



HAL
open science

Les consultations à motifs multiples en médecine générale du point de vue des patients

Caroline Rangama

► **To cite this version:**

Caroline Rangama. Les consultations à motifs multiples en médecine générale du point de vue des patients. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02050547

HAL Id: dumas-02050547

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02050547>

Submitted on 27 Feb 2019

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2018

N°23

**LES CONSULTATIONS À MOTIFS MULTIPLES EN
MÉDECINE GÉNÉRALE DU POINT DE VUE DES PATIENTS.**

**THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ
MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLOME D'ÉTAT) PRÉSENTÉE ET
SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

PAR

RANGAMA CAROLINE

NÉE LE 12.08.1989

Date de soutenance : Le 12 Avril 2018

Présidente de jury : Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Juges : Monsieur le Professeur Hervé DERAMOND

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Gabriel FRANÇOIS

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur de Médecine générale

Coordonnateur du DES de Médecine Générale

*Recevez mes sincères remerciements et ma profonde gratitude d'avoir fait l'honneur de
présider ce jury.*

Monsieur le Professeur Hervé DERAMOND

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Radiologie et imagerie médicale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, Soyez assuré de ma
profonde gratitude.*

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, Soyez assuré de ma
profonde gratitude.*

Monsieur le Docteur Mathurin FUMERY

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Gastro-entérologie

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury, Soyez assuré de ma
profonde gratitude.*

Monsieur le Docteur Gabriel FRANCOIS

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Votre réactivité, votre savoir, et votre patience m'ont été d'une grande aide pour ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue et qui ont su croire en moi. Je suis très fière d'être leur fille. Et surtout merci pour votre patience et votre confiance.

A Simon qui sait m'apaiser lorsque l'orage gronde.

A mes amis qui m'apportent plein de joie et m'accompagnent lors des grandes comme lors des petites occasions! Et même lorsqu'il n'y en a pas !

A mes maîtres de stage de médecine générale Dr Ponthieu, Dr Florin, Dr François, Dr Tousse, Dr Castel, Dr Legroux, Dr Duban, qui m'ont toujours insufflé l'envie de poursuivre ces longues années d'étude. Encore merci d'avoir partagé avec moi vos expériences.

LISTE DES ABBREVIATIONS :

CMM : consultation à motifs multiples

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

ALD : affections de longue durée

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

ECOGEN: étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	17
1.1. Naissance du projet.	17
1.2. Définition.	18
1.3. Objectifs.	18
2. MATERIEL ET METHODE	21
2.1. Recrutement des patients de l'étude.	21
2.1.1. Patients étudiés.....	21
2.1.2. Modalité de recrutement des patients.....	21
2.2. Préparation des entretiens.	21
2.2.1. La méthode qualitative.....	21
2.2.2. Guide de l'entretien.....	21
2.2.3. Déroulement de l'entretien.....	22
2.3. Recueil des données.	22
2.3.1. Retranscription.....	22
2.3.2. Méthode d'analyse.....	22
2.3.3. Saturation des données.....	23
3. RESULTATS	25
3.1. Données générales de l'étude.	25
3.1.1. Les entretiens.....	25
3.1.2. Le codage.....	25
3.1.3. Caractéristiques sociologiques de l'échantillon.....	25
3.2. Analyse du contenu des entretiens.	27
3.2.1. Etat des lieux des pratiques des CMM.....	27
3.2.2. Facteurs influençant le choix des consultations à motifs multiples.....	28
3.2.2.1. <i>Le temps, une notion centrale.</i>	28
3.2.2.2. <i>L'inquiétude.</i>	29
3.2.2.3. <i>Le facteur économique.</i>	30
3.2.2.4. <i>La notion de mobilité.</i>	30
3.2.2.5. <i>L'accessibilité aux soins.</i>	31
3.2.3. Les conditions à remplir pour les CMM.....	31
3.2.3.1. <i>Hiérarchisation des demandes</i>	31
3.2.3.2. <i>Nature des demandes secondaires.</i>	32
3.2.3.3. <i>Le temps à accorder.</i>	32

3.2.3.4.	<i>Le non-respect des règles.</i>	33
3.2.4.	Représentation de la médecine générale.	33
3.2.4.1.	<i>Une prise en charge globale.</i>	33
3.2.4.2.	<i>La notion de confiance.</i>	35
3.2.4.3.	<i>La notion de contrainte et de plaisir.</i>	35
3.2.4.4.	<i>La notion de prévention.</i>	36
3.2.4.5.	<i>L'évolution de la médecine.</i>	36
3.2.5.	Les CMM révélatrices des difficultés du médecin.	37
3.2.6.	Changements souhaités par les patients.	39
3.2.6.1.	<i>Un nouveau mode de pratique.</i>	39
3.2.6.2.	<i>Obligation de résultats.</i>	40
3.2.6.3.	<i>Communication et écoute.</i>	41
4.	DISCUSSION	45
4.1.	Discussion de la méthode.	45
4.1.1.	Choix de la méthode qualitative.	45
4.1.2.	Choix de l'entretien.	45
4.1.3.	Idée initiale.	45
4.1.4.	Recrutement des patients.	46
4.1.5.	Déroulement des entretiens.	46
4.1.6.	Méthode d'analyse des entretiens.	47
4.2.	Discussion des résultats.	47
4.2.1.	Données générales de l'étude.	47
4.2.2.	Analyse du contenu des entretiens:	48
4.2.2.1.	<i>Facteurs influençant le choix des consultations à motifs multiples.</i>	48
4.2.2.2.	<i>Les conditions à remplir pour les CMM.</i>	49
4.2.2.3.	<i>Représentation de la médecine générale.</i>	49
4.2.2.4.	<i>Les CMM révélatrices des difficultés du médecin.</i>	49
4.2.2.5.	<i>Changements souhaités par les patients.</i>	50
4.2.2.6.	<i>La prévention, la grande absente.</i>	51
4.2.2.7.	<i>La consultation idéale.</i>	51
5.	CONCLUSION	53
6.	BIBLIOGRAPHIE:	55

7.	ANNEXES:	58
7.1.	ANNEXE1: Affichage salle d'attente.....	58
7.2.	ANNEXE2: Script d'entretien.....	59

1. INTRODUCTION

1.1. Naissance du projet.

Ces dernières années, nous pouvons constater que dans les cabinets de médecine générale fleurissent de plus en plus d'affiches à l'attention des patients, leur rappelant qu'une consultation en médecine générale sur rendez-vous ne peut aborder plus de 2 sujets à la fois, sauf cas particulier.

En France, de nombreuses études sur la durée des consultations en médecine générale ont été publiées. Selon l'étude DREES du ministère de la santé du travail et du budget (1) la durée moyenne d'une consultation en médecine générale en France est de 16min. L'étude DRESS menée en 2006, s'est attachée à démontrer que les principaux déterminants de la durée des consultations étaient les caractéristiques du patient et le contexte clinique. En France, il n'existe pas d'étude sur l'impact des consultations à motifs multiples sur la durée d'une consultation. Mais il semble évident que la plupart des patients ont plusieurs motifs de consultations. Une thèse menée à Paris en 2000 (2) rapportait 1,23 motifs de consultation, tous âges confondus.

Tout en tenant compte de la durée des consultations en médecine générale et du nombre des motifs, les patients attendent aussi une démarche de qualité (3). Une étude menée en 2010 sur le médecin idéal selon les patients (4) mettait clairement en évidence que le médecin idéal se devait d'être disponible, et présentant une grande qualité d'écoute.

Il est donc évident qu'une thèse qui se veut de mettre en avant le point de vue des patients, ne peut faire l'impasse sur leurs attentes.

Des études et des thèses se sont penchées sur la relation médecin/patient. Mais très peu se sont penchées sur la problématique des consultations à motifs multiples qui restent selon la plupart des médecins un problème majeur.

Une thèse sur ce sujet a été publiée en 2015 par Aurélie Camoin intitulé : Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient (5).

Nous étions donc en droit de nous demander en réponse à cette thèse, quel est le point de vue du patient sur ces consultations à motifs multiples ?

En effet, nous sommes dans une époque consumériste, où tout doit aller vite. D'une part il y a donc le patient qui a pris un rendez-vous, et souhaite que son médecin respecte les horaires. Mais il y a aussi, le patient qui consulte avec des motifs multiples afin d'optimiser son temps

de consultation. Et de l'autre côté le médecin qui doit se tenir à son agenda, et être ponctuel, afin de préserver sa relation médecin/patient et de ne pas risquer une rupture de celle-ci sur un temps d'attente trop long en salle d'attente.

En ce qui concerne le point de vue du médecin généraliste sur les consultations à motifs multiples, celui-ci a déjà été étudié et semble plutôt négatif (5). Par contre le point de vue du patient sur ce type de demande n'a pas encore été évalué.

Il faut cependant noter que notre avis semble mieux entendu depuis quelques années. Nous avons en effet vu apparaître des majorations pour nos consultations longues, et les ROSP (Rémunérations Sur Objectifs de Santé Publique) ont permis de valoriser notre exercice. En effet, le 1^{er} Novembre la consultation longue a été majorée pour les patients présentant une ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée. Une thèse publiée en 2012 par Julien Signoret (6) mettait d'ailleurs en évidence que le nombre de problèmes durant une consultation augmentait avec l'âge, car les problèmes aigus restent stables quelque soit l'âge du patient, alors que les problèmes chroniques augmentent avec celui-ci.

1.2. Définition.

Une consultation à motifs multiples, est une consultation pendant laquelle le patient émet plusieurs éléments qui incitent à une action, ou à réagir. Le médecin doit prendre en compte les problèmes et le patient dans sa globalité, celle-ci ne se limitant pas à sa maladie.

En effet la notion de prise en charge globale du patient dont le but principal est la santé a été défini par l'organisation mondiale de la santé dans le préambule de sa constitution en 1946 (7) comme étant un état complet de bien-être physique, mental et social. Mais lorsque nous voulons définir les problèmes rencontrés lors d'une consultation, selon que l'on soit du point de vue du médecin ou du patient nos termes divergent.

Du point de vue du patient, on parle de « demande de santé », de « plainte », ou de « motif », alors que le point de vue du médecin voudrait que l'on parle de « diagnostic » ou encore « de problème pris en charge ».

Il semble donc logique que nous ayons décidé de garder le terme de « motif » dans cette étude visant à étudié le point de vue du patient.

1.3. Objectifs.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en avant les attentes des patients lors d'une consultation à motifs multiples.

Les objectifs secondaires sont :

- d'identifier les raisons qui amènent les patients à consulter leurs médecins généralistes avec des motifs multiples
- La perception que les patients se font du médecin lors de leurs consultations à motifs multiples.

Nous avons donc décidé de réaliser une étude qualitative grâce à des entretiens semi-dirigés auprès des patients.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Recrutement des patients de l'étude.

2.1.1. Patients étudiés.

Les patients étudiés étaient des patients picards majeurs. Nous avons décidé d'inclure dans l'étude, des patients vus au cours des stages ambulatoires, et lors de mes remplacements. Afin de représenter au mieux la population, nous avons décidé de nous entretenir avec des patients de tous sexes, de tous âges, sur la base du volontariat.

2.1.2. Modalités de recrutement des patients.

En ce qui concerne le recrutement des patients, nous avons pratiqué deux méthodes totalement différentes afin d'obtenir un échantillonnage en recherche de variation maximale. Celui-ci a été effectué selon l'âge, le sexe, et la catégorie socio-professionnelle.

La première méthode utilisée était l'affichage en salle d'attente. En effet, nous avons réalisé une affiche (Annexe 1) afin d'informer les patients de ma présence. Puis lorsque les patients avaient terminé leur consultation, je leur demandai s'ils acceptaient de participer à l'étude, cela permettait de relancer les patients qui n'avaient pas lu l'affiche. Au total, dix patients ont été sélectionnés de cette façon.

La deuxième méthode utilisée était diamétralement différente, afin d'obtenir des profils variés. Nous avons décidé lors de mes remplacements en milieu urbain, de travailler avec une prise de rendez-vous. Je proposais aux patients vus directement au cabinet, et ceux que je voyais en visite, de les revoir à leur domicile en prenant directement rendez-vous avec eux.

2.2. Préparation des entretiens.

2.2.1. La méthode qualitative.

Nous avons choisi la méthode par entretien individuel semi-dirigé. En effet, cette méthode permet d'obtenir le ressenti d'une population.

2.2.2. Guide de l'entretien.

Avant de débiter nos entretiens, nous avons réalisé un guide constitué de questions ouvertes répondant aux objectifs que nous nous étions fixés.

Nous avons d'abord testé le script sur mon entourage, afin de rendre les questions plus intelligibles.

Le script de l'entretien se trouve en (Annexe2). Ce document m'a servi de trame. Les questions pouvaient être posées dans des ordres différents, selon l'évolution de l'entretien, et je me contentais ensuite de poser simplement des questions de relance.

2.2.3. Déroulement de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés au cours du semestre d'été 2017, lors de mon stage ambulatoire. Ils se sont poursuivis jusqu'en décembre 2017, lors de mes remplacements.

Les entretiens ont été dirigés en tête à tête dans une salle jouxtant le cabinet des médecins généralistes, pour 10 d'entre eux.

Les autres entretiens ont été faits au domicile des patients après prise de rendez-vous au cabinet, ou directement au domicile du patient.

L'entretien était composé de trois parties.

Au début une brève présentation de mon sujet, et le recueil des accords des patients pour participer à l'étude, après leur avoir spécifié que cet entretien respecterait leur anonymat.

Puis la deuxième partie de l'entretien s'est attachée à caractériser les patients interviewés.

Enfin la troisième partie était focalisée sur nos objectifs d'étude. Le sujet de notre entretien n'était révélé qu'au début de celui-ci.

2.3. Recueil des données.

Le recueil s'est effectué de Juin à Décembre 2017.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

2.3.1. Retranscription.

Entièrement anonymes grâce à l'utilisation de numéro. Le patient 1 est appelé P1 et ainsi de suite. La retranscription a été faite mots pour mots sur le logiciel Word 2011.

2.3.2. Méthode d'analyse.

Les fichiers ont été codés manuellement, ce qui a permis de dégager les nœuds du discours.

Une première étape de codage axial a permis de relever les principaux thèmes des entretiens.

Puis un deuxième codage axial réalisé par un interne en médecine générale extérieur à l'étude a été réalisé, afin d'assurer la triangulation des données.

L'utilisation du logiciel N Vivo 11 nous a permis de regrouper les nœuds en thèmes. Nous nous sommes reposés sur la méthode d'analyse par théorisation ancrée, qui est la méthode de référence en recherche qualitative. L'analyse des données a donc été faite conjointement avec le recueil, ce qui nous a permis de pouvoir utiliser des données recueillies avec les patients précédents comme relance. Enfin l'absence au préalable de revue de la littérature nous a permis d'éviter des biais de préconception(8).

Au total, les vingt entretiens ont été entrés et codés dans le logiciel Nvivo11 et classés en 34 thèmes.

2.3.3.Saturation des données.

La saturation des données a été définie selon le concept de Glaser et Strauss (9) de « saturation théorique ». Selon cette définition, la saturation théorique signifie qu' « après des applications successives, les données n'ajoutent aucune propriété nouvelle au concept ». Dans ce cas on peut alors conclure « que le concept créé est saturé ».

Dans notre étude le nombre d'entretien n'a pas été défini par avance. En effet les entretiens se sont arrêtés une fois la saturation des données atteintes. Celle-ci a été obtenue au vingtième entretien. D'après Hennebo (8), « selon les statistiques, un nombre de 15 à 20 semble en général suffisant ». Ce concept s'appuie sur une étude de Griffin et Hauser en 1993 et qui montre que « 20 personnes permettent d'identifier plus de 90% » des informations collectées avec un groupe de 30 personnes.

3. RESULTATS

3.1. Données générales de l'étude.

3.1.1. Les entretiens.

Vingt entretiens ont été nécessaires pour arriver à saturation des données.

Je me suis rendue dans un cabinet médical dans la Somme, et dans deux cabinets médicaux dans l'Aisne, ainsi qu'au domicile de dix patients.

La durée moyenne des entretiens était de 9 minutes et 46 secondes, avec une durée minimale de 5 minutes et 2 secondes et une durée maximale de 19 minutes et 36 secondes. La durée moyenne des entretiens dans la Somme était de 11 minutes et 7 secondes, contre 8 minutes et 21 secondes dans l'Aisne.

3.1.2. Le codage.

Au total, les entretiens ont été codés et on a pu mettre en évidence 34 thèmes.

3.1.3. Caractéristiques sociologiques de l'échantillon.

Les caractéristiques sont visibles dans le tableau 1.

Tableau 1 :

P	S	A	Profession	D	S.m	E	P C	FdC
P1	F	45	Secrétaire	02	Mariée	2	N	Tous les 4 mois
P2	F	32	Aide-soignante	02	Mariée	3	N	Tous les 6 mois
P3	H	31	Gardien de prison	02	En couple	0	N	Tous les 4 mois
P4	F	66	Retraitée-femme de ménage	02	Mariée	2	O	Tous les 2 mois
P5	F	55	Agent à la poste	02	Mariée	1	O	Tous les 2 mois
P6	F	53	Chômage	02	Mariée	2	N	Tous les 3 mois
P7	F	29	enseignante	80	Pacsée	enceinte	N	Tous les 6 mois
P8	H	31	Maitre-nageur	80	célibataire	0	N	Tous les 4 mois
P9	H	40	Directeur marketing	80	Marié	1	N	Tous les 2 mois
P10	F	76	Retraitée-infirmière	80	Veuve	1	O	Tous les 3 mois.
P11	F	90	Retraitée-travaillait dans les assurances	80	Veuve	2	O	Tous les 2 mois
P12	H	95	Retraité-orthopédiste	80	Marié	1	O	Tous les mois.
P13	H	82	Retraité-Commerçant alimentaire	80	Marié	1	O	Tous les 2 mois.
P14	H	40	Professeur	80	En couple	0	N	Une fois par an.
P15	F	24	Esthéticienne	02	En couple	1	N	Tous les 6 mois.
P16	H	27	Policier	02	Pacsé	2	N	Tous les 3 mois.
P17	F	65	Retraitée-animation commerciale	31	Veuve	3	O	Tous les 2 ou 3 mois
P18	H	71	Retraité-agent de maitrise	02	Marié	4	O	Tous les 3 mois.
P19	F	68	Retraitée-assistante maternelle	02	Mariée	4	N	Tous les 3 mois.
P20	F	19	CAP esthéticienne	02	Célibataire	0	N	Tous les 4 mois.

P : Patient ; S : Sexe: H :Homme/F :Femme ; A : Age ; P : Profession ; D : Département 80 : Somme ; 02 : Aisne ; 31 : Haute Garonne; S.m : Situation matrimoniale ; E: Enfant(s) ; P.C : pathologie chronique ; O :Oui ; N : Non ; Fdc: Fréquence de consultation.

3.2. Analyse du contenu des entretiens.

3.2.1. Etat des lieux des pratiques des CMM.

En pratique

Seulement cinq patients déclaraient avoir recours au CMM. Le patient P8 « *quand je vais chez le médecin c'est pour plusieurs choses* », tout comme le patient P16 « *On vient une fois, et on règle plusieurs choses à la fois en même temps.* » La patiente P20 était du même avis et expliquait « *autant tout demander d'un coup, pour être tranquille* ». Pour la patiente P15 le nombre de motifs « *est écrit dans la salle d'attente, pas plus de 3 demandes en une consultation* », donc elle expliquait y avoir souvent recours. Enfin le patient P13 avouait « *moi je le fais donc je me rends bien compte que d'autres doivent le faire* ».

Les autres patients étaient plus nuancés. La patiente P1 nous avouait « *Moi j'y vais très rarement pour plus de deux choses à la fois* ». La patiente P11 du même avis expliquait « *Moi c'est assez rare que j'ai plusieurs motifs, mais ça peut m'arriver. La plupart du temps on n'a pas plusieurs problèmes en même temps. Enfin j'espère* ». Tout comme le patient P7 qui disait que « *généralement, ça se limite à une ou deux demandes* ». Paradoxalement sur la fin de son entretien, elle nous expliquait qu'elle « *profite, vu que ce n'est que deux fois par an.* » La patiente P5 nous semblait peu coutumière de ce type de pratique et tranchait clairement « *Si c'est grave que j'ai de la fièvre ou un rhume je prends une consultation en plus* ».

En ce qui concerne la corrélation entre faible fréquence de consultation chez le médecin généraliste et la pratique des CMM, celle-ci semble évidente à travers notre étude.

Enfin dans notre travail, la notion de pratique des CMM en fonction de l'âge a pu aussi être mis en exergue. En effet les sujets âgés consultaient plus souvent, mais reprenaient volontiers rendez-vous en cas de demandes multiples, contrairement aux patients jeunes qui consultaient peu mais avec de nombreux motifs.

Aucune tendance ne se dégageait entre le nombre d'enfants et le recours au CMM. Tout comme le lien entre pathologie chronique et CMM.

Les freins

Les freins évoqués par les patients devant ce type de consultation étaient de deux types.

En ce qui concerne le premier frein, il a été évoqué dès le deuxième entretien avec la patiente P2. Selon elle, le risque lors de CMM était « *de ne pas être pris en considération, parce qu'à force de se plaindre de ci et de ça* ». Elle développait son idée un peu plus loin dans

l'entretien « *Parce qu'il y a des gens qui se plaignent de tout et de rien, donc on ne sait plus...* » (P2) Cette notion de perte en considération était aussi mise en évidence par la patiente P11 « *moi j'en connais, qui vont chez le docteur avec des petites choses de rien* », elle qualifiait d'ailleurs « *ces petites choses* », comme étant des « *choses insignifiantes* ». La patiente P4 semblait partager son avis, elle expliquait « *il y a aussi les pidipidou, les malades de la tête. Parce qu'ils croient toujours qu'ils sont malades. Ça aussi c'est chiant pour les médecins, parce que je ne sais pas ce que vous en pensez, mais moi j'en connais qui sont malades de la tête et qui ont mal partout, et qui n'ont rien en fait.* »

En ce qui concerne le deuxième frein, il était directement en lien avec la pratique des médecins généralistes. En effet la patiente P1 expliquait avoir déjà vu des affichages dans les salles d'attente des médecins qui mentionnaient « *une consultation=un motif* » (P1). Cette notion d'affichage était confirmée par la patiente P15 qui expliquait « *chez mon médecin on a le droit à 3 motifs dans une consultation. C'est écrit dans la salle d'attente, pas plus de 3 demandes en une consultation.* » Enfin pour elle « *des fois, on ne peut pas assez demander de choses.* »

3.2.2. Facteurs influençant le choix des consultations à motifs multiples.

3.2.2.1. Le temps, une notion centrale.

Pour la majorité des patients dans cette étude, la raison principale des CMM était de « *gagner du temps* » (P14) (P8). Pour le patient P1 avoir recours à ce type de consultation permettait d'éviter « *de prendre un deuxième RDV* ». C'était aussi la première raison mise en évidence par le patient P7, qui considérait qu'avec les CMM, « *on n'a pas besoin de prendre plusieurs RDV* ». Le patient P3 justifiait cette pratique « *Je n'ai pas beaucoup de jours de repos, et très peu de temps libre donc je préfère aller voir mon médecin sur un RDV que de prendre 15 RDVs dans la journée* ».

La notion de temps était centrale, mais seulement 4 patients ont mentionné la durée des RDV en médecine générale de façon spontanée. Pour la patiente P11 « *une bonne durée de consultation, c'est un quart d'heure, vingt minutes* ». Alors que pour le patient P12 la durée d'une consultation c'était « *plus d'un ¼ d'heure, ce n'est pas une demie heure, mais ce n'est pas loin.* » A l'extrême la patiente P17 expliquait qu'avec son médecin la durée de consultation était d' « *au moins une demi-heure.* » Elle qualifiait par ailleurs son médecin de « *bavard.* » Contrairement au patient P9 qui avait répondu que ses consultations avaient une « *durée de moins de 10 minutes.* »

Paradoxalement l'inquiétude la plus mentionnée par les patients était aussi relative au temps. « *Passer vite sur l'un des deux sujets de consultation* » (P1). « *L'impression que ça a été fait rapidement* » Cela pouvait amener le patient à « *douter du diagnostic ou avoir peur que ça a été fait trop rapidement* » (P7).

La deuxième inquiétude relative aux temps était le temps d'attente en salle d'attente. Pour le patient P14, le fait « *de perdre 40 min dans une salle d'attente* » était considéré comme « *atroce* », car il n'était « *pas à l'aise* » quand il attendait, « *parce qu'on ne sait pas si on va découvrir un truc ou si on doit y retourner pour autres choses.* » Selon la plupart des patients l'une des conséquences évidentes des CMM était que « *les malades attendent* » (P4) en salle d'attente plus longtemps. « *Moi je le fais donc je me rends bien compte que d'autres doivent le faire* » (P13). La patiente dont le médecin traitant travaille sans rendez-vous expliquait qu' « *il y a énormément d'attente. Du coup quand on y va, et qu'on est dans le cabinet, on veut en profiter un maximum* » (P7). La patiente se justifiait car elle « *considère qu'il peut se permettre de prendre une consultation plus longue* » si le temps d'attente était déjà long dans la salle d'attente (P7).

Enfin une patiente a terminé son entretien en expliquant que pour elle « *Il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés* » (P10). Le patient P13 se définissait lui-même comme n'étant « *pas patient* ». En prenant du recul sur son entretien, le patient P14 s'autocritiquait « *Je fais une fixette sur le temps.* »

3.2.2.2. *L'inquiétude.*

La majorité des patients expliquait avoir recours à ce type de consultation parce qu' « *ils s'inquiètent* » (P2). La patiente P2 se justifiait « *Je crois que si ils viennent, c'est parce qu'ils s'inquiètent pas pour rien* ». Plus loin lors de son entretien, elle renouvelait ses propos, le médecin « *est là pour soigner. Si ils viennent c'est parce qu'il y a un problème, sinon ils ne viennent pas* » (P2). D'ailleurs elle disait consulter avec des motifs multiples, lorsqu'elle ressentait un « *mal être* », une « *inquiétude* » (P2). La patiente P10 expliquait que les personnes consultant avec des motifs multiples avaient « *besoin d'être rassurées, plus psychologiquement qu'autres choses* ». Le patient P14 justifiait les CMM, car « *on ne laisse pas un patient dans le doute* ». Ces propos faisaient écho à l'entretien du patient 13 qui attendait des consultations que « *ça tranquillise, et ça calme* ». En effet pour deux patientes les consultations à motifs multiples cachaient souvent de l'inquiétude. La patiente P10 disait connaître des gens « *qui vont chez leurs docteurs avec des petites choses de rien* », qu'elle

qualifiait comme étant « *des choses insignifiantes* », mais leurs motivations étaient souvent d' « *avoir besoin d'être rassuré* ». La patiente P11 du même avis, expliquait qu'il y avait des patients qui « *s'observent trop, ils se lèvent le matin en se demandant où ils ont mal*» (P11). La patiente P19 mettait aussi en évidence ce type de patients, « *vous avez des personnes ils en font tous un tas* ». A la fin de l'entretien, elle les qualifiait de « *patients pénibles* ».

Enfin la patiente P11 était revenue sur ses propos pour les nuancer, « *mais après tout ils ont raison de consulter* ». Alors que pour le patient P3 son avis était plus tranchant « *Moi si j'étais médecin, les gens avec plusieurs motifs, je leur dirais d'aller voir un psychologue. Faites-vous soigner, c'est dans la tête, c'est pas autre chose*» (P3). Enfin cet avis était aussi appuyé par les dires de la patiente P2, et de la patiente P10. Selon la première « *Il y a des patients qui prennent le médecin comme psychologue*» (P2). Alors que pour la patiente P10 le médecin « *doit faire le tri, et voir ce qu'il y a de psychique* », en effet pour elle il y avait « *les vraies pathologies, et les choses imaginaires* ». Enfin la notion d'inquiétude par rapport aux enfants a aussi été mise en évidence par le patient P16. Il expliquait ne pas être inquiet lorsqu'il consultait pour lui mais essentiellement si c'était « *un problème dû aux enfants* ».

3.2.2.3. *Le facteur économique.*

Seulement cinq patients avaient spontanément mentionné le plan financier, mais de façon totalement différente. Une patiente émettait l'hypothèse que la cause économique ne pouvait pas expliquer les CMM, car nous avons « *une assurance qui est très bonne* » (P1). Alors que pour les trois autres patients, consulter avec des motifs multiples, permettaient de réduire le « *coût financier* » (P16) et (P18), « *de ne pas avancer les soins* » (P16) et de « *faire des économies*(P2) », pour le patient lui-même et « *pour l'état.*»(P2) Cette dernière notion avait aussi été mise en exergue par le patient P14 qui expliquait « *il y a le côté économique, je parle en citoyen, mais le trou de la sécurité sociale...* »

3.2.2.4. *La notion de mobilité.*

Chez les sujets âgés, à travers les entretiens, on a pu constater que la notion de temps était peu mentionnée par rapport à la notion de mobilité. La patiente P11 habitant en zone urbaine expliquait que l'un des avantages des CMM pour elle était de se « *déplacer qu'une seule fois* », car elle devait « *y aller en voiture* ». Pour P13, il expliquait que cela l' « *embêterait d'y retourner* » si on différait un des motifs de consultation. D'ailleurs pour la patiente P11

avoir un médecin qui « *peut se déplacer* » était fondamental car elle n'envisageait pas « *d'appeler le SAMU ou SOS médecin qui ne vous connaissent pas.* »

3.2.2.5. *L'accessibilité aux soins.*

Les CMM ont été justifiées par une patiente par le manque d'accessibilité aux soins et le fait d'avoir des délais d'attente pour des rendez-vous trop éloignés. Elle expliquait « *des fois, on est vraiment dans la merde, et on peut pas, parce qu'il y a des gens qui ont pris rendez-vous, et qu'ils viennent pour des maux de têtes, et qui peuvent aller à la pharmacie prendre des DAFALGAN* » (P2). Pour elle cela correspondait à « *prendre la place de quelqu'un. Quelqu'un qui en a vraiment besoin* » (P2).

Le patient P14 lui se projetait dans un avenir proche en disant « *il va aussi il y avoir un manque de médecin sans doute, donc on ne pourra pas répondre à la demande de rendez-vous* ». Dans ce cadre précis du « *manque de médecin* » (P11), Les CMM semblaient prendre tous leurs sens pour deux patients. En effet la patiente P11 évoquait la possibilité de « *grouper une consultation, et avoir du temps pour d'autres* ». Ces propos étaient aussi mis en évidence par le patient P14 qui expliquait « *si les gens faisaient un pack de leurs petits bobos, ça serait pas mal* ».

3.2.3. Les conditions à remplir pour les CMM.

3.2.3.1. *Hiérarchisation des demandes.*

Spontanément les patients ont expliqué et justifié les CMM en expliquant qu'elles devaient remplir des conditions particulières. Car nombreux sont les patients qui ont clairement dit que lors des CMM, il existait « *un motif principal, et des motifs secondaires* » (P9), tout comme le patient P8 qui déclarait « *Souvent il y a un problème spécifique, et d'autres choses moins importantes* ». Malgré ces demandes multiples pour le patient « *répondre au motif principal* » (P9) restait le plus important pour la plupart des patients. Cette idée était aussi reprise par la patiente P7, elle attendait « *qu'il traite en premier lieu le problème principal* », alors que pour notre plus jeune patiente, elle attendait de son médecin généraliste « *qu'il réponde à toutes mes demandes, et pas qu'à la plus importante* ».

Au final à travers tous ces entretiens, nous avons donc pu mettre en évidence la notion de hiérarchisation. En effet la patiente P11 expliquait « *qu'on choisit la chose dont on veut être soigné en premier* ». Le patient 9 qui semblait lui aussi hiérarchiser ses demandes, expliquait

que sans motif principal, il pensait qu'il ne serait « *pas aller chez un généraliste pour les motifs secondaires* ». Enfin la patiente P15 donnait un exemple concret de cette hiérarchisation, elle expliquait qu'elle faisait « *des listes* », qu'elle triait « *du plus important au moins important* ».

3.2.3.2. *Nature des demandes secondaires.*

En ce qui concerne la nature des demandes secondaires, elles ont été décrites par plus de la moitié des patients. La principale caractéristique mise en évidence par les patients était que les autres demandes se devaient d'être « *rapides* » (P15) et ne devaient pas nécessiter « *une auscultation ou autre* » (P1) (P8). Une patiente expliquait même avoir recours à ce type de consultation si elle « *a déjà fait le diagnostic* » et « *demande le médicament* » (P1). « *Du genre j'ai eu trois fois mal à la tête cette semaine, vous pourriez me mettre du doliprane...* » (P1) La patiente P19 avouait en rigolant « *Je fais le médecin moi-même* ». Deux patientes expliquaient aussi que cela se justifiait « *si c'est juste un renouvellement* » (P7) et (P15). La patiente P7 donnait elle aussi un exemple concret « *J'y vais parce que j'ai mal au poignet et en même temps pour renouveler mon ordonnance* ».

Seulement deux patientes ont évoqué les CMM dont le but de se voir prescrire des ordonnances « *pour des membres de la famille* » (P1) qui n'avaient pas rendez-vous. La patiente P15 expliquait qu'« *au moins quand j'y vais avec mon fils, on prend un rendez-vous, et il répond à 3 demandes que ce soit pour moi, ou pour mon fils* ».

Seul le patient P16 déclarait avoir recours à ce type de consultation s'il avait un élément administratif à traiter car pour lui « *c'est juste un document à remplir* », il donnait l'exemple d'« *une licence de foot* », et du « *petit qui était malade* ».

Enfin seulement trois patients avaient recours à ce type de consultation, afin de « *gérer des problèmes qui se répètent* » (P8). La patiente P19 donnait l'exemple de ses douleurs d'estomac, qui « *avec du GAVISCON [...] peut attendre. Là fois d'après je lui en parle* ». Pour finir la patiente P20 disait « *attendre d'avoir une bonne raison d'y aller* ».

3.2.3.3. *Le temps à accorder.*

Lors des entretiens deux patients ont noté, qu'il existait une différence de temps à accorder en fonction des motifs. « *Certaines fois pour un motif je vais rester une demie heure, et certaines fois pour 3 motifs on va en rediscuter assez rapidement, et il y a pas besoin de plus*

de temps » (P8). Cette différence était aussi retrouvée dans l'entretien de la patiente P7, « *quand il n'y a que deux ordonnances, c'est rapide à faire, mais quand il y a deux motifs plus médicaux qui nécessitent des auscultations ou autre, le médecin peut être plus pressé* ».

Enfin seulement deux patients déclaraient prendre plusieurs rendez-vous d'affilés si il y avait plusieurs personnes à examiner. La patiente P15 précisait « *quand j'y vais avec mon conjoint, et mon fils, il faut prendre deux rendez-vous.* » le patient P12 constatait aussi « *Avec ma femme, on y va le même jour et à la même heure. Donc il a deux consultations* ».

3.2.3.4. Le non-respect des règles.

Tout au long des entretiens, une notion importante semblait transparaître. En effet, on comprenait que pour les patients les CMM devaient respecter certaines règles. A travers les propos de la P15 on a pu retrouver la notion de non-respect de ces règles. Selon la patiente on peut demander plusieurs choses mais une fois que la durée de consultation était dépassée, « *les autres questions* » ne devaient pas être posées, surtout si « *ce n'était pas des choses très importantes* ». Elle expliquait « *il y en a qui ne respectent pas les règles* ». Elle concluait « *Quand ce n'est pas respecté, je trouve ça pas respectueux pour les patients et le médecin* ». « *Parce qu'il peut être en retard sur les patients d'après* ». La patiente P19 partageait son avis et disait « *Faut penser aussi qu'on n'est pas seul, donc il faut un peu de place à tout le monde. Et si c'est vraiment des motifs importants, faut prendre plusieurs rendez-vous* ».

3.2.4. Représentation de la médecine générale.

3.2.4.1. Une prise en charge globale.

L'omnipraticien

La notion d'omnipraticien a été caractérisée par plusieurs patients, ils définissaient le médecin généraliste comme un médecin « *qui est sensé savoir à peu près tout* » (P5), et « *il s'occupe de tout, tout de suite* » (P6). La patiente P17 mettait en évidence la notion de formation continue « *le médecin ça étudie toute sa vie pour les nouvelles pathologies* ».

La prise en charge globale du patient a été une notion centrale des entretiens. Le patient P8 disait clairement qu'il attendait de son médecin que celui-ci « *prenne en compte la totalité* », et par conséquent aboutir à « *une ordonnance globale* » (P3). Cette notion de prise en charge

du patient dans sa globalité était mise en opposition avec l'exercice de la médecine en milieu hospitalier. La patiente P6 expliquait qu' « *un professeur il ne voit pas la personne, il voit la maladie* ». La patiente P17 semblait aussi avoir eu le même ressenti avec un spécialiste en milieu hospitalier, « *il n'a pas trop écouté, et donc la deuxième visite de contrôle du coup j'ai été voir mon médecin généraliste* ».

Le patient P3 faisait lui aussi une nette distinction entre l'hôpital public et son médecin. « *Je viens voir le médecin, parce que c'est plus particulier, plus confidentiel. Il y a en des choses il vaut mieux aller voir le médecin plutôt que d'aller voir les personnes qu'on connaît à l'hôpital public* ». Cette distinction et cette préférence au médecin généraliste étaient aussi retrouvées dans l'entretien du patient P8 « *Souvent l'inconvénient... c'est que des fois les généralistes ils orientent vers autres choses, alors que je n'ai pas envie de plus creuser, j'ai juste envie de l'avis du médecin sans qu'il y ait de suite et faire des examens ailleurs* ».

Le référent

En ce qui concerne le rôle central du médecin traitant dans l'orientation du patient, celle-ci avait été mise en évidence par 5 patients. La patiente P10 expliquait qu'un des avantages des CMM « *est de ne pas se disperser* » lorsqu'on avait plusieurs demandes. Car les patients pouvaient être « *dirigés* » (P10) vers un spécialiste si nécessaire. Alors que le médecin traitant était qualifié de « *référent* » (P8) (P17), le patient P8 ajoutait « *Pour moi, je préfère avoir un référent entre guillemet qui s'occupe de moi, plutôt que d'avoir plein de personnes. Plein de personnes qui ne me connaissent pas forcément depuis longtemps* ». La patiente P17 expliquait aussi préférer consulter son médecin « *référent [...] et pas 36 personnes* ». Le fait d'être adressé vers un spécialiste pouvait d'ailleurs être ressenti comme un inconvénient. Pour la patiente P17 « *Le seul inconvénient, ça serait qu'il dise je vais vous envoyer voir telle personne qui est plus spécialiste* ».

La notion de choix semblait évidente. Le patient P3 expliquait « *mon médecin je l'ai choisi* ». Ce choix semblait réfléchi et maintenu dans le temps « *Je l'ai gardé jusqu'à ce qu'il prenne sa retraite* » (P11). La patiente P8 déclarait « *C'est mon médecin traitant qui me connaît, c'est pour ça que je vais là-bas justement* ». Cette relation particulière, et ce rôle central du médecin généraliste était mis en évidence par la patiente P19. Elle expliquait que discuter avec son médecin traitant ça la « *réconforte* », et ajoutait « *j'aime m'adresser à mon médecin* ».

traitant » car cela lui apportait « *plus de stabilité* » dans sa vie. Elle expliquait lui demander souvent son avis sur ses choix de vie.

3.2.4.2. *La notion de confiance.*

La troisième caractéristique du médecin généraliste mise en évidence par quatre des patients interrogés était liée à la relation médecin-patient. En effet, la notion de « *confiance* » qui « *s'installe* » (P13) semblait être indispensable. Cette notion de confiance qui s'installe avec le temps, était aussi retrouvée dans les propos du patient P8 qui distinguait son médecin traitant des autres personnes, comprenons spécialistes « *qui ne me connaissent pas forcément depuis longtemps* ». Le patient P3 expliquait que le médecin traitant, c'était « *le médecin de famille* », ce terme avait aussi été repris par la patiente P11. Le patient P3 nous expliquait « *Je lui ai dit des choses que je n'ai jamais dit à ma famille, et aux amis* ». Il consultait son médecin « *parce que c'est particulier, plus confidentiel* ». Pour lui ce critère était primordial « *sinon on va voir un autre et ainsi de suite* » (P3). Pour conclure ce chapitre sur la confiance les propos de la patiente P5 semblaient être les plus frappants. Lors de son entretien elle nous avait confié « *il ne peut rien m'arriver, j'ai confiance au docteur* ».

3.2.4.3. *La notion de contrainte et de plaisir.*

Cinq des patients rencontrés avaient une perception plutôt négative de la consultation en médecine générale. Consulter leur médecin « *est une corvée* » (P2). Le patient P3 justifiait ses consultations comme « *le dernier recours [...] Je viens quand je n'ai vraiment pas le choix* ». Cette notion était aussi reprise par la patiente (P10), qui n'avait pas consulté un médecin « *depuis 1980* » et qui expliquait qu'elle consultait uniquement par « *obligation* » (P10) (P15), parce qu'il lui fallait ses médicaments (P10). Pour la patiente P1, elle ne consultait que « *contrainte et forcée* » (P1). Enfin la patiente P11 expliquait « *Moi quand j'envoyais mon mari. Il me disait : tu envoies tout le monde à l'abattoir mais toi tu n'y vas pas* ». En s'analysant plus loin dans l'entretien elle expliquait « *Moi après tout, je fais la politique de l'autruche, c'est peut être ça. Moi j'aime mieux pas savoir, que savoir* ».

En opposition avec cette notion de contrainte et d'obligation, certains patients ont aussi décrit la notion de plaisir. En effet pour la patiente P1 « *Il y en a qui y vont par plaisir* » chez leur médecin généraliste. Cette idée était aussi reprise par le patient P3 pour qui « *il y en a qui vont voir leur médecin à longueur d'année et d'autres pas* ». Il ajoutait « *Il y en a qui vont voir le médecin pour rien, soit ils sont seuls dans leur vie, soit ils veulent s'inventer une maladie* ».

Pour la patiente P2 ces consultations à répétition pouvaient être justifiées par le besoin d'être sûre que son médecin puisse mettre un visage sur un nom. Pour elle « *voir régulièrement son médecin, déjà il a un visage de vous, pour se familiariser* ».

3.2.4.4. *La notion de prévention.*

Un seul patient a abordé le thème de la prévention. Le patient P8 déclarait que l'une de ses attentes lors de CMM était « *qu'il prenne en compte la totalité, surtout dans l'urgence, et aussi qu'il anticipe pour tout le reste* ».

3.2.4.5. *L'évolution de la médecine.*

L'évolution de la médecine et de ses pratiques était mise en exergue par la patiente P10. Elle différenciait les pratiques du « *médecin paternaliste* » et celle d'un médecin « *plus jeune* ». En effet, selon elle « *le médecin paternaliste* » réagissait « *d'une façon paternaliste, il va écouter, très gentiment et après il fera le tri, et il retiendra ce qu'il faudra retenir* ». A contrario un médecin « *plus jeune [...] sera plus direct* », et « *fera le tri beaucoup plus vite* ». Pour elle, avec un jeune médecin « *il y aura moins d'écoute vis-à-vis du patient* ».

La deuxième notion qui a été mise en évidence par les patients était « *le manque de médecins généralistes* » qui pouvait expliquer selon eux la modification, et la transformation des pratiques médicales. « *Il va aussi y avoir un manque de médecin sans doute, donc on ne pourra pas répondre à la demande de rendez-vous* » (P14).

La troisième notion qui a été mise en évidence était la remise en cause des capacités médicales des médecins. Essentiellement deux patients P6, et P9 jugeaient que leurs médecins ne répondaient pas à leurs attentes. Le patient P9 expliquait qu'il trouvait que son médecin gérait ses « *dossiers de manière [...] légère* », il nous donnait l'exemple d' « *un certificat médical pour une compétition sportive* ». Dans cet exemple, son médecin ne lui faisait « *pas faire faire de flexion* », et jugeait donc son examen clinique comme insuffisant « *il vous ausculte de manière légère* ». La patiente P7 expliquait qu'il lui arrivait de « *douter du diagnostic* ». La patiente P11 avait un exemple bien concret et expliquait que son ancien médecin traitant ne l'auscultait pas entièrement, « *C'est en passant à la médecine du travail* », qu'on lui avait découvert « *un gros nodule* » à la thyroïde, elle en avait donc fait part à son médecin traitant qui selon elle « *était désarçonné* ». Elle concluait « *Il ne me l'avait jamais fait, et là il a encaissé* ». Cette remise en cause était aussi mise en évidence par la patiente

P17. Selon elle si le médecin « *nous connaît trop* » il aurait pu « *être moins attentionné du coup* » (P17).

Enfin la dernière notion qui avait été mise en évidence par les patients sur l'évolution de la médecine, était la notion de consommation. Par exemple la patiente P5 qui se qualifiait comme n'étant « *pas une grande consommatrice* ». Ou encore avec la patiente P11 qui avouait « *je ne suis pas médicament* » afin de se définir. Cette idée était aussi mise en évidence par le patient P3 qui se qualifiait comme n'étant « *pas pour les médicaments* », tout comme la patiente P11. Il mettait en lien son avis sur cette question et sa profession « *Les médecins de la prison chez nous, ils ne pensent pas trop, ils leur donnent ce qu'ils veulent* ». Cette notion de consommation médicamenteuse était aussi mise en évidence par la patiente P5 pour qui l'une de ses attentes lorsqu'elle consultait était de savoir « *quel médicament ?* » elle devait prendre. Pourtant elle se définissait comme n'étant « *pas une grande consommatrice* ». Cette notion de consommation était aussi retrouvée en ce qui concerne les examens complémentaires. La patiente P6 expliquait « *il y en a quand on demande une radio par exemple, ils ne veulent pas. Ils ne comprennent pas* ». Enfin cette notion est aussi retrouvée dans l'entretien du patient P12 qui se qualifiait comme étant « *toujours satisfait* ». La satisfaction est dans ce cas la disparition d'un besoin.

3.2.5. Les CMM révélatrices des difficultés du médecin.

Plus de la moitié des patients révélaient penser que pour leurs médecins traitant les CMM devaient être « *compliquer à gérer* » (P1). La patiente P1 constatait qu' « *ils n'aiment pas* » ce type de consultation. Le patient P18 émettait l'hypothèse qu'ils n'étaient « *pas tellement pour* ». Cette constatation était aussi reprise par le patient P7 « *Je ne pense pas que cela l'arrange. Ça ne doit pas être agréable, et facilement gérable ?* » Car si « *on a trop de motifs, ça peut durer trop longtemps. C'est un inconvénient pour le médecin* » reconnaissait le patient P16. La patiente P4 allait même jusqu'à dire que les CMM « *ça peut être chiant pour eux* ». D'ailleurs une patiente nous avait expliqué que son médecin traitant lui avait dit clairement « *On traite une chose à la fois* » (P11). Par la suite dans son entretien, elle avouait avoir « *été déçue* » car « *c'était quand même le médecin de famille* ». Elle justifiait les propos de son médecin traitant « *c'était une façon à lui de dire : Je ne veux pas deux choses à traiter importantes en même temps* ». Ces propos étaient aussi repris par la patiente P1 « *Maintenant je comprends le médecin quand il s'arrête à deux choses, quoi... Je veux dire il ne peut pas traiter en tant que médecin cinq choses dans la même consultation, surtout si c'est sur*

rendez-vous, et qu'il a des rendez-vous tous les quarts d'heure ». Cette notion de temps supplémentaire à accorder à une consultation était aussi mise en exergue dans les propos de la patiente P4 « *Quand il y a une personne qui vient et qui dit « j'ai mal partout », c'est du temps à passer, et il faut qu'il gère ça* ». Enfin pour conclure son entretien un patient explique concernant les CMM « *avec moi, il n'a pas le choix, c'est toujours. Il fait contre mauvaise fortune, bon cœur* » (P13).

Pour certains patients les CMM permettaient de différencier plusieurs catégories de médecins, en fonction de leurs réponses. En effet pour la patiente P5, il y avait le « *bon médecin* » (P5) et le « *mauvais médecin* ».

Le « *bon médecin* » (P5) se définissait selon la patiente P17 comme devant rester « *attentif* ». Elle ajoutait « *Moi j'ai un médecin traitant qui ne compte pas ses heures, et qui des fois finit très tard le soir* ». Elle qualifiait d'ailleurs son médecin traitant comme étant « *parfait* ».

Alors que le « *mauvais médecin il va bâcler son travail, et va dire aller voir mon collègue (P5)* ». Le patient P6 définissait le mauvais médecin comme étant un médecin qui ne faisait « *plus attention* », « *il ne cherche plus* ». Le patient P8 expliquait que « *le mauvais médecin* » restait « *en surface, ça va être juste le gros du truc, et il n'y aura pas d'accompagnement sur le reste* » (P8). Le patient P9 expliquait que les CMM révélaient les difficultés du médecin car « *Il ne va pas jusqu'au bout des analyses, il ne va pas jusqu'au bout des choses, et ça sous tend à avoir envie de changer* ». Parallèlement pour la plupart des patients le fait de consulter avec des CMM, et de nombreuses plaintes pouvait engendrer le risque « *de ne pas être pris en considération* » (P2) par le médecin. La patiente P17 citait son médecin en expliquant que si sa fille consultait avec des motifs multiples son médecin allait se dire « *elle exagère encore* ». En effet, les CMM semblaient pour les patients aboutir à une perte de considération de leur médecin. La patiente P6 expliquait « *Et à la fin il y a des docteurs qui font pfou, pfou, pfou* ». Les patients P2 et P4 expliquaient que certains malades « *se plaignent de tout et de rien* » et souvent ils « *n'ont rien en fait* » (P4). Le patient P3 allait encore plus loin en s'exprimant « *Moi si j'étais médecin, les gens avec plusieurs motifs, je leur dirais d'aller voir un psychologue. Faites-vous soigner, c'est dans la tête c'est pas autre chose* » (P3). D'ailleurs la patiente P10 expliquait que le risque principal des CMM était de « *passer à côté d'une grosse, grosse pathologie* ». Tout comme le patient P1 qui considèrait que le risque des CMM était de « *passer à côté de quelque chose, si il y a un inconvénient, je pense que ce serait ça* ». Le patient P9 constatait aussi que le risque était qu'on « *se disperse et qu'on s'éloigne du*

sujet principal ». Cette constatation était d'ailleurs retrouvée dans l'entretien de la patiente P17 pour qui les CMM pouvaient être source d'erreurs car « *on le déconcentre* ».

A noter seulement trois patients avaient clairement dit que c'était leurs médecins qui étaient à la base de leurs CMM. Le patient P8 expliquait que c'était son médecin qui « *crée la consultation à motifs multiples* » (P8). Il expliquait « *qu'elle le relance* », et se souvenait des « *consultations précédentes* ». Pour le patient P12 « *le généraliste souvent il questionne, en fonction de notre âge et de ce qu'on peut avoir aussi* ». « *Donc il pose plusieurs questions, et on répond à plusieurs questions, mais on a qu'une demande* ». Enfin pour la patiente P15, son médecin traitant lui laissait la possibilité de consulter avec des CMM. Elle expliquait « *chez mon médecin on a le droit à 3 motifs dans une consultation. C'est écrit dans la salle d'attente, pas plus de 3 demandes en une consultation* ».

Enfin un patient concluait cette partie de l'entretien en expliquant « *Il fait ce qu'il peut cet homme* » (P13), car « *il a un planning à respecter* » (P18). Le patient P18 concluait cette partie de l'entretien en expliquant « *Il n'est pas responsable non plus de ce qui arrive* ». Enfin la patiente P1 portait aussi un regard compréhensif envers les médecins traitants en expliquant « *Je veux dire il ne peut traiter en tant que médecin cinq choses dans la même consultation, surtout si c'est sur rendez-vous, et qu'il a des rendez-vous tous les quarts d'heure* ».

3.2.6. Changements souhaités par les patients.

3.2.6.1. Un nouveau mode de pratique.

L'abandon des consultations sans rendez-vous.

Lors des entretiens les patients ont critiqué certains modes de pratique. Le patient P14 exprimait très clairement que les consultations sans rendez-vous lui semblaient vouer à l'échec, d'un point de vue organisationnel. « *Moi ça m'est déjà arrivé de faire 2 heures de queue d'attente, dans une salle d'attente, je trouve que ça c'est pas très logique* ». La patiente P7 expliquait aussi que la possibilité de différer dépendait aussi du mode d'exercice du médecin. « *Je peux comprendre qu'il diffère, mais dans le cas de mon médecin traitant qui exerce avec des consultations libres cela me semble compliqué. Je considère qu'il peut se permettre de prendre une consultation plus longue et nous on attend derrière dans la salle d'attente. Ça ne m'arrange pas trop, mais bon...* »

Temps de consultation adaptable.

Une des demandes des patients est un temps de consultation adaptable. Le médecin doit pouvoir « *se permettre de prendre une consultation plus longue* » (P7). Le médecin doit pouvoir s'adapter aux demandes du patient. La patiente P10 dit « *la durée de la consultation doit être en fonction du patient, de ce qu'il attend* ». En effet lors des entretiens que nous avons effectués avec des sujets âgés, ils nous ont révélé que pour eux « *¼ d'heure c'est peut-être un peu juste quand même. Le temps d'enlever ses habits et de se rhabiller* » (P12). Pour la patiente P11, son médecin « *n'est pas à regarder à 5 minutes* ».

Limitation du nombre d'actes.

Le patient P14 explique qu'afin d'obtenir une meilleure prise en charge pour les patients, il serait peut-être envisageable de limiter la pratique des médecins « *à un nombre de patients dans la journée* ».

3.2.6.2. Obligation de résultats.

L'obligation de résultats était parfaitement résumée par le patient P14. Il faudrait « *que ça aille vite, et qu'il trouve le bon remède tout de suite* » (P14). Tout comme la patiente P6 pour qui un bon médecin devait « *s'occuper de tout, tout de suite* » ou encore « *que tout soit réglé directement* » selon le patient P16. Le patient P9 semblait tout aussi exigeant « *je veux une réponse, au moins une écoute, et pas plus tard.* » Le patient P13 se définissait comme étant « *emmerdant, donc il ne peut pas s'en sortir* ». Le patient P1 semblait prendre plus de distance et expliquait « *en tant que patient on voudrait que tout soit géré en même temps* », Ces propos étaient aussi repris par la patiente P2 qui expliquait qu'elle attendait « *d'abord une réponse* » puis « *d'être suivie, et d'être soignée* », tout comme le patient P4 qui considèrait que le rôle du médecin et « *qu'il me dise ce qu'il se passe, et qu'il me donne des résultats de tout ce qu'il peut m'arriver* ». Le patient P3 allait même plus loin, pour lui son médecin se devait de répondre à son « *motif principal* », et « *qu'il s'adapte à ma maladie* ». Cet avis était aussi partagé par le patient P8 « *Comme il me connaît il va savoir ajuster le traitement, à ce que je lui ai demandé* ». Enfin la plus jeune patiente, semblait être la plus exigeante dans ses propos, elle attendait de son médecin traitant « *qu'il réponde à toutes mes demandes, et pas qu'à la plus importante* ».

Le patient P9 expliquait que son médecin « *ne va pas jusqu'au bout des analyses, il ne va pas jusqu'au bout des choses* », pour lui cela « *sous tend à avoir envie de changer* » de médecin généraliste. Un médecin dont la pratique était jugée comme étant « *légère* » (P9) se révélait donc comme un motif de rupture de la relation médecin malade.

Pour la patiente P6, certains médecins « *ne font plus attention* », ils devenaient trop « *systématiques* ». Pour elle, « *Ils ne font plus attention aux malades* ». Elle nous avouait en avoir discuté avec son entourage, qui lui disait « *qu'il faut changer* » de médecin généraliste.

Le service médical rendu aux patients était au centre de nombreux entretiens. Le patient P3 résumait en une phrase cette notion « *Si je vais voir une personne, c'est parce que je sais qu'elle peut me rendre ce service, sinon je n'irai pas* ». La patiente P11 expliquait qu'avec son médecin « *il faut toujours lui demander* », elle préférait lui expliquer ce qu'elle avait « *envie de faire* ». A la fin de son entretien, elle concluait que selon son expérience, « *dans une vie, quand vous avez un généraliste, c'est sure qu'il y a toujours quelque chose qui ne passe pas, qu'il n'avait pas vu [...] toujours quelque chose qui vous interpelle, est ce qu'il a vu les choses tout de suite au départ ? Est-ce qu'il a attendu trop longtemps ? [...] Est-ce que ça a été bien fait ?* » Pour elle, cette réaction « *c'est humain* » (P11).

3.2.6.3. *Communication et écoute.*

L'écoute semblait pour les patients être la base d'une relation médecin-malade. Le patient P8 déclarait clairement qu'il attendait de son médecin « *une réponse, au moins une écoute* ». D'ailleurs le patient P14 qui est professeur insistait sur le fait qu'un médecin se devait d'être « *extrêmement pédagogique* ». Car pour le patient P16 le plus important pour un patient était « *qu'on sache tout, tout de suite* ».

Pour le patient P10 le patient « *attend de l'écoute* », elle expliquait même que certains patients cherchaient « *du réconfort, à être chouchouté* ». Mais elle concluait par le patient « *attend de l'écoute, et ça le médecin n'a pas le temps* » (P10). Elle allait même jusqu'à expliquer que certains types de CMM pouvaient être perçues « *comme une perte de temps* » par le médecin traitant.

Parallèlement une bonne communication était essentielle, en effet la plupart des patients ont répondu qu'avec des explications, reporter des consultations pouvait « *au cas par cas, être compréhensible* » (P7). La patiente P17 était du même avis et nous expliquait « *vous pouvez me redonner un autre rendez-vous, et si ça peut pas attendre, je comprends très bien* ». Selon

le patient P8 le médecin devait « *estimer le temps* » de consultation nécessaire pour une bonne prise en charge. « *C'est elle qui va me dire on fait les tests et on reprend rendez-vous par rapport à ça* » (P8).

En effet le patient P9 était le parfait exemple. Il expliquait que repousser une de ses demandes à une consultation ultérieure « *serait un motif pour changer de médecin généraliste* ». Par contre si le choix de repousser sa demande était « *étayer par des éléments concrets* », il le comprendrait. Pour le patient P8, reporter une consultation pouvait se comprendre si il y avait « *une raison* », mais si c'était « *juste reporter par rapport au temps ou autre ; Oui, je le prendrai mal, ça serait bizarre* ». Il ajoutait « *J'aurais l'impression qu'elle s'en fout un peu, et qu'elle me prend pour un con* ». Cet avis semblait partagé par le patient P16, il expliquait que si le médecin « *dès le début* » lui disait « *ce souci je dois le régler en différé* » cela ne lui poserait « *aucun problème* ». Par contre s'il sentait « *qu'il se précipite, parce que ça le gêne, parce qu'il a des patients derrière* » cela le dérangerait.

Enfin la patiente P17 expliquait dans son entretien qu'il y avait son médecin et « *la norme* ». Son avis était tranchant ; Pour elle, examinait un patient toutes les quinze minutes « *c'est l'usine* ». Pour autant elle considérait qu'un médecin pouvait « *être compétent* » tout en étant « *moins humaniste* ». Elle concluait, qu'il existait des médecins dont l'objectif était de « *faire beaucoup de chiffres* ».

4. DISCUSSION

4.1. Discussion de la méthode.

4.1.1.Choix de la méthode qualitative.

Nous avons décidé de choisir une méthode qualitative, afin de comprendre les attentes, les raisons, et le ressenti des patients sur les consultations à motifs multiples. Ce type d'objectif répondant à la question « Pourquoi ? », le choix de la méthode qualitative était donc évident. Cependant, comme nous avons pu le constater la majorité des patients volontaires disaient ne pas être en demande de consultations à motifs multiples. Dans ce cas précis, l'étude qualitative, ne permettait pas de confirmer les dires des patients.

Ce sujet n'ayant jamais été traité du point de vue du patient, nous avons peu de référence bibliographique.

Nous nous sommes donc appuyés sur les thèses ayant traité du point de vue des médecins sur les consultations à motifs multiples. La revue de la littérature a été faite après le recueil de données afin d'éviter un biais de préconception.

4.1.2.Choix de l'entretien.

Nous avons décidé du choix de l'entretien semi-dirigé afin de recueillir un maximum d'avis différents sur les consultations à motifs multiples.

4.1.3.Idée initiale.

Dans la conception de cette thèse, je pensais me présenter comme une étudiante en sociologie, afin de recueillir des entretiens avec le moins de biais possible, les patients n'auraient pas su ma profession, et donc auraient pu se sentir plus libres. Cependant, je n'ai pas pu avoir l'opportunité d'interroger les patients dans ces conditions, car les premiers messages que j'ai laissé dans les salles d'attentes pour prise de rendez-vous, sont restés sans suite. J'ai donc décidé de changer ma méthode de recrutement en utilisant la base du volontariat sur mes lieux de stages. Les patients m'ayant déjà vus pour certains à de multiples reprises en six mois, ils semblaient plus confiants, et à l'aise lors des entretiens, mais le fait de devoir se présenter comme médecin auprès des patients a pu interférer dans leurs manières de me répondre. Ma position de future docteur en médecine a pu influencer les propos des patients, ce qui pourrait expliquer pourquoi si peu de patients ont avoué pratiquer des CMM.

4.1.4. Recrutement des patients.

Cette étude ne comportait qu'un seul critère d'exclusion, qui était l'âge de la majorité. Cette seule limite permettait donc d'avoir un échantillonnage varié, et des réponses multiples, la saturation des données a donc été obtenue après vingt entretiens.

Le recrutement des patients a été fait sur la base du volontariat, dans mes derniers lieux de stage et remplacements, dans l'Aisne et la Somme, ainsi que dans des milieux ruraux et urbain, ce qui permettait aussi d'avoir des résultats variés. Seulement deux patients ont été recrutés dans la patientèle d'un médecin exerçant sans rendez-vous. Enfin le recrutement des patients a eu lieu dans des cabinets où aucun mot à l'adresse des patients n'était noté dans les salles d'attente sur le nombre de motifs acceptables en consultation.

Il est important de préciser qu'il y a eu des différences importantes en ce qui concerne la richesse et la durée des entretiens entre les entretiens menés dans l'Aisne et ceux menés dans la Somme.

Enfin la richesse des entretiens effectués dans notre étude dépendait aussi du niveau socio-économique, et la profession des patients interrogés. Cette différence était surtout remarquable sur la dernière partie du questionnaire, quand on demandait aux patients de se projeter à la place du médecin traitant, et d'essayer de comprendre le ressenti du médecin.

4.1.5. Déroulement des entretiens.

Ce travail s'appuyait sur le ressenti des patients, ils nous ont donc souvent parlé de leurs expériences de vie personnelle ou de leur entourage. Il était donc indispensable que l'entretien se fasse dans un endroit calme, et seul à seul afin de pouvoir créer une atmosphère propice à la discussion.

Nous avons effectué 20 entretiens sur une durée de 7 mois. 10 entretiens ont eu lieu dans le cabinet médical du médecin traitant des patients, et les 10 autres entretiens ont eu lieu après rendez-vous au domicile des patients.

Les rendez-vous qui ont eu lieu au cabinet médical du médecin généraliste ont été effectués dans des bureaux jouxtant ceux des médecins. Nous étions donc seuls et dans un endroit calme, afin de recueillir les propos. Nous sommes cependant en droit de nous demander, si le fait d'être dans un cabinet jouxtant celui du médecin, n'a pas favorisé les réponses dirigées envers le médecin. D'ailleurs la durée moyenne des entretiens au domicile était supérieure aux entretiens effectués au cabinet du médecin.

La deuxième méthode, avec les entretiens au domicile a permis d'inclure des patients âgés ne souhaitant pas revenir au cabinet, ainsi que des patients pressés que je n'aurai pas pu inclure avec la première méthode. En effet, en zone urbaine les patients étaient moins enclins à rester après leur rendez-vous pour mon travail.

4.1.6.Méthode d'analyse des entretiens.

La méthode d'analyse a été effectuée par N'vivo11. Afin de limiter le biais d'interprétation les 10 premiers entretiens ont été triangulés avec un interne en médecine extérieur à notre étude.

4.2. Discussion des résultats.

4.2.1.Données générales de l'étude.

La durée moyenne des entretiens dans l'Aisne était d'environ 8 minutes et 21 secondes, alors que ceux menés dans la Somme était d'environ 11 minutes et 7 secondes. On peut s'interroger sur la différence de durée d'entretiens, qui aurait pu être en lien avec le lieu du déroulement des entretiens, ou avec le niveau socio-professionnel des patients interrogés. Car les patients ayant répondu favorablement à nos demandes à Amiens, souhaitaient systématiquement que l'entretien se déroule à leur domicile, faute de place ou de temps au cabinet de leurs médecins généralistes. Cependant on peut aussi observer que le niveau professionnel des patients interrogés à Amiens était supérieur à ceux interrogés dans l'Aisne.

En ce qui concerne le lien entre le nombre de motifs émis en consultation et la présence d'une pathologie chronique, aucune tendance n'a pu être mise en évidence. Contrairement à la thèse soutenue en 2012 par Julien Signoret intitulé : Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010 (6), qui mettait en avant que les consultations en médecine générale étaient plus lourdes et plus complexes l'âge avançant.

Enfin aucun profil de patient demandeur de CMM n'a pu être dressé. Cependant cette étude nous a permis de mettre en exergue que les patients jeunes semblaient avoir plus souvent recours au CMM, ainsi que les patients présentant une faible fréquence de consultation. Ces données n'ont pas pu être confrontées à la littérature, car aucune étude quantitative n'a été réalisée sur ce sujet.

4.2.2. Analyse du contenu des entretiens:

4.2.2.1. *Facteurs influençant le choix des consultations à motifs multiples.*

Le temps.

Le temps restait la notion la plus abordée. Les patients semblaient vouloir du temps, afin de tisser une bonne relation « médecin-malade ». Le temps d'écoute semblait primordial pour le patient. D'ailleurs pour Balint (10) « écouter pendant un entretien prolongé représente une grande part de la psychothérapie ».

Cependant seulement deux patients, indiquaient réellement la durée d'une consultation avec leur médecin généraliste. Le temps était donc au centre de tous les entretiens mais en même temps, il n'était quantifié que deux fois. Les patients souhaitaient avant tout avoir un temps de consultation adaptable, mais se plaignaient aussi du temps d'attente. Une thèse en 2013 (11) avait abordé la perception des patients, en ce qui concerne le temps d'attente chez leur médecin généraliste, pour 68,5% d'entre eux il semblait durer de 5 à 30 minutes, et pour 25,5% des patients le temps d'attente estimé était entre 30 minutes et 1 heure. En parallèle, l'article le patient impatient de la revue éthique (12) estimait que le temps d'attente d'un patient en salle d'attente avant de devenir impatient était en moyenne de quinze minutes.

De façon complémentaire, une thèse de 2016 (13) mettait en évidence les facteurs influençant les raisons du choix du médecin traitant. Celle-ci confirmait le fait qu'un temps d'attente qui semblait trop long pouvait être une des raisons du changement de médecin traitant.

Le temps étant devenu un luxe dans notre société, l'impatience devient grandissante, et notre étude la met en avant à de nombreuses reprises.

Des aspects financiers peu abordés.

La rémunération des médecins face à ces consultations à motifs multiples, n'a jamais été abordée par les patients. Pourtant de nombreuses études (14) ont mis en avant que la plupart des médecins souhaitaient une augmentation de leur rémunération lors de CMM. La nouvelle convention avance dans ce sens, même si la cotation des consultations longues doit répondre à de nombreux critères, qu'il est difficile de remplir dans notre pratique quotidienne.

Le thème financier a en effet été abordé par cinq patients, qui avaient des avis très divergents. En effet, la première patiente mettait en avant le fait que notre système de santé nous permettait de pouvoir consulter et d'être parfaitement remboursé de soins, donc que cet item ne pouvait expliquer les consultations à motifs multiples. Alors que les quatre autres patients indiquaient que l'avance des frais de soins pouvait être une des raisons de ces consultations.

Cette question reflète donc exactement le débat du « tiers payant » qui nous est si cher, et de l'« accès aux soins ».

4.2.2.2. Les conditions à remplir pour les CMM.

Dans notre travail près de la moitié des patients ont défini les conditions à remplir pour les CMM, mais peu de patients ont déclaré avoir recours à des consultations à motifs multiples. Pourtant une thèse menait en 2012 (7) sur l'évolution du contenu de la consultation en médecine générale mettait en évidence qu'en 15 ans le nombre moyen de motifs de consultations était passé de 1,8 à 2,2 motifs par consultation en médecine générale. Cette divergence de résultats s'explique probablement par notre position de future docteur en médecine, les patients ont pu être gênés d'avouer en pratiquer.

Dans la plupart de nos entretiens, les patients expliquent ne pas être coutumiers des consultations à motifs multiples, mais qu'ils connaissent d'autres personnes qui y ont recours. Pourtant l'étude française ECOGEN (15) menée sur 20 613 consultations mettait en évidence que le patient présentait en moyenne 2,6 motifs par consultation.

On peut donc se demander si pour les patients ces consultations à motifs multiples sont peu avouables, car mal perçues par leur médecin généraliste. En sachant que j'étais étudiante en médecine, ils ont peut-être sciemment été dans notre sens.

4.2.2.3. Représentation de la médecine générale.

Dans notre époque que nous qualifions aisément de consumériste, peu de patients ont mis en évidence le lien entre médecine et consommation, mais celle-ci transparaisait tout de même dans les expressions utilisées et dans les métaphores des patients.

Prenons la notion de consommation d'informations médicales sur internet, en effet une patiente a expliqué se rendre chez son médecin avec le diagnostic établi et la liste des médicaments qu'elle attendait qu'on lui prescrive. On retrouve encore dans cette consommation d'informations médicales, le « modèle informatif ». La richesse de l'information disponible 24h/24 permet au patient de pouvoir se renseigner avant de se rendre chez son médecin traitant.

Le consumérisme médical est né aux Etats-Unis, et s'ancre de plus en plus dans notre système de santé.

4.2.2.4. Les CMM révélatrices des difficultés du médecin.

Les difficultés rencontrées par les médecins lors de CMM mis en avant par les patients correspondent aux items retrouvés dans la thèse d'Aurélié Camoin (5) intitulé : Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de

prise en charge médicale du patient. En effet la notion de tolérance du nombre de motifs en consultation est mise en avant par la plupart des patients, de même pour la diminution de la qualité de consultation lors de CMM. La réévaluation du coût de la consultation lors de CMM par contre n'a jamais été envisagée par les patients, alors que dans le travail d'Aurélie Camoin celle-ci présentait une part importante des attentes des médecins. En effet, 83% des médecins interrogés jugeaient que le tarif des CMM n'était pas adapté, 9% avaient jugé qu'elles n'avaient pas lieu d'être, et seulement 4% « ont répondu que le tarif de la consultation était adapté ». D'ailleurs cette thèse avait mis en avant la pratique de dépassement d'honoraires dans le cadre de CMM qui n'ont jamais été abordé lors des entretiens avec les patients. Cette rémunération des CMM reste une question importante en France, surtout au regard des pratiques des pays frontaliers, comme la Suisse. Les consultations étaient facturées à la minute par les médecins généralistes suisses (16) avant un nouveau plan depuis les 1^{er} Janvier 2018 avec des consultations ne devant pas excéder 20 minutes.

Enfin cette thèse (5) avait permis de mettre en avant que 91% des médecins généralistes percevaient les CMM comme « situation à risque d'événement indésirable », tout comme les patients dans nos entretiens.

4.2.2.5. Changements souhaités par les patients.

Dans notre étude l'obligation de résultats est mise en avant par plusieurs patients. En France le médecin avait déjà une obligation de moyens, maintenant celle-ci devient aussi une obligation de résultats, avec une notion de service médical rendu aux patients.

En ce qui concerne les changements souhaités par les patients, l'item le plus important est la communication. Dans notre étude, nous mettons en évidence que pour une même décision si le médecin communique et informe mieux le patient celui-ci est à même de comprendre le choix du médecin.

Prenons l'exemple concret de la consultation différée. Si celle-ci est expliquée au patient par le médecin, comme un choix pour une meilleure prise en charge, dans ce cas précis la plupart des patients disent comprendre leurs médecins. Alors que si le médecin diffère une demande par manque de temps, sans informer le patient, cela est considéré comme un motif de rupture de la relation médecin –malade.

En reprenant l'histoire et l'évolution de la relation médecin-malade cette situation se comprend plus facilement. En 1992, Emanuel et Emanuel (17) dénombraient 4 modèles

différents de la relation médecin-malade : le modèle « informatif », « interprétatif », « délibératif » ou « paternaliste ».

Actuellement, la relation médecin-malade tend à devenir un « modèle informatif ». Le modèle traditionnel ou encore nommé paternaliste n'est plus souhaité par les patients.

Le patient en réaction à l'ancien modèle veut devenir « le décideur ». Il veut être informé sur les différentes options thérapeutiques et sur les examens complémentaires nécessaires avant une décision. Et c'est en toute connaissance de cause que le patient accepte ou non ce que le médecin propose.

A travers ce modèle, c'est une prise en charge globale du patient que l'on retrouve encore en référence à Balint qui définissait les bases de la médecine comme « centrée sur le patient ». L'article Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature (18) expliquait que « Le médecin n'est plus amené à établir un diagnostic, mais à créer un espace de travail non directif dans lequel le patient pourra cheminer vers un changement souhaité».

En ce qui concerne les changements souhaités, et l'évolution de la médecine, il est aussi important de mettre en exergue que les sujets âgés ont discuté essentiellement la notion d'écoute indispensable chez « un bon médecin » dans leurs critères. Alors que les plus jeunes ont surtout mis en évidence la notion de résultats, et de rapidité. Une réelle différence générationnelle se retrouve donc dans notre travail.

4.2.2.6. La prévention, la grande absente.

Enfin afin de terminer notre discussion, il nous semble important de mettre en évidence que seulement un seul patient a traité de la prévention en médecine. Alors que cette notion nous semble en tant que médecin parfaitement liée avec les consultations à motifs multiples dans notre pratique.

4.2.2.7. La consultation idéale.

La consultation idéale pour les patients afin de répondre à leurs attentes semblerait être l'addition de nombreux paradoxes.

Le premier paradoxe identifié à travers cette étude est le temps. Les patients souhaiteraient que tout aille vite, mais aussi que le médecin écoute, et prenne son temps. En parallèle, on est

en droit de se demander comment les patients peuvent vouloir avec un temps de consultation adaptable à chaque situation, sans aucune répercussion sur le planning ?

Le deuxième paradoxe identifié dans notre étude est le fait que le manque de médecin justifie pour certains patients les CMM, à contrario les consultations trop longues diminuent aussi l'accessibilité aux soins, car certaines vraies urgences selon les patients ne peuvent plus être correctement prises en charge.

Le troisième paradoxe identifié est économique. En ce qui concerne le point de vue des patients, ils n'ont discuté que des consultations payantes. Le terme « tiers payant » n'a jamais été retrouvé dans les entretiens, pourtant l'avance des frais de soins était revenue fréquemment dans les entretiens. En ce qui concerne le revenu des médecins, une seule patiente nous a formulé une remarque, celle-ci étant d'ailleurs plutôt péjorative « faire beaucoup de chiffres ». (P17) On peut donc s'interroger sur la perception des patients de nos modes de rémunération et de notre revenu.

Le dernier paradoxe identifié concerne notre futur proche. L'évolution de la médecine va vite, et nous devons sans cesse nous remettre en question, l'accessibilité aux soins change et dans certaines régions la télémédecine est devenue concrète. L'avis de spécialistes à travers la télé médecine se généralise. Mais celle-ci peut-elle aussi être pratiquée dans le cadre de la médecine générale ? Notre travail, mettant en évidence l'obligation de résultats et l'exigence de la rapidité de diagnostic nous fait nous questionner. Ces deux notions sont –elles compatibles avec une relation médecin/patient basée sur la communication et l'écoute ?

Enfin d'un point de vue organisationnelle, une étude de l'Observatoire de la Société française de médecine générale menée en 2003 (19) avait permis de mettre en évidence que les consultations sans rendez-vous étaient plus longues de 4,54 minutes par rapport aux consultations programmées. Les médecins avaient donc tout intérêt selon cette étude à intégrer ce mode de pratique à leur planning, car notre étude nous permet aussi de constater que les patients désirent l'abandon de ce type d'exercice.

5. CONCLUSION

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés montre la pluralité des facteurs conduisant aux consultations à motifs multiples, et permet de dégager les attentes des patients lors de ce type de consultation.

Comme nous avons pu l'envisager avant le début de ce travail, les attentes des patients divergent en fonction de leurs catégories socioprofessionnelles et de leurs âges.

Les CMM reposent sur des règles établies par les patients, mais qui peuvent être modifiées par leur médecin en fonction de son mode de pratique. Ces règles simples régies par le respect de la relation médecin/patient, semblent évoluer avec la vulgarisation de la médecine.

L'accès aux médias et à internet rend la médecine accessible à chacun, notre étude met en évidence l'évolution du modèle médical, défini comme étant un modèle « informatif ». Les patients avant leur consultation ont déjà une idée du diagnostic et surtout ont des attentes précises, en terme de prescriptions médicamenteuses et d'exams complémentaires nécessaires. Cette exigence de l'information se retrouve dans la notion d'obligation de résultats qui transparait dans les propos des plus jeunes patients.

Parallèlement on constate dans notre étude un raccourcissement de notre espace-temps. Les patients exigent des réponses rapides. Cela ayant pour conséquence directe les consultations à motifs multiples, car les patients recensent tous leurs problèmes et souhaitent des réponses immédiates.

Par conséquent la consultation idéale mise en évidence reste l'addition de nombreux paradoxes. Il en découle que le médecin généraliste a un vrai rôle à jouer dans cette adaptation des pratiques médicales. En modifiant son mode de pratique, dès la prise de rendez-vous, et l'élaboration de son planning, le médecin généraliste peut améliorer son organisation et répondre au mieux aux attentes des patients.

Au vu de l'évolution de la médecine, et surtout du plein essor de la télémédecine. Une thèse qualitative auprès de patients pourrait découler de notre travail, en essayant de répondre à la question : La télémédecine pourra-t-elle répondre aux attentes des patients comme à celles des médecins? Et comment pourrait-elle faire évoluer leur relation?

6. BIBLIOGRAPHIE:

- (1) Breuil-Genier P, et Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. [en ligne] Drees, Études et résultats 2006 apr; 481. Disponibilité sur Internet: <<http://www.drees.sante.gouv.fr>. (consulté le 14/11/2017)
- (2) Petitjean Latifa. *Analyse multifactorielle des consultations en médecine générale à Paris: étude portant sur 2140 consultations pour 1200 patients*. Thèse de doctorat de médecine générale: Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), 2000.
- (3) Lemasson Arnaud, Gay Bernard, Lemasson Jean-Louis, et Duroux Gérard. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine* 2, no 1 (2006): 38–42.
- (4) Carmoi Thierry. *Le médecin idéal: Le point de vue des patients*. Mémoire de DIU de pédagogie médicale, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, 2010.
- (5) Camoin Aurélie. *Perceptions des médecins généralistes de la consultation à motif multiple et de son impact sur la qualité de prise en charge médicale du patient*. Thèse de doctorat de médecine générale: Université Aix-Marseille. 2015.
- (6) Signoret Julien. *Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010*. Thèse de doctorat de médecine générale: UFR Des Sciences De La Santé Paris-Ile-De-France-Ouest, 2012, 96.
- (7) Organisation Mondiale de la santé. « Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé ». New York, 19 au 22 juillet 1946. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, p. 100.
- (8) Hennebo Nicolas. *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine*. 2009, Version 1.1. Disponibilité sur Internet : <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf> (consulté le 09/05/2017)

- (9)savoie-Zajc Lorraine. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? Université du Québec. Recherches qualitatives. 2007 ; Hors série, n°5, p99-111. Disponibilité sur Internet : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf (consulté le 12/03/2017).
- (10)Balint M. Le Médecin, son Malade et la Maladie. Petite Bibliothèque Payot .1973 p. 422
- (11)Métois Clara. *Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste: étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique*. Thèse de doctorat de médecine générale: Université de Nantes. 2013 ; 125.
- (12)Delassus, E. Le patient impatient . *Éthique & Santé*, 2014 ;vol.11, n° 4,p.216–219.
- (13)Purvin Julie. *Pourquoi les patients picards changent-ils de médecin traitant?: étude qualitative sur les patients de la région Picardie*. Thèse de doctorat de médecine générale: Université de Picardie Jules Verne. 2016 ; 79.
- (14)Dussau Leslie, Gries Jean-luc.*Les consultations de médecine générale dans le Bas-Rhin (67) problématique des consultations à motifs multiples*. Thèse de doctorat de médecine générale: Université de Strasbourg . 2010.
- (15)Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, et Mercier A. ECOGEN: étude des éléments de la consultation en médecine générale . *exercer*, 2014 ; vol.114, n° 144, p.148–157.
- (16)Stéphane Lancelot. 20 minutes de consultation maxi pour les généralistes suisses : un luxe vu de France . *Le Généraliste*, 13 janvier 2018. Disponibilité sur Internet : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2018/01/13/20-minutes-de-consultation-maxi-pour-les-generalistes-suisses-un-luxe-vu-de-france_313354.(consulté le 23/11/2017).

- (17) Emanuel Ezekiel J, et Emanuel Linda L . Four models of the physician-patient relationship . *Jama*, 1992 ; vol 267, n°16, p.2221–2226.
- (18) Fournier Cécile, et Kerzanet Sandra. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature . *Santé publique*, 2007 ; vol 19, n°5, p.413–425.
- (19) Popelier A.L, Duhot D, et Kandel O. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale . *Exercer*, 2008, vol 80, 56–7. Disponibilité sur internet : [file:///C:/Users/caroline/Downloads/Wonca_Paris_pp.56_57%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/caroline/Downloads/Wonca_Paris_pp.56_57%20(7).pdf) (consulté le 23/11/2017).

7. ANNEXES:

7.1. ANNEXE1: Affichage salle d'attente

Je suis interne en médecine, et aurai besoin de votre aide pour ma thèse.

J'aurai besoin que vous m'accordiez quelques minutes avant ou après votre consultation, afin de répondre à quelques questions simples.

Je vous remercie d'avance.

7.2. ANNEXE2: Script d'entretien.

« Bonjour, je suis Mlle Caroline RANGAMA en 9eme année de médecine à la faculté de médecine d'Amiens. J'effectue mon travail de thèse sur le thème des consultations à motifs multiples, afin de comprendre vos attentes, votre ressenti. Cette discussion restera anonymisée, mais elle sera enregistrée à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire vos propos mots pour mots.

Si vous acceptez de participer à ce travail nous pouvons commencer ».

Description de l'échantillon :

- Sexe ?
- Quel est votre âge
- Quelle est votre profession ?
- Dans quel département habitez-vous ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- Avez-vous une pathologie chronique ?
- Quelle est votre fréquence des consultations ?

Entretien :

- Quelle est votre opinion sur les consultations à motifs multiples ?
- Quelles sont vos attentes lors d'une consultation à motifs multiples ?
 - Qu'attendez-vous de lui ?
- Quels en sont les avantages ?
 - Pourriez-vous expliquer pourquoi ?
- Quels en sont les inconvénients ?
 - Pourriez-vous expliquer pourquoi ?
- Quelles sont les raisons qui vous conduisent à consulter avec des motifs multiples ?
- Que pensez-vous d'une consultation d'une durée de 15 minutes, lorsque vous avez des motifs multiples ?
 - Qu'en penseriez-vous si un seul motif ?ou plusieurs motifs?
- Selon vous comment votre médecin traitant perçoit ce type de consultation?

- Que diriez-vous, si votre médecin différait certaines de vos demandes lors d'une autre consultation par manque de temps ?

« Merci pour votre participation ».

LES CONSULTATIONS A MOTIFS MULTIPLES EN MEDECINE GENERALE DU POINT DE VUE DES PATIENTS.

INTRODUCTION : Les consultations à motifs multiples représentent une part importante de notre activité en médecine générale, mais les attentes des patients n'ont jamais été étudiées. L'objectif de ce travail a été de comprendre les attentes des patients lors de consultations à motifs multiples, mais aussi d'en identifier les raisons, afin de mieux organiser notre temps de consultation.

METHODE : Nous avons réalisé une enquête qualitative, par entretiens semi-dirigés, auprès de vingt patients en Picardie. L'analyse a été effectuée selon la théorisation ancrée.

RESULTATS : La majorité des patients souhaitaient un temps de consultation adaptable, l'obligation de résultats, et enfin une meilleure écoute et communication basée sur une relation de confiance médecin/patient. Cependant une différence générationnelle importante apparaissait. Les plus jeunes patients étaient en demande d'un modèle médical « informatif », et surtout d'une rapidité de réponse contrairement aux plus âgés. En ce qui concerne les raisons identifiées dans le choix de CMM : l'accessibilité aux soins, la perte de mobilité, le manque de temps, l'inquiétude du diagnostic porté, et les raisons économiques restaient les principaux facteurs influençant les CMM.

CONCLUSION : un modèle de consultation idéale a été mis en exergue par les patients, et nous devons jouer un rôle important afin d'en devenir acteur et de mieux organiser notre temps de travail.

MOTS CLES : consultations à motifs multiples, médecine générale, vécu des patients, attentes, durée de consultation.

CONSULTATIONS WITH MULTIPLE REASONS IN GENERAL PRACTICE FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW.

INTRODUCTION: Multiple-reason consultations (MRC) are an important part of our work in general practice, but patient expectations have never been studied. The objective of this work was to understand patients' expectations during multiple-reason consultations, but also to identify the reasons for them, in order to better organize our working time.

METHOD: We managed a qualitative survey of twenty patients in Picardy, using semi-structured interviews. The analysis was carried out according to anchored theorization.

RESULTS: The most of patients wanted adaptable consultation time, the obligation of results, and finally better listening and communication based on a relationship of trust between doctor and patient. However, an important generational difference appeared. The younger patients were in demand for an "informative" medical model, and especially for a rapid response, unlike older patients. Regarding the reasons identified in the choice of MRC: access to care, loss of mobility, lack of time, concern about diagnosis, and economic reasons remained the main factors that influence MRC.

CONCLUSION: an ideal consultation model has been highlighted by patients, and we must play an important role in order to become an actor and to better organise our working time.

KEYWORDS: multiple-issue consultations, general practice, patient experience, expectations, duration of consultation.