gray D. Factors influencing consultation length in general/family practice. *Fam Pract* 2016; 33(5): 529–534.
35. Hermange MT, Ambroise T, Couturier P. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Institut BVA: Académie nationale de Médecine; 2008.
36. Carmoi T. Le médecin idéal : le point de vue des patients. [DIU de pédagogie médicale]; Paris: Université Pierre et Marie Curie; 2010.
37. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care : an international comparison. *Br J Gen Pract*. Nov 2000;50(460):882-7.
38. Howie JGR, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AMD. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:181-5.
39. 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. *British Medical Journal*, 2002; 324: 880–882.
40. Ožvačić Adžić Z, Katić M, Kern J, Soler JK, Cerovečki V, Polašek O. Is burnout in family physicians in Croatia related to interpersonal quality of care ? *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 2013 ; 64(2), 255-263.
41. Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Archives of internal medicine*. 2001;161(11):1437–42.
42. Ouf M. Retentissement du rythme de travail en horaires atypiques sur la santé physique et psychique des sages-femmes. Etude prospective auprès de 199 sages-femmes de haute Normandie. [Mémoire]. Rouen : école de sages-femmes ; 2015.
43. URLM. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale; 2010 juin. Vague d'enquête 4-2008.

44. Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés. [Thèse d'exercice]. Rouen : Faculté de médecine, 2016.
45. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 48-54.
46. Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 143-147.
47. Bensing JM, van den Brink-Muinen A, de Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care* 1993; 31: 219-229.
48. Hartzema AG, Christensen DB. Non-medical factors associated with the prescribing volume among family practitioners in an HMO. *Med Care* 1983; 21: 990-1000.
49. Kandel O, R.A., Jourdain M, Bouche G. La durée de consultation intervient-elle dans la prescription de psychotropes ? *La revue du praticien*, 2008;58:19-24.
50. Camasso MJ, Camasso AE. Practitioner productivity and the productcontent of medical care in publicly supported health centres. *Soc Sci Med* 1994; 38: 733-748.
51. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. déc 2002;52(485):1012-20.
52. Hall J, Dornan M. Meta-analysis of satisfaction with medical care : description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*. 1988;27(6):637– 44.
53. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *North Carolina medical journal*. 2006;67(6):409–13.
54. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, *et al.* Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(24-25):410-6.
55. Dedianne, M.C, Hauzanneau, P. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode focus groups. *La revue du praticien - Médecine générale*. 2003 Avril;17(611).
56. Dareths Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. [Thèse d'exercice]. Bordeaux ; 2011.
57. Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maitres de stage universitaire en médecine générale, en Haute Normandie. [Thèse d'exercice]. Rouen ; 2014.
58. Coujard de Laplanche E. Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maitres de stage universitaires ? [Thèse d'exercice]. Limoges ; 2016.
59. Worley PS, Kitto P. Hypothetical model of the financial impact of student attachments on rural general practices. *Rural Remote Health*. Epub 2001;1:83.
60. Remoiville M. Informatisation des médecins généralistes : qu'en pensent les patients ? Enquête auprès de 150 patients au sein de 3 cabinets médicaux informatisés. [Thèse d'exercice]. Nancy ; 2011.
61. Mitchell E, Sullivan F. A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97. *BMJ*, 2001. 22(7281): 279- 282.
62. Legifrance (page consultée le 13/07/2018). Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
63. Efstathopoulou A, David S, Herzig L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. *Rev Med Suisse*. 2016;12 :1874-8.
64. Potin M, Pittet V, Staeger P, Vallotton L, Burnand B, Yersin B. Life-threatening emergencies at the office: implications for medical education and equipment of the primary care physician. *Rev Médicale Suisse*. 20 août 2008;4(167):1768-72.
65. D'Amore A. L'image actuelle du médecin généraliste : étude quantitative auprès des patients du Nord-Pas-de-Calais. [Thèse d'exercice]. Lille ; 2017.

66. Gouyon M. Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. Études et Résultats. Octobre 2009 ; n°704 : 1.
67. Bury G, Prunty H, Egan M, Sharpe B. Experience of prehospital emergency care among general practitioners in Ireland. *Emerg Med J EMJ*. 2008 Jul;25(7):450-4.
68. Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 14/07/2018). Tableaux de l'Economie Française. Edition 2018, [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
69. Société française de médecine du travail. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit. *Références en santé au travail*. Mai 2012 ;(131) :73-99.
70. Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. Infections urinaires de l'adulte. E.Pilly. 26^{ème} édition. Paris:Alinéa plus ; 2018.
71. Collège des Enseignants de Cardiologie et Maladies Vasculaires. (page consultée le 14/07/2018). Hypertension artérielle de l'adulte, [Internet]. http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_130/site/html
72. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397– 422.
73. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(608):e217–24.
74. Dusmesnil H, Saliba Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé publique*. 2009;21(4):355–64.
75. Gaschignard S, Le Goaziou MF, Elchardus JM et al. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen clinique. *Exercer*. 2010;90(suppl1):38-9.
76. Attali C, Rola S, Renard V, Roudot-Thoraval F, Montagne O, Le Corvoisier P et al. Situations cliniques à risque de prescription non conforme aux recommandations et stratégies pour y faire face dans les infections respiratoires présumées virales. *Exercer* 2008;82:66-72.
77. Meyer-Nikolic VA, Hersperger M, Herren D. Erreurs de prescription. *Editions Médicales Suisses EMH*. 2012;93:44.
78. Dansky KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waitingtime and filling time. *Hospital & health services administration*. 1997;42(2):165–77.
79. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*. 2010; 65 : 5-6 : 239-245
80. URPS médecins libéraux Ile de France. (page consultée le 15/07/2018). Les appels téléphoniques en consultation chez le médecin généraliste. [Internet]. <https://www.urps-med-idf.org/etude/etude-appels-telephoniques-recus-emis-medecin-generaliste-lui-meme-consultation-a-cabinet>
81. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Questions d'économie de la santé, CREDES*. Avril 2004 ;(81).

ANNEXES

1. Guide d'entretien

Bonjour, je me présente, je suis interne en médecine générale à l'université de Rouen. Je réalise une thèse qualitative sur le retard des médecins généralistes. Avant tout, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Notre entretien semi-dirigé sera, avec votre accord, enregistré. Il sera par la suite retranscrit en verbatim et analysé pour l'étude. L'anonymat de tous les participants sera respecté.

Vous pourrez être tenu informé des résultats de ce travail, si vous le souhaitez.

Avant de débiter, avez-vous des questions ?

PRESENTATION

- ✓ Etes-vous un homme/une femme ?
- ✓ Quel âge avez-vous ?
- ✓ Quelle est votre situation familiale ?
- ✓ Depuis combien de temps exercez-vous ?
- ✓ Travaillez-vous seul ou en groupe ?
- ✓ Exercez-vous en milieu urbain, rural ou semi-rural ? Dans un désert médical ?
- ✓ Avez-vous une activité mixte ou faites-vous du libéral pur ?
- ✓ Avez-vous un secrétariat ? Etes-vous informatisé ?
- ✓ Combien de consultations par jour avez-vous ? Effectuez-vous des visites ?
- ✓ Quelle est en moyenne la taille de votre patientèle ?
- ✓ Recevez-vous des étudiants en médecine ?

GENERALITES SUR LE RETARD

1. Comment est organisée votre journée ? (*Temps prévu de consultation / Créneaux urgences / Temps administratif...*)
2. Que considérez-vous comme étant un retard ?
3. Quelle importance accordez-vous à la ponctualité ? (*Du médecin, du patient*)
4. Pouvez-vous me décrire votre retard ?
 - *Fréquence, Durée moyenne, Répartition temporelle*
5. Selon vous, qu'est-ce qui est à l'origine de votre retard ?
 - *Vous-même, patients, tâches administratives, informatisation...*
6. Lorsque vous êtes en retard, que faites-vous ?
 - *Cherchez-vous à pallier ce retard ? Comment ?*

- Avez-vous des moyens d'anticipation du retard ?
- Si en fin de journée vous avez un impératif horaire personnel ou professionnel à respecter, que faites-vous ?

IMPACTS SUR LE MEDECIN

7. Sur le plan psychologique, que ressentez-vous lorsque vous êtes en retard ?
 - *Influence sur votre humeur ?*
 - *Comment cela se manifeste-t-il ?*
8. Avez-vous le sentiment qu'être en retard peut avoir un retentissement physique, sur votre corps ? Si oui, de quelle(s) manière(s) ?
 - *Vous accordez vous des pauses ? Et la pause déjeuner ?*
9. Quelle(s) relation(s) pouvez-vous établir entre le fait d'être en retard et votre vie personnelle ?
 - *Temps familial, organisation d'activités personnelles, humeur*

IMPACTS SUR LA PRISE EN CHARGE

10. Lorsque vous êtes en retard, comment a lieu votre prise en charge ?
 - *Déroulement/organisation de la consultation*
 - *Interrogatoire/examen clinique/réflexion médicale*
 - *Qu'en est-il de la prise en charge globale du patient ? de son suivi ?*
 - *Prévention/ éducation thérapeutique/dépistage*
 - *Tenue du dossier*
 - *Comment vous organisez-vous au niveau des tâches administratives lorsque vous êtes en retard ?*
11. Comment est votre relation médecin/malade lorsque vous êtes en retard ?
 - *Mécontentement des patients ? Appréhension de leurs remarques ?*
 - *Communication/Comportement*
 - *Comment maintenez-vous une bonne relation médecin-malade ?*
12. Comment sont vos prescriptions lorsque vous êtes en retard ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

2. Verbatims

Les verbatims des 12 entretiens sont disponibles sur CD-ROM.

RESUME

Contexte : En médecine générale, le retard de consultation est un fait ancien et fréquent. Etant médecins de premiers recours, l'organisation des journées est très aléatoire et imprévisible. Quelques études ont été réalisées sur le retard des médecins généralistes mais toutes concernent le point de vue du patient. L'objectif principal est d'analyser le vécu et ressenti des médecins vis-à-vis de leur retard et de rechercher s'il en existe un retentissement sur leur prise en charge. Les objectifs secondaires sont d'étudier les caractéristiques du retard, ses causes et l'attitude du médecin généraliste face au retard.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes libéraux installés en Haute-Normandie, déclarant avoir fréquemment du retard. L'échantillonnage des médecins a été réalisé « en recherche de variation maximale » afin d'obtenir le maximum d'opinions diverses puis une analyse thématique transversale par encodage sémantique après double codage a été réalisée.

Résultats : Les 12 entretiens réalisés révèlent que le retard peut avoir un retentissement important sur certains médecins et sur leur prise en charge. Sur le médecin, les impacts sont psychologiques, physiques et sociaux. Le stress, l'anxiété, l'irritabilité, le manque d'épanouissement professionnel, la culpabilité étaient des sentiments évoqués par les médecins. S'associent à cela une fatigue importante et des repas souvent pris sur le pouce. Le retard peut également modifier la prise en charge du patient, sur tous ses plans : omission d'éléments de l'examen clinique, erreurs thérapeutiques, absence de promotion à la santé, retard dans la prise en charge globale, altération de la relation médecin-malade.

Conclusion : Le retard du médecin peut être très mal vécu par ce dernier tant psychologiquement que physiquement. Il entraîne également une modification de la prise en charge du patient. Trouver des solutions pour diminuer le retard pourrait donc améliorer la santé des médecins et celle des patients.

MOTS CLES

Médecins généralistes (general practitioners) ; soins de santé primaires (primary health care) ; durée de consultation (consultation length) ; temps d'attente (waiting time) ; rendez-vous (appointments)