



HAL
open science

Impact de la durée de consultation en médecine générale sur le ressenti du patient et sa satisfaction de prise en charge : étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés

Delphine Billoud

► To cite this version:

Delphine Billoud. Impact de la durée de consultation en médecine générale sur le ressenti du patient et sa satisfaction de prise en charge : étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02963048

HAL Id: dumas-02963048

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02963048>

Submitted on 9 Oct 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Delphine BILLOUD

le 22 septembre 2020

**IMPACT DE LA DUREE DE CONSULTATION EN MEDECINE
GENERALE SUR LE RESSENTI DU PATIENT ET SA SATISFACTION
DE PRISE EN CHARGE**

Etude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés

Directeur de thèse : Dr DUBOIS Guillaume

JURY

Président :

Pr AMOUYAL Michel, PU-MG

Assesseurs :

Dr LOGNOS Béatrice, MCU

Dr SERAYET Philippe, MCA

Dr DUBOIS Guillaume, Médecin Généraliste

**UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES**

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
par
Delphine BILLOUD

le 22 septembre 2020

**IMPACT DE LA DUREE DE CONSULTATION EN MEDECINE
GENERALE SUR LE RESENTI DU PATIENT ET SA SATISFACTION
DE PRISE EN CHARGE**

Etude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés

Directeur de thèse : Dr DUBOIS Guillaume

JURY

Président :

Pr AMOUYAL Michel, PU-MG

Assesseurs :

Dr LOGNOS Béatrice, MCU

Dr SERAYET Philippe, MCA

Dr DUBOIS Guillaume, Médecin Généraliste

PERSONNEL ENSEIGNANT ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

Professeurs Honoraires

| | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| ALLIEU Yves | CALLIS Albert | JAFFIOL Claude | NAVRATIL Henri |
| ALRIC Robert | CANAUD Bernard | JANBON Charles | OTHONIEL Jacques |
| ARNAUD Bernard | CHAPTAL Paul-André | JANBON François | PAGES Michel |
| ASTRUC Jacques | CIURANA Albert-Jean | JARRY Daniel | PEGURET Claude |
| AUSSILLOUX Charles | CLOT Jacques | JOURDAN Jacques | PELISSIER Jacques |
| AVEROUS Michel | COSTA Pierre | LAFFARGUE François | POUGET Régis |
| AYRAL Guy | D'ATHIS Françoise | LALLEMANT Jean Gabriel | PUJOL Henri |
| BAILLAT Xavier | DEMAILLE Jacques | LAMARQUE Jean- Louis | RABISCHONG Pierre |
| BALDET Pierre | DESCOMPS Bernard | LAPEYRIE Henri | RAMUZ Michel |
| BALDY-MOULINIER Michel | DIMEGLIO Alain | LE QUELLEC Alain | RIEU Daniel |
| BALMES Jean-Louis | DUBOIS Jean Bernard | LESBROS Daniel | ROCHEFORT Henri |
| BALMES Pierre | DUJOLS Pierre | LOPEZ François Michel | ROUANET DE VIGNE |
| BANSARD Nicole | DUMAS Robert | LORiot Jean | LAVIT Jean Pierre |
| BAYLET René | DUMAZER Romain | LOUBATIERES Marie Madeleine | SAINt AUBERT Bernard |
| BILLIARD Michel | ECHENNE Bernard | MAGNAN DE BORNIER Bernard | SANCHO-GARNIER Hélène |
| BLARD Jean-Marie | FABRE Serge | MARY Henri | SANY Jacques |
| BLAYAC Jean Pierre | FREREBEAU Philippe | MATHIEU-DAUDE Pierre | SEGNARBIEUX François |
| BLOTMAN Francis | GALIFER René Benoît | MEYNADIER Jean | SENAC Jean-Paul |
| BONNEL François | GODLEWSKI Guilhem | MICHEL François- Bernard | SERRE Arlette |
| BOURGEOIS Jean- Marie | GRASSET Daniel | MION Charles | SOLASSOL Claude |
| BRUEL Jean Michel | GUILHOU Jean- Jacques | MION Henri | THEVENET André |
| BUREAU Jean-Paul | HERTAULT Jean | MIRO Luis | VIDAL Jacques |
| BRUNEL Michel | HUMEAU Claude | NAVARRO Maurice | VISIER Jean Pierre |

Professeurs Emérites

| | |
|-------------------------|----------------------|
| ARTUS Jean-Claude | MARES Pierre |
| BLANC François | MAUDELONDE Thierry |
| BOULENGER Jean-Philippe | MAURY Michèle |
| BOURREL Gérard | MILLAT Bertrand |
| BRINGER Jacques | MONNIER Louis |
| CLAUSTRES Mireille | MOURAD Georges |
| DAURES Jean-Pierre | PREFAUT Christian |
| DAUZAT Michel | PUJOL Rémy |
| DAVY Jean-Marc | RIBSTEIN Jean |
| DEDET Jean-Pierre | SCHVED Jean-François |
| ELEDJAM Jean-Jacques | SULTAN Charles |
| GROLLEAU RAOUX Robert | TOUCHON Jacques |
| GUERRIER Bernard | UZIEL Alain |
| GUILLOT Bernard | VOISIN Michel |
| LANDAIS Paul | ZANCA Michel |

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

| | |
|------------------------------|---|
| ALBAT Bernard | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| ALRIC Pierre | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| BACCINO Éric | Médecine légale et droit de la santé |
| BASTIEN Patrick | Parasitologie et mycologie |
| BLAIN Hubert | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, Médecine générale, addictologie |
| BONAFE Alain | Radiologie et imagerie médicale |
| CAPDEVILA Xavier | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CHAMMAS Michel | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| COLSON Pascal | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| COMBE Bernard | Rhumatologie |
| COTTALORDA Jérôme | Chirurgie infantile |
| COUBES Philippe | Neurochirurgie |
| COURTET Philippe | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| CRAMPETTE Louis | Oto-rhino-laryngologie |
| CRISTOL Jean Paul | Biochimie et biologie moléculaire |
| DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel | Médecine d'urgence |
| DE WAZIERES Benoît | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| DELAPORTE Éric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| DEMOLY Pascal | Pneumologie ; addictologie |
| DOMERGUE Jacques | Chirurgie viscérale et digestive |
| DUFFAU Hugues | Neurochirurgie |
| ELIAOU Jean François | Immunologie |
| FABRE Jean Michel | Chirurgie viscérale et digestive |
| FRAPIER Jean-Marc | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |

| | |
|--------------------------|---|
| HAMAMAH Samir | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| HEDON Bernard | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| HERISSON Christian | Médecine physique et réadaptation |
| JABER Samir | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| JEANDEL Claude | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| JONQUET Olivier | Médecine intensive-réanimation |
| JORGENSEN Christian | Thérapeutique, médecine d'urgence, addictologie |
| KOTZKI Pierre Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| LABAUGE Pierre | Neurologie |
| LARREY Dominique | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| LEFRANT Jean-Yves | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| LUMBROSO Serge | Biochimie et Biologie moléculaire |
| MARTY-ANE Charles | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| MERCIER Jacques | Physiologie |
| MESSNER Patrick | Cardiologie |
| MONDAIN Michel | Oto-rhino-laryngologie |
| MORIN Denis | Pédiatrie |
| PAGEAUX Georges-Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PUJOL Pascal | Biologie cellulaire |
| QUERE Isabelle | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| RENARD Éric | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| REYNES Jacques | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| RIPART Jacques | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| ROUANET Philippe | Cancérologie ; radiothérapie |
| SOTTO Albert | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TAOUREL Patrice | Radiologie et imagerie médicale |
| VANDE PERRE Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| YCHOU Marc | Cancérologie ; radiothérapie |

PU-PH de 1^{ère} classe

| | |
|---------------------------|--|
| AGUILAR MARTINEZ Patricia | Hématologie ; transfusion |
| ASSENAT Éric | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| AVIGNON Antoine | Nutrition |
| AZRIA David | Cancérologie ; radiothérapie |
| BAGHDADLI Amaria | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| BEREGI Jean-Paul | Radiologie et imagerie médicale |
| BLANC Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BORIE Frédéric | Chirurgie viscérale et digestive |
| BOULOT Pierre | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| CAMBONIE Gilles | Pédiatrie |
| CAMU William | Neurologie |
| CANOVAS François | Anatomie |
| CAPTIER Guillaume | Anatomie |
| CARTRON Guillaume | Hématologie ; transfusion |

| | |
|-----------------------------|---|
| CAYLA Guillaume | Cardiologie |
| CHANQUES Gérald | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CORBEAU Pierre | Immunologie |
| COSTES Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| COULET Bertrand | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| CYTEVAL Catherine | Radiologie et imagerie médicale |
| DADURE Christophe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DAUVILLIERS Yves | Physiologie |
| DE TAYRAC Renaud | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DE VOS John | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| DEMARIA Roland | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| DEREURE Olivier | Dermatologie – vénéréologie |
| DROUPY Stéphane | Urologie |
| DUCROS Anne | Neurologie |
| DUPEYRON Arnaud | Médecine physique et de réadaptation |
| FESLER Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| GARREL Renaud | Oto-rhino-laryngologie |
| GENEVIEVE David | Génétique |
| HAYOT Maurice | Physiologie |
| KLOUCHE Kada | Médecine intensive-réanimation |
| KOENIG Michel | Génétique |
| LAFFONT Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| LAVABRE-BERTRAND Thierry | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LAVIGNE Jean-Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LE MOING Vincent | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| LECLERCQ Florence | Cardiologie |
| LEHMANN Sylvain | Biochimie et biologie moléculaire |
| MARIANO-GOULART Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| MATECKI Stéfan | Physiologie |
| MEUNIER Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MOREL Jacques | Rhumatologie |
| NAVARRO Francis | Chirurgie viscérale et digestive |
| NOCCA David | Chirurgie viscérale et digestive |
| PETIT Pierre | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PERNEY Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| PRUDHOMME Michel | Anatomie |
| PUJOL Jean Louis | Pneumologie ; addictologie |
| PURPER-OUAKIL Diane | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| TOUITOU Isabelle | Génétique |
| TRAN Tu-Anh | Pédiatrie |
| VERNHET Hélène | Radiologie et imagerie médicale |

PU-PH de 2^{ème} classe

| | |
|--------------------------|--|
| BOURDIN Arnaud | Pneumologie ; addictologie |
| CANAUD Ludovic | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| CAPDEVIELLE Delphine | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| CLARET Pierre-Géraud | Médecine d'urgence |
| COLOMBO Pierre-Emmanuel | Cancérologie ; radiothérapie |
| COSTALAT Vincent | Radiologie et imagerie médicale |
| CUVILLON Philippe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DAIEN Vincent | Ophthalmologie |
| DORANDEU Anne | Médecine légale et droit de la santé |
| FAILLIE Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| FUCHS Florent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GABELLE DELOUSTAL Audrey | Neurologie |
| GAUJOUX Viala Cécile | Rhumatologie |
| GODREUIL Sylvain | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| GUILLAUME Sébastien | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| GUILPAIN Philippe | Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie |
| GUIU Boris | Radiologie et imagerie médicale |
| HERLIN Christian | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie |
| HOUEDE Nadine | Cancérologie ; radiothérapie |
| JACOT William | Cancérologie ; Radiothérapie |
| JUNG Boris | Médecine intensive-réanimation |
| KALFA Nicolas | Chirurgie infantile |
| KOUYOUMDJIAN Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LACHAUD Laurence | Parasitologie et mycologie |
| LALLEMANT Benjamin | Oto-rhino-laryngologie |
| LE QUINTREC | Néphrologie |
| DONNETTE Moglie | |
| LETOUZEY Vincent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| LONJON Nicolas | Neurochirurgie |
| LOPEZ CASTROMAN Jorge | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| LUKAS Cédric | Rhumatologie |
| MAURY Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| MILLET Ingrid | Radiologie et imagerie médicale |
| MORANNE Olivier | Néphrologie |
| MURA Thibault | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| NAGOT Nicolas | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| PANARO Fabrizio | Chirurgie viscérale et digestive |
| PARIS Françoise | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PASQUIE Jean-Luc | Cardiologie |

| | |
|----------------------|---|
| PELLESTOR Franck | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PEREZ MARTIN Antonia | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| POUDEROUX Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| RIGAU Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| RIVIER François | Pédiatrie |
| ROGER Pascal | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROSSI Jean François | Hématologie ; transfusion |
| ROUBILLE François | Cardiologie |
| SEBBANE Mustapha | Médecine d'urgence |
| SIRVENT Nicolas | Pédiatrie |
| SOLASSOL Jérôme | Biologie cellulaire |
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénérologie |
| SULTAN Ariane | Nutrition |
| THOUVENOT Éric | Neurologie |
| THURET Rodolphe | Urologie |
| VENAIL Frédéric | Oto-rhino-laryngologie |
| VILLAIN Max | Ophtalmologie |
| VINCENT Denis | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| VINCENT Thierry | Immunologie |
| WOJTUSCISZYN Anne | Endocrinologie-diabétologie-nutrition |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉRI Laurent Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – Médecine générale

1^{ère} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

| | |
|----------------------------|---|
| BESSIS Didier | Dermato-vénérologie |
| MEUNIER Isabelle | Ophtalmologie |
| MULLER Laurent | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| PERRIGAULT Pierre-François | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| QUANTIN Xavier | Pneumologie |
| ROUBERTIE Agathe | Pédiatrie |
| VIEL Éric | Soins palliatifs et traitement de la douleur |

Maitres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

| | |
|-------------------------|--|
| BADIOU Stéphanie | Biochimie et biologie moléculaire |
| BOULLE Nathalie | Biologie cellulaire |
| CACHEUX-RATABOUL Valère | Génétique |
| CARRIERE Christian | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| CHARACHON Sylvie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| FABBRO-PERAY Pascale | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GIANSILY-BLAIZOT Muriel | Hématologie ; transfusion |
| HILLAIRE-BUYS Dominique | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| PUJOL Joseph | Anatomie |
| RICHARD Bruno | Médecine palliative |
| RISPAIL Philippe | Parasitologie et mycologie |
| SEGONDY Michel | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

MCU-PH de 1^{ère} classe

| | |
|------------------------------|--|
| BERTRAND Martin | Anatomie |
| BOUDOUSQ Vincent | Biophysique et médecine nucléaire |
| BOURGIER Céline | Cancérologie ; Radiothérapie |
| BRET Caroline | Hématologie biologique |
| COSSEE Mireille | Génétique |
| GIRARDET-BESSIS Anne | Biochimie et biologie moléculaire |
| LAVIGNE Géraldine | Hématologie ; transfusion |
| LESAGE François-Xavier | Médecine et Santé au Travail |
| MATHIEU Olivier | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas | Radiologie et imagerie médicale |
| MOUZAT Kévin | Biochimie et biologie moléculaire |
| OLIE Emilie | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| PANABIÈRES Catherine | Biologie cellulaire |

| | |
|----------------------|--|
| PHILIBERT Pascal | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| RAVEL Christophe | Parasitologie et mycologie |
| SCHUSTER-BECK Iris | Physiologie |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| THEVENIN-RENE Céline | Immunologie |
| TUAILLON Edouard | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |

MCU-PH de 2^{ème} classe :

| | |
|--------------------|---|
| CHIRIAC Anca | Immunologie |
| DE JONG Audrey | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DU THANH Aurélie | Dermato-vénéréologie |
| GOUZI Farès | Physiologie |
| HERRERO Astrid | Chirurgie viscérale et digestive |
| JEZIORSKI Éric | Pédiatrie |
| KUSTER Nils | Biochimie et biologie moléculaire |
| MAKINSON Alain | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| PANTEL Alix | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| PERS Yves-Marie | Thérapeutique; addictologie |
| ROUBILLE Camille | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SZABLEWSKY Vanessa | Anatomie et cytologie pathologiques |

Maîtres de Conférences des Universités – Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe :

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés – Médecine Générale

LOPEZ Antonio
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

| | |
|----------------------------------|--|
| BARATEAU Lucie | Physiologie |
| BASTIDE Sophie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| DAIEN Claire | Rhumatologie |
| GATINOIS Vincent | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| GOULABCHAND Radjiv | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| LATTUCA Benoit | Cardiologie |
| MIOT Stéphanie | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| PINETON DE CHAMBRUN Guillaume | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| SOUCHE François-Régis | Chirurgie viscérale et digestive |

REMERCIEMENTS

❖ Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury et pour l'attention que vous avez portée à mon travail. Veuillez accepter mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS, merci pour l'intérêt que vous avez accordé à mon travail et d'avoir accepté de faire partie des membres du jury. Veuillez accepter ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe SERAYET, pour ta gentillesse et ton soutien, merci d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury.

A Monsieur le Docteur Guillaume DUBOIS, tu m'as fait découvrir une médecine générale mêlant compétence et magie. Un immense merci pour tout ce que tu as fait pour moi : ton accueil, ta gentillesse, ta générosité, tous tes précieux conseils et ton humour hors norme bien sûr ! Quel honneur d'avoir pu apprendre à tes côtés dans cette ambiance unique !

❖ A mes maîtres de stage :

Au Docteur Abd-Samad AIFOUTE, pour ton incroyable gentillesse, toute ta bienveillance et ton accueil.

Au Docteur Nicolas GOUIN, pour ton humour et ta bonne humeur.

Au Docteur Diane LABAU-DONNET, pour ton accueil, ta gentillesse et ton enseignement en dermatologie.

Au Docteur Pierre LE BLAY, pour ton accueil et ta formation en rhumatologie.

Au Docteur Jean-Pierre SZANTO, pour ton soutien et ton approche de la gériatrie.

Aux Docteur Céline PAUL-LAZERGES, Claire DE LABACHELERIE et Claude NILLES pour votre accueil et le trio que vous avez formé tout le long de mon stage.

❖ A tous les médecins, paramédicaux et secrétaires hors normes rencontrés durant mon externat et internat, qui m'ont accompagné, formé et soutenu durant ces longues et belles études.

❖ A tous les participants de l'étude qui m'ont accordé leur confiance.

- ❖ A la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie de Paris VI.
- ❖ A la Faculté de Médecine de Montpellier et à son Département de Médecine générale.
- ❖ Au Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon.
- ❖ A ma mère et mon père, pour votre soutien infaillible aussi bien dans les études que dans mes loisirs, pour le pilier que vous avez toujours été et que vous continuez d'être. Merci pour tout votre amour et la façon dont vous m'avez fait grandir et découvrir la vie.
- ❖ A mes grands-parents, qui m'ont appris de belles valeurs et entouré d'amour.
- ❖ A tata et tonton, pour le soutien que vous êtes.
- ❖ A tati, merci pour ta tendresse.
- ❖ A ma petite-sœur, pour cette complicité qui a rendu mon enfance encore plus belle.
- ❖ A toute ma famille, pour les beaux moments que j'ai eu la chance de partager avec vous et qui m'ont fait grandir.
- ❖ A Claire, pour tous ces moments et rires partagés depuis le collège ainsi que notre amitié.
- ❖ A mes amies du lycée, Aurélie pour ton soutien, nos fous rires et nos extraordinaires voyages, Marion, pour ce lien indéfectible, Anne-Céline, pour ta bienveillance, Clémence et Marine pour ces joyeux moments.
- ❖ A Sophie, pour ta gentillesse et ton amitié.
- ❖ A Karen, pour ton soutien unique, merci pour cette incroyable perception que tu m'as offerte de la musique et des émotions.

- ❖ A mes copines d'externat, Sandrine, Agathe, Lucile, Marina, Maureen et Amélie pour tous les bons moments passés ensemble.

- ❖ A mes amis d'internat, Tahina, Claire-Line, Cécile, Valentin et Manu, pour ce premier semestre unique et nos inoubliables road trips, Caroline et Ornela, pour nos soirées danses et nos fous rires, Julie, Marion, Aurélie et Emilie pour faire partie de cette vie remplie de bonheur.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| <u>INTRODUCTION</u> | 18 |
| 1. Un peu d'histoire..... | 18 |
| 2. Revue de la littérature..... | 19 |
| 3. Objectif de l'étude..... | 20 |
| 4. Définitions..... | 20 |
| <u>MATERIEL ET METHODES</u> | 22 |
| 1. Recherche qualitative..... | 22 |
| 2. Analyse phénoménologique..... | 22 |
| 3. Approche sémio-pragmatique selon Peirce..... | 22 |
| 4. Les participants..... | 25 |
| 5. Lieux d'étude..... | 25 |
| 6. Procédure..... | 25 |
| 7. Méthode utilisée..... | 26 |
| 8. Guide d'entretien..... | 26 |
| 9. Gestion des données..... | 27 |
| 10. Aspects réglementaires et éthiques..... | 27 |
| <u>RESULTATS</u> | 28 |
| 1. Déroulement de l'étude..... | 28 |
| 1.1. Entretiens..... | 28 |
| 1.2. Echantillonnage..... | 28 |
| 2. Légende..... | 31 |
| 3. Exemple d'interprétation : entretien 11..... | 31 |
| 4. Emergence des catégories..... | 41 |
| 4.1. La durée de la consultation en médecine générale doit être en adéquation avec le motif de la venue et le profil du patient lui-même | 41 |
| 4.1.1.1. Certains motifs dans certains contextes..... | 41 |
| 4.1.1.2. Le besoin d'être rassuré..... | 45 |
| 4.1.1.3. Le besoin de parler ou de remédier à une certaine solitude sociale..... | 45 |
| 4.1.1.4. Les consultations plus longues ne sont pas toujours appréciées (en fonction du profil du patient)..... | 46 |
| a) Les patients ont également leur propre emploi du temps..... | 46 |

| | |
|---|-----------|
| b) Intérêt de la "Calinothérapie" ?..... | 47 |
| 4.1.1.5. La durée de consultation peut ainsi influencer le choix du médecin généraliste sans toutefois être prioritaire face à d'autres paramètres entrant en compte..... | 48 |
| 4.2. Les patients semblent plus réceptifs à la façon dont le temps est géré par le médecin généraliste qu'à la durée de la consultation en elle-même | 51 |
| 4.2.1.1. Une consultation estimée brève peut être perçue comme un témoin d'efficacité et de compétence..... | 51 |
| 4.2.1.2. Un réseau médical de qualité..... | 52 |
| 4.2.1.3. La durée de consultation en médecine générale ne doit pas être trop courte..... | 53 |
| 4.2.1.4. Attitude générale du médecin lors de la consultation..... | 56 |
| a) Le juste équilibre entre écoute et efficacité..... | 56 |
| b) La nécessité d'un climat de confiance..... | 57 |
| c) Interférences pendant la consultation..... | 59 |
| 4.3. Etre avant tout correctement traité et suivi : une attente fondamentale malgré les variations inter-praticiens | 60 |
| 4.3.1.1. Choc générationnel..... | 60 |
| a) Ancienne génération de médecins généralistes..... | 60 |
| b) "C'est la génération des 35 heures" | 61 |
| c) Discussion hors sujet médical..... | 62 |
| 4.3.1.2. Médecin habituel par rapport à un nouveau médecin ou à un médecin remplaçant..... | 64 |
| a) Variations interindividuelles..... | 64 |
| b) Un temps de consultation plus long est souvent attendu lorsque le médecin généraliste ne connaît pas le patient..... | 65 |
| 4.4. L'existence d'un déséquilibre entre durée passée en salle d'attente et durée de l'entretien avec le médecin peut affecter en partie le vécu de la consultation par le patient | 66 |
| 4.4.1.1. Lorsqu'il y a beaucoup de monde en salle d'attente, les consultations peuvent souvent être accélérées..... | 66 |

| | | |
|-----------------------------------|---|-----------|
| 4.4.1.2. | Des patients qui en veulent pour leur attente..... | 67 |
| 4.4.1.3. | Comparaison des durées de consultation des patients entre eux lors de l'attente..... | 68 |
| <u>DISCUSSION</u> | | 69 |
| 1. | Forces et limites de notre étude..... | 69 |
| 1.1. | Type d'étude..... | 69 |
| 1.2. | Les participants..... | 69 |
| 1.3. | Méthodologie, recueil et analyse des données..... | 69 |
| 1.4. | Biais..... | 70 |
| 1.5. | Critères de scientificité en recherche qualitative..... | 71 |
| 1.5.1.1. | Validité..... | 71 |
| 1.5.1.2. | Grille de COREQ..... | 72 |
| 1.6. | Ouverture..... | 72 |
| 2. | Comparaison à la littérature..... | 72 |
| <u>CONCLUSION</u> | | 74 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | | 75 |
| <u>ANNEXES</u> | | 78 |
| 1. | Coupon..... | 78 |
| 2. | Guide d'entretien..... | 79 |
| 3. | Grille COREQ..... | 80 |
| 4. | Verbatim sur cahier séparé..... | 82 |

IMPACT DE LA DUREE DE CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE SUR LE RESENTI DU PATIENT ET SA SATISFACTION DE PRISE EN CHARGE.

INTRODUCTION

La courbe d'efficacité liée à la durée de consultation en médecine générale semble plutôt obéir à une courbe en U inversé. En effet, une consultation trop courte est clairement insuffisante, mais trop longue ne semble pas non plus idéale, comme souligné dans le livre sur l'Audit de sécurité des soins en médecine de ville d'Amalberti René et Brami Jean (1) en se basant sur l'analyse de centaines de consultations à l'aide du score d'efficacité de consultation de Stewart élaboré en 1995 (2) .

Comparée aux autres pays du monde (3), **la durée moyenne de consultation en France** se caractérise par un temps plutôt long estimé à **16 minutes** selon l'enquête de la DREES réalisée en 2002 (4) .

Par ailleurs, la satisfaction d'une consultation est une notion importante aussi bien du côté du professionnel de santé que de celui du patient. En effet, il a été argumenté qu'à la qualité de l'interaction médecin – patient, il s'ensuit une meilleure observance du traitement et des recommandations (5) .

Plus personnellement, je me suis également rendu compte que ce que pouvait ressentir les patients ne concordait pas toujours avec l'idée que nous nous faisons de leur vécu. Cela se retrouve dans la littérature et notamment dans une thèse, celle de Dauris et Schambach (6) de 2013 sur les consultations de médecine générale : déroulement, pratiques des médecins et attentes des patients, où il est relevé que "*les pratiques des médecins généralistes ne sont pas toujours en accord avec les attentes de leurs patients ; peut-être en rapport avec une mauvaise perception de ces dernières*".

1. Un peu d'histoire

La durée des consultations a été modulée par l'évolution de notre système de santé, comme raconté par Pierre Duhamel dans l'Histoire des médecins français (7) et par Olivier Faure dans Les Français et leur médecin au XIXème siècle (8) .

Ainsi, il est constaté un changement de rythme avec au XIX^{ème} siècle seulement quelques patients par jour vus par le médecin généraliste. Puis, dans la première moitié du XX^{ème} siècle, avec l'apparition de la sécurité sociale pour tous et les modifications démographiques, le nombre de consultations a explosé. Le nombre de médecins a également augmenté avec un ratio nombre de médecins par habitant ayant quasiment doublé de 1876 à 1936 et qui après la seconde guerre mondiale a même triplé de 1958 à 1997 (9). Cependant, l'augmentation du nombre de médecins a été surpassée par celle des demandes de soin par patient accentuée par l'apparition des nouvelles réformes du système de santé. Ce déséquilibre entre nombre de médecins et demandes de soin semblant moins affecter les zones urbaines est en revanche frappant en zone rurale. Ainsi, la durée des consultations s'en est probablement retrouvée impactée.

2. Revue de la littérature

Il s'agit d'un sujet très peu étudié. Pourtant, le manque de temps en consultation est une préoccupation qui m'a été très fréquemment exprimée par les patients au cours de mes études lorsque j'exprimais le souhait de devenir médecin généraliste.

Bien que très peu abordé dans la littérature, on retrouve tout de même quelques travaux intéressants. Il en ressort que l'évaluation de la longueur des consultations semble particulièrement sensible aux facteurs émotionnels sur des échantillons de participants souffrant de troubles psychologiques.

En 2002, une étude quantitative limitée aux patients ayant des troubles psychologiques est publiée dans *The British Journal of General Practice* (10). Les consultations de 160 patients ont été chronométrées, puis ils ont donné leur estimation de la durée de consultation et enfin ils ont rempli un questionnaire de satisfaction. Il en est ressorti que la satisfaction des patients à l'égard de la consultation était liée à une surestimation de la durée des consultations sans être réellement plus longue, mais aussi influencée par d'autres aspects de leur expérience. Les plus satisfaits avaient tendance à surestimer la durée de consultation, tandis que ceux qui étaient moins satisfaits sous-estimaient la durée.

Une autre étude, qualitative, menée en Grande -Bretagne (11) avec des patients souffrant de dépression met en avant que l'utilisation du temps pendant l'entretien avec le médecin était aussi importante que la durée de la consultation.

Des études discordantes ont également attiré notre attention et animé notre envie d'en apprendre plus sur le ressenti des patients vis-à-vis de la durée des consultations de médecine générale.

En effet, en 1992 une étude suédoise publiée dans le Family Practice (12) expliquait que la satisfaction des patients n'était pas significativement liée à la durée des consultations. En revanche, une enquête réalisée auprès de 1148 patients de la Lorraine (13) en 1996 afin de connaître les raisons pour lesquelles les patients changent de médecin généraliste expose qu'un des motifs fréquents était en rapport avec la durée de consultation, si l'on excepte le changement lié à un déménagement représentant 73% des participants durant les 20 dernières années.

En France, aucune étude ne s'est encore penchée qualitativement sur le ressenti des patients vis-à-vis de la durée de consultation dont ils bénéficient en médecine générale.

3. Objectif de l'étude

Ainsi, quel impact la **durée de consultation** en médecine générale a-t-elle sur le **ressenti du patient** et la satisfaction de sa prise en charge ?

L'**objectif principal** de notre étude est d'explorer le ressenti des patients vis-à-vis de la durée de consultation en médecine générale.

Elle a également pour **objectif secondaire** de permettre aux médecins généralistes de comprendre l'impact de la durée de leurs consultations pour mieux adapter leur prise en charge dans la pratique.

4. Définitions

Voici quelques définitions issues du dictionnaire de français Larousse (14) pour affiner le sens de la problématique qui nous intéresse.

L'impact se définit comme l'effet produit, l'influence exercée par quelque chose.

La durée est un espace de temps pendant lequel a lieu un évènement, un phénomène, une action ou un état.

Le ressenti est l'impression liée à la manière dont on perçoit quelque chose ou une situation.

La satisfaction correspond à un contentement, une joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir ou d'un souhait.

En 1991, la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners) (15) donne une définition de ce qu'est un médecin généraliste : " *Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. "*

MATERIEL ET METHODES

1. Recherche qualitative

En fonction de la question de recherche de l'étude en projet, deux types de méthode d'analyse s'offrent au chercheur : l'**analyse qualitative** ou l'**analyse quantitative** (16).

Le but de notre travail étant d'explorer le vécu et les représentations des patients vis-à-vis de la durée de consultation en médecine générale et non de mesurer ou quantifier (17) , la **méthode qualitative** s'est avérée être la plus adaptée à l'étude de notre question de recherche.

2. Analyse phénoménologique

L'analyse phénoménologique est réalisée afin de transformer le phénomène observé en catégories de sens.

Elle permet une étude descriptive d'un ensemble de phénomènes.

Pour Natalie Depraz (18) il s'agit de lire le verbatim, de réfléchir sur eux et de décrire ce qu'ils contiennent.

Par ailleurs pour Paillé et Mucchielli (19), cette méthode nous permet une " *écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les "faire parler"* ". Le but étant de se délester de tout a priori afin de décrire le phénomène tel qu'il est, tel qu'il est vécu par le participant sans jugement.

L'analyse phénoménologique permet donc au chercheur d'examiner avec rigueur et prudence l'expérience des participants telle qu'elle survient afin de comprendre le sens qu'ils donnent à ses expériences et la psychologie sous-jacente.

3. Approche sémio-pragmatique selon Peirce

Nous complétons notre analyse phénoménologique avec une approche sémio-pragmatique à partir des théories de Peirce.

Comme bien expliqué dans la publication de 2013 d'Oude Engberink, Arino, Julia et Bourrel (20), " *dans la description phénoménologique de l'expérience, l'approche sémio-pragmatique prend en compte tous les éléments de signification hic et nunc inscrits dans le matériau de recherche (le texte) en relevant tous les indices, qu'ils soient linguistiques ou extralinguistiques, contextuels, en s'attachant à leur portée de communication sociale*

(le lieu, le moment, l'identité des acteurs...)." Le processus de catégorisation permet de mettre « en jeu l'expérience du chercheur et sa sensibilité théorique dans sa capacité à voir ce que contient le texte, dans sa capacité réflexive lors de " va-et-vient " incessants entre son questionnement phénoménologique, le matériau, et sa capacité à mettre en lien pour catégoriser, généraliser ou théoriser dans la production du sens. "

Elle est fondée sur la réduction phénoménologique de Husserl (21). Selon Husserl nous sommes dans le monde de la vie, c'est-à-dire le monde vécu qui constitue la toile de fond de toutes nos perceptions, nos expériences et nos connaissances (22).

Selon Peirce le temps sémio-pragmatique constitue une véritable " *enquête sémiotique dynamique* " (23) par laquelle le regard du chercheur se focalise sur les éléments signifiants du texte.

En pratique, Peirce désigne 3 catégories comme 3 « univers de l'expérience » (24) (25) :

- {1} celle de la **Priméité** qui correspond à la **vie émotionnelle, au sensible** (la qualité, le sentiment spontané, l'apparence, la chose en soi, les multiples possibles, l'indéterminé)
- {2} celle de la **Secondéité** qui correspond à la **vie pratique, expérientielle** (l'effort, l'action / réaction, les faits, le temps passé, la causalité, l'expérience, la comparaison, la relation, l'interaction, la réflexivité).
- {3} celle de la **Tiercéité** qui correspond à la **vie intellectuelle et de l'institution** (la médiation, l'unification de la diversité dans le jugement, la convention sociale, la nécessité, la règle de conduite, de la prédiction)

Tableau 1 : les **catégories phénoménologico-pragmatiques** de l'expérience située d'après Peirce.

| Catégories | PRIMEITE | SECONDEITE | TIERCEITE |
|-----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| | Qualité | Faits | Loi |
| | Ce qui est ressenti | Ce qui se fait | Ce qui devrait être |
| Nature des phénomènes | Emotions | Mise-en-acte | Emblème |
| | Ton | Action / réaction | Concepts |
| | Esquisse | Expérience | Théorisation |
| | Impression | Temps passé | Principe |
| | Sentiment | Relation | Habitus |
| | Apparence | Interaction | Conventions sociales |
| | L'indéterminé | Réflexivité | Nécessités |
| | Immédiateté | Causalité | Règle de conduite |
| | Présentité | Comparaison | Prédiction |

L'ordonnement logique de la pragmatique de Peirce permet la constitution de catégories conceptualisantes faisant ressortir l'essence même du phénomène étudié rendant compte de l'expérience du sujet.

Ainsi, les données recueillies seront analysées au fur et à mesure de la façon suivante (26) :

- a) **retranscription** des enregistrements audio avec intégration des éléments non verbaux et contextuels grâce au logiciel Microsoft Word avec allers-retours réguliers lors de l'écoute pour obtenir une retranscription la plus fidèle possible,
- b) **lecture** intuitive, puis focalisée du verbatim,
- c) **découpage en unité de sens** et **thématisation**,
- d) **repérage des éléments signifiants** textuels et contextuels,
- e) caractérisation des **catégories de premier ordre selon Peirce**,
- f) **ordonnement logique** et **catégorisation de second ordre** avec mise en lien et **comparaison des verbatims**,
- g) **restitution du sens** global et **logique interne** (cohérence) : production d'une proposition générale synthétique avec restitution de **catégories conceptualisantes**.

4. Les participants

a) **Critères d'inclusion :**

- Sexe féminin et masculin
- Âgés d'au moins 18 ans
- Bonne compréhension de la langue française
- Volontaires pour répondre aux questions après information claire et adaptée
- Consentement oral

b) **Critère d'exclusion :**

N'ayant jamais eu de consultation avec un médecin généraliste.

c) **Le mode d'échantillonnage :**

Le nombre de patients inclus dans l'étude ne pouvant être estimé à l'avance, le recueil des données a cessé lorsque la **saturation des données** a été atteinte, c'est-à-dire lorsque les idées sont devenues récurrentes et qu'il n'y avait pas de nouvelle idée qui surgissait lors des entretiens. Le contrôle de la saturation des données s'est fait avec 2 entretiens complémentaires pour avoir une validité scientifique correcte.

Le but de notre recrutement n'est pas d'être représentatif de la population, mais d'essayer d'obtenir un échantillon le plus varié possible.

5. Lieux d'étude

Les patients ont été recrutés au sein de plusieurs cabinets de médecine générale et au sein d'une clinique de rééducation de l'appareil locomoteur de l'Hérault afin d'obtenir un échantillon de patients le plus varié possible en terme d'âge, de sexe, d'habitat et de niveau social.

6. Procédure

Pour les 4 premiers entretiens, le recrutement des patients s'est effectué lors d'une consultation et en salle d'attente. Il était proposé aux patients de participer à l'étude.

L'objectif de l'étude était expliqué aux patients ainsi que les modalités de l'entretien (conditions, lieu, date et durée de celui-ci). Ils étaient alors libres de prendre rendez-vous avec la chercheuse afin d'effectuer l'entretien.

Après inclusion du 4ème participant, nous avons opté pour un recrutement via la remise d'un coupon explicatif afin d'éviter que certains participants soient gênés de refuser l'entretien.

7. Méthode utilisée

Les **entretiens individuels** ont été réalisés selon un mode **semi-directif**. Ils ont eu lieu en tête à tête avec le patient après un **accord oral** de sa part.

Un dictaphone était posé entre le patient et la chercheuse. Il était déclenché après l'accord oral du patient et éteint une fois l'entretien terminé.

Au début de l'entretien, un rappel sur le but du travail était fait. Par ailleurs, nous avons insisté sur le fait que le patient pouvait arrêter l'entretien à tout moment et pouvait ne pas répondre à certaines questions. Il lui était également précisé que les données étaient anonymes, entendues uniquement par la chercheuse. Enfin, il était rappelé qu'il n'y avait aucun jugement sur les propos recueillis.

Des notes sur l'attitude et l'ambiance étaient prises par la chercheuse lors de l'entretien.

8. Guide d'entretien (en annexe)

Le guide d'entretien comporte des questions ouvertes, neutres, simples et faciles à comprendre afin de recueillir les opinions et le vécu des différents patients interrogés.

Une trame était ainsi prédéfinie avec des questions de relances incluses si nécessaire.

Il a été testé au cours de deux échanges dans le but de reformuler les questions si besoin.

Finalement les deux entretiens tests réalisés ont également été inclus dans l'étude.

Une question a été ajoutée à partir du 8ème entretien afin d'affiner les réponses des participants.

Nous avons constitué un **comité de pilotage** pour veiller à l'aspect éthique du guide d'entretien et du protocole de recherche. Il s'est assuré à ce qu'il ne mette pas les patients en difficulté, qu'il reste clair et adapté à leur compréhension tout en ayant des questions pertinentes pour répondre à l'objectif principal. Il comprend :

- **Mme JULIEN Claire**, Juriste en région parisienne, représentante des patients,
- **Dr DUBOIS Cécile**, Psychiatre libérale à Nîmes,
- **Dr DUBOIS Guillaume**, Directeur de thèse,
- **Dr SERAYET Philippe**, Médecin généraliste à Remoulins, référent comité d'éthique CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) pour le DMG (Département de Médecine Générale) Montpellier-Nîmes, membre du CPP (Comité de Protection des Personnes) de Nîmes.

9. Gestion des données

Les données seront retranscrites selon la méthode verbatim le plus rapidement possible après l'entretien.

Le recueil des données s'effectuera de façon totalement anonyme.

Les données seront uniquement lues et analysées par le Dr DUBOIS Guillaume et la chercheuse BILLOUD Delphine.

10. Aspects réglementaires et éthiques

a) Confidentialité

Selon le Code de la Santé Publique, toutes les personnes appelées à collaborer ou à prendre connaissance de l'étude sont tenues au secret professionnel.

b) Information et consentement

Une information claire et adaptée était redonnée au patient au début de l'entretien sur le sujet d'étude, le déroulé de l'entretien, l'utilisation des données et leurs droits.

Le consentement des patients était recueilli oralement avant activation du dictaphone.

c) Archivage des données

Les diverses données de l'étude sont stockées dans l'ordinateur de la chercheuse. Seule la chercheuse a accès aux données.

RESULTATS

1. Déroulement de l'étude

1.1. Entretiens

Les entretiens ont eu lieu entre **janvier 2019 et avril 2019** dans l'**Hérault**. Au total **15 entretiens** ont été réalisés dont 3 en cabinet de médecine générale et 12 en clinique de rééducation de l'appareil locomoteur. Les 4 premiers ont été recrutés lors de consultations et en salle d'attente, les suivants via les coupons. Sur les 23 coupons remis, 11 ont été inclus dans l'étude sur les 14 ayant répondu du fait de l'apparition de la saturation des données.

La **durée moyenne des entretiens** étaient de **10 minutes et 47 secondes**.

La **saturation des données** a été atteinte au **13ème entretien**. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de la confirmer.

1.2. Echantillonnage

Nous avons essayé d'obtenir un échantillonnage le plus varié possible afin de recueillir des expériences et vécus singuliers et diversifiés.

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon.

| P | Sexe | Age | Statut matrimonial | Niveau d'étude | Profession | Milieu | Durée entretien | Lieu entretien |
|----|------|-----|---------------------------|---|--|------------|-----------------|-----------------------------|
| 1 | M | 72 | Marié, 2 enfants | Bac +6 | Enseignant fac de pharmacie | Urbain | 5 :01 | Cabinet médecin généraliste |
| 2 | F | 74 | Mariée, 2 enfants | Bac +4 | Enseignante en primaire | Urbain | 11 :26 | Cabinet médecin généraliste |
| 3 | F | 62 | Mariée, 2 enfants | Bac +5 CAPES | Musicienne | Urbain | 17 :13 | Cabinet médecin généraliste |
| 4 | M | 21 | Célibataire, 0 enfant | Bac +2 licence 2 | Etudiant STAPS | Semi-rural | 3 :04 | Clinique |
| 5 | F | 65 | Concubinage, 3 enfants | Bac +5 | Professeur d'espagnol | Semi-rural | 9 :41 | Clinique |
| 6 | M | 34 | Concubinage, 0 enfant | CAP | Grimpeur, Elagueur | Rural | 16 :09 | Clinique |
| 7 | F | 63 | Mariée, 2 enfants | Bac de français | Aide soignante | Semi-rural | 6 :26 | Clinique |
| 8 | M | 54 | Marié, 0 enfant | BEP agent administratif et CAP employé de bureau | Travaille en mairie en tant qu'adjoint administratif et depuis 1 an en longue maladie. | Rural | 12 :32 | Clinique |
| 9 | F | 35 | Concubinage, 2 enfants | Bac et diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale | Auxiliaire de vie scolaire et Pompier volontaire | Rural | 14 :26 | Clinique |
| 10 | F | 47 | Célibataire, 3 enfants | 6 ^{ème} sans brevet. Pas de diplôme. | Travaille à la DMR – Auxiliaire de vie | Rural | 9 :26 | Clinique |
| 11 | F | 23 | Célibataire, 0 enfant | Bac +2 en STAPS | Militaire maitre chien et parachutiste | Rural | 8 :25 | Clinique |
| 12 | F | 51 | Mariée, 1 enfant | Licence | Assistante sociale | Semi-rural | 14 :54 | Clinique |
| 13 | M | 29 | Accompagné, 0 enfant | Bac+1 | Manager en grande surface / distribution | Urbain | 6 :29 | Clinique |
| 14 | M | 69 | Marié, 3 enfants | Diplôme d'étude supérieur de droit | Avocat | Urbain | 20 :05 | Clinique |
| 15 | M | 24 | Célibataire, 0 enfants | Bac +6 | Commissaire aux comptes | Urbain | 6 :21 | Clinique |

Figure 1 : Répartition des hommes et des femmes dans l'échantillon.

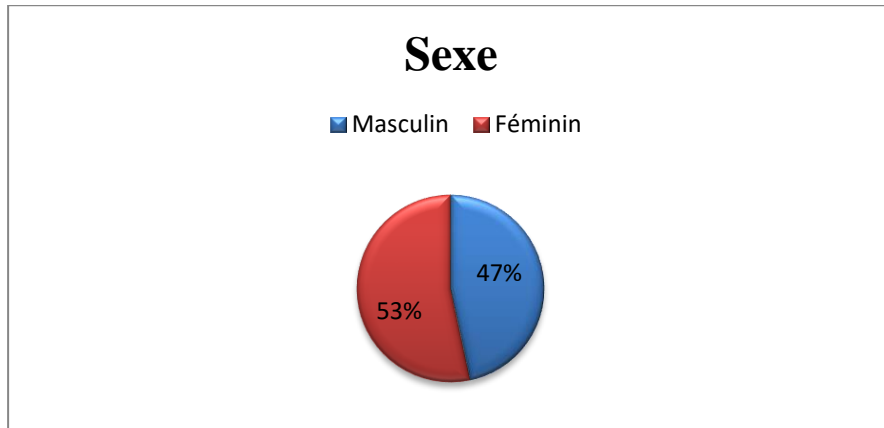


Figure 2 : Répartition en fonction de l'âge des hommes et des femmes de l'échantillon.

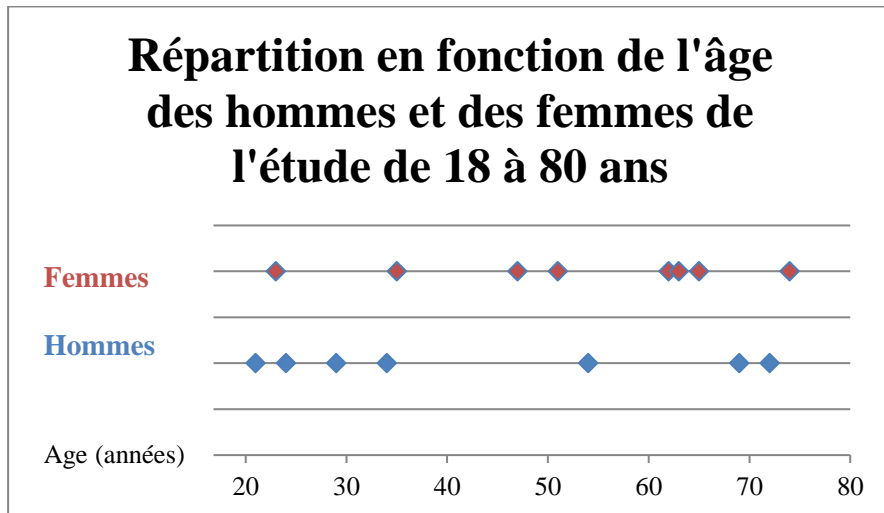


Figure 3 : Répartition du niveau d'étude des participants dans l'échantillon.

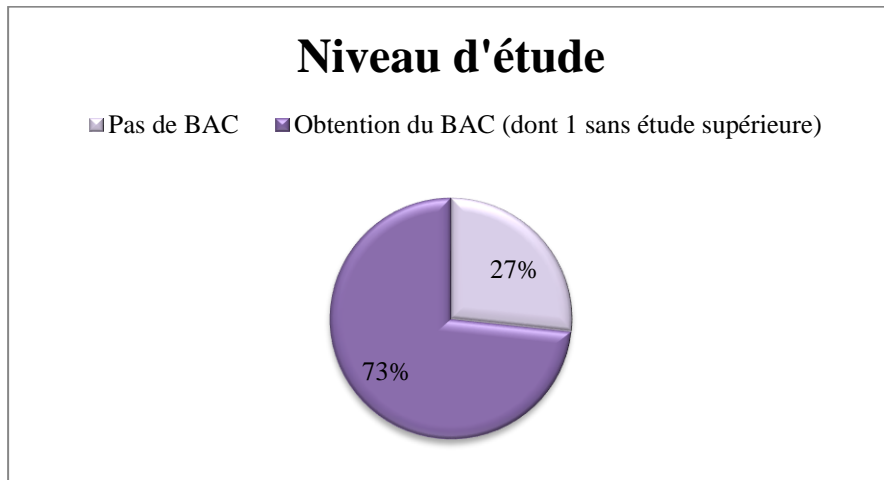
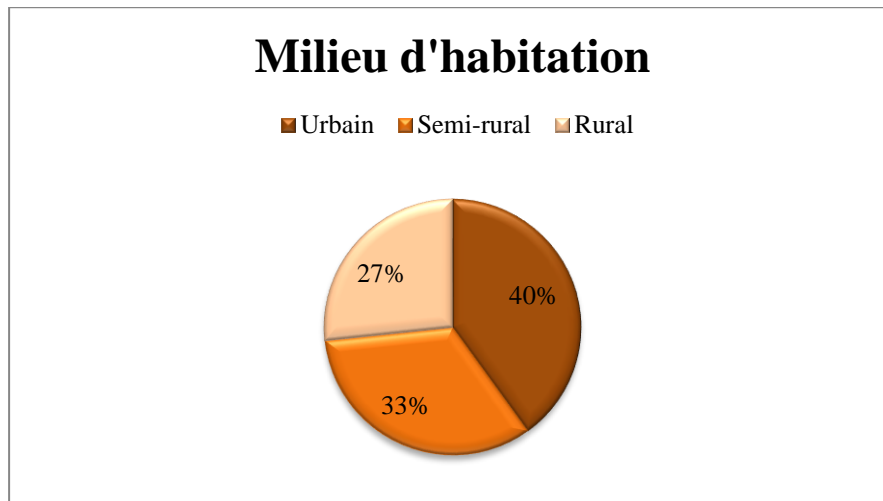


Figure 4 : Répartition du milieu d'habitation des participants dans l'échantillon.



2. Légende

- P suivi d'un numéro : pour pouvoir citer le verbatim du Participant avec le numéro d'entretien correspondant.
- {1}, {2} ou {3} : pour indiquer l'appartenance du verbatim cité aux catégories selon Peirce avec respectivement la **Priméité**, la **Secondéité** ou la **Tiercéité**.

3. Exemple d'interprétation : entretien 11

1) *De manière générale que pensez-vous de la durée de consultation des médecins généralistes que vous voyez ?*

Alors c'est simple {1} affirmation
moi ma médecin généraliste de chez moi, je n'ai {2} simplification de la remise
même plus besoin d'aller la voir pour lui d'ordonnance
demander mes médicaments.
Donc ça va très rapidement, {1} consultation express
autrement les pauvres euh ils sont surbookés {1} compassion
donc euh... ils font avec ce qu'ils peuvent hein.

Et c'est-à-dire que vous n'avez plus besoin de la voir pour les médicaments ?

Ben je l'appelle, je lui demande,
bah elle me fait confiance,

{2} initiative
{1} relation de confiance
médecin - patient

et moi je n'abuse pas non plus

{2} justification de la confiance
construite

donc je vais faire " Oui j'ai besoin de
doliprane". "Ok bah je te fais l'ordonnance".
"Oui voilà j'ai un rhume mais tu sais que je fais
du sport, je ne peux pas..." "Ok pas de soucis je
te fais ce qu'il faut" et c'est bon. - rires -

{2} donne un exemple de mise
en situation s'appliquant à cette
pratique

En vrai ça va très vite
je ne vais même plus chez le médecin limite.

{1} consultation express
{2} reformulation

Et vous prenez RDV ou même pas ?

Non par téléphone.

{2} préparation de l'ordonnance
après appel téléphonique
simple

Et les fois où vous êtes venu en consultation avec elle ? Parce qu'elle vous connaît bien pour pouvoir faire ça j'imagine ?

Bah ça fait 20 ans qu'elle me connaît alors
euh....

{2} fait justifiant la confiance
établie

Elle m'écoute
enfin elle prend grave le temps aussi c'est bien.

{1} importance de l'écoute
{1} appréciation du temps pris
en consultation

C'est pas...

{2} réflexion

après je viens de la campagne donc euh... elle
nous connaît tous un peu, beaucoup même
donc elle prend le temps de nous voir

{2} lien spécial et proximité
entre le médecin et ses patients
{3} prendre le temps qu'il faut
s'il faut

et même si ça met du retard, c'est pas grave. {1} sérénité
 J'adore mon médecin généraliste {2} affirmation
 donc je ne change pas. {2} action de fidélité

2) *J'aimerais que vous vous souveniez d'une consultation particulièrement :*

a. *courte*

Ah ouais mais c'était pas pour moi, {2} récit du point de vue
 j'accompagnais quelqu'un. accompagnateur
 Oh bah il s'en foutait. {1} indifférence du médecin
 Il est arrivé, il a fait " Ouais t'as quoi – {2} consultation expéditive
 ouais ? " Il l'a regardé – " Oui bon alors
 t'as ça, allez au revoir "

i. *Selon vous quelle durée
 approximative avait-elle ?*

Même pas 10 minutes {2} expéditif

ii. *Qu'en avez-vous pensé /
 comment l'avez-vous vécu ?*

Ouais sincèrement j'étais {du 1 dans du 2} déception
 dégoûtée, je me suis dis tu payes

25 euros, ce qui est normal c'est {3} principe de normalité
 un boulot mais euh...

je ne suis même pas sûr que ça {du 1 dans du 2} inquiétude
 aille bien enfin... c'était... c'était
 ouvert, là elle avait des points qui
 saignaient.

C'était pour enlever les points {2} conscience d'un motif de
 donc je comprends que ça aille consultation initialement rapide
 vite

mais c'était très moche {1} notion de complication

avec risque de séquelle

donc quand il les a enlevés c'était {du 1 dans du 2} réitère ses
encore très, très moche et les propos et détaille
bords n'étaient pas bord à bord.

Donc euh... c'était rouge, c'était {1} justifie son inquiétude
enflammé

il lui a enlevé les points, {2} action
il s'en foutait. {1} indifférence avec sentiment
de manque de considération
pour la patiente et sa situation
clinique

J'ai fait ... J'étais pas... j'étais {du 1 dans du 2} inquiétude
pas sereine sur ça.

***Vous n'avez pas eu l'impression
d'avoir été bien traitée en fait ?***

Non, pas sur ce coup là, alors je {2} conséquence d'expérience
n'y serais plus jamais allée...

après c'est sur du sans rendez- {2} tentative de modération de
vous donc euh... son discours
mais quand même. {1} incompréhension

***Et c'est surtout le fait que c'était
les 10 minutes ou... ?***

Il n'était pas très, très agréable {1} manque d'empathie du
non plus. médecin

Après ça se voyait que c'était en {2} deuxième tentative pour
fin de journée ou quoi, je le justifier l'attitude du médecin.
comprends, les journées sont
longues hein. Mais tout le monde
dans son domaine de boulot c'est
long, après y a des patients plus
ou moins cool mais
malheureusement là,

c'est du médical donc faut faire {3} le manque d'attention dans
tout le temps attention, à tout le médical n'est pas justifiable
alors.

*Pour vous le temps était
insuffisant pour ce qu'il y avait
à faire ?*

Ouais s'il avait pris 2-3 minutes {2} ce qu'il aurait dû faire au
pour vraiment analyser minimum
ça aurait été mieux {1} possibilité d'un meilleur
vécu de la consultation

parce que là elle se retrouve avec {1} séquelle
une cicatrice euh... sale.

Et même les miennes elles sont {1} comparaison
plus jolies alors qu'elle c'était
plus petit.

*Donc ouais insatisfaite au
final ?*

Ouais totalement ouais. {1} confirmation émotionnelle

*Avec un peu d'inquiétude
aussi ?*

Bah sincèrement après moi... elle {1} confiance
euh ...

moi je suis militaire, elle aussi {2} possibilité de consultations
donc après on va voir au médecin dérivées liées à sa profession
militaire et eux par contre

sont vraiment cool {1} comportement apprécié

et sont un peu trop pointilleux sur {1} exigence avec impact
certains trucs mais... ça, ça aide. bénéfique

Donc euh deuxième avis avec {2} possibilité de deuxième
avis médical

b. longue

| | |
|--|--|
| euh... | {2} réflexion |
| Ouais ouais c'est euh... | |
| Quand j'étais petite... j'étais boulimique, mes parents l'ont vu et ils m'ont emmené voir mon médecin généraliste et là | {2} problème de santé repéré par les parents {2} réaction des parents |
| elle a pris tout le temps qu'il fallait pour me parler. | {2} capacité d'écoute adaptée du médecin quand cela s'est présenté |
| Alors que... ce sont mes parents, mais eux ça se voyait que... | {2} repérage du problème de santé semblant évident par les parents |
| c'est mon médecin généraliste qui me connaît quoi. | {1} lien de confiance |
| Autrement c'est elle... ouais je me souviens... | {2} souvenir |
| après j'ai eu des gros problèmes d'otites internes, je suis allée en cure et elle faisait très, très attention, elle me prenait très longtemps pour... | {2} récit d'une autre mise en situation {1} un médecin soucieux {1} consultation de longue durée |
| parce que j'avais très mal et elle ne comprenait pas pourquoi, elle cherchait et... elle m'a... | {2} douleur inexplicquée {2} volonté de trouver l'étiologie |
| c'était long les trucs mais c'était cool. | {1} longue durée de consultation mais appréciée dans ce contexte |

Au final c'était adapté ?

Ouais

- i. Selon vous quelle durée approximative avait-elle ?*

15 – 20 minutes.

ii. *Qu'en avez-vous pensé /
comment l'avez-vous vécu ?*

*Vous ne les avez pas ressenties
trop longues les consultations ?*

Non, pas du tout {1} affirmation
parce qu'en fait y a pas de blanc, {1} fluidité
on parle tout le temps. {3} dialogue qui donne le
change
Pas du tout. Après... {1} réitère ses propos

*Et vous sentiez qu'elle se
souciait... ?*

A ouais totalement. {1} affirmation
Elle est toute gentille, toute {1} somme de qualité
calme, toute douce et euh...
j'adore mon médecin généraliste. {du 1 dans du 2} affirmation

3) *Et que penseriez-vous d'une consultation qui durerait plus longtemps ? 30 à 45
minutes ? voire une heure ?*

Trop long. {1} affirmation
Au-delà de 30 minutes ?
Ouais. {1} confirmation
Pour faire quoi ? {1} sans intérêt
On va au médecin généraliste – au médecin {3} motifs de consultation chez
souvent parce qu'on est malade, on a la grippe, le généraliste
on a la gastro donc euh...
en soit rester une demi-heure pendant que t'as {1} dubitative
mal au ventre,
je comprends mais euh... mais {2} paradoxe

après si on a une gastro, on a une gastro enfin, {3} logique
on a les symptômes c'est... ça se voit.

Donc... 45 minutes euh pfff pour me {2} temps de consultation
dire "Ouais bah en fait t'as une gastro" inadapté au motif

ouais pas de soucis j'adore si c'est un super bon {du 1 dans du 2} ironie
moment ok

mais c'est 45 minutes du temps. {1} l'importance du temps

Déjà qu'il y a du retard donc euh si on prend 45 {3} situation qui mettrait en
minutes par patient ils ne s'en sortiront jamais difficulté

les pauvres parce que {1} compassion

J'imagine pour eux hein. {2} conscience

Déjà qu'ils sont surbookés, {1} médecins sur-sollicités

je n'imagine même pas. {2} conscience

***Juste du point de vue du patient. Juste pour
lui ? 45 minutes ?***

Moi je trouverais ça long, beaucoup trop long. {du 1 dans du 2} consultation
qui serait estimée trop longue
de tous les points de vue.

Autre chose à faire ?

Ouais - rires - ouais ouais {1} affirmation

Je vais au médecin, tu me donnes mes médoc, {2} volonté en cas d'inconfort
ok c'est bon - rires - Je rentre au lit, je vais me de consultation rapide pour se
coucher. soulager avec les traitements et
du repos

Non, c'est trop long. {1} réitère ses propos

Je pense que 20 bonnes minutes c'est déjà bien. {du 1 dans du 2} estimation
d'une moyenne lui paraissant
convenable

4) *A partir de cette / ces expérience(s) rapportée(s), comment pensez-vous que la durée d'une consultation influence votre sentiment d'avoir bien été pris en charge ?*

Bah... peu... c'est pas la du... la longueur de la {1} hésitation
séance

parce que parfois elle m'a pris 10 minutes et euh {du 1 dans du 2} réponse du
sincèrement en 10 minutes j'avais mes médecin et durée de
médicaments, j'avais tout ce qu'il me fallait et je consultation adaptée à son
suis sortie mieux enfin... besoin

c'est selon la personne chez le médecin. {3} notion de profil de patient

Je pense que {2} exprime son opinion

c'est le médecin qui dirige la séance. {3} c'est le médecin qui dirige
la consultation

10 minutes ça peut paraître super long comme {3} estimation variable du
super court et euh... si le médecin on voit... temps
enfin

en 10 minutes elle peut être impliquée, {3} degré d'investissement du
médecin pendant la
consultation

c'est, c'est totalement... {1} affirmation

S'il veut expédier, il veut expédier. {3} notion d'impossibilité à
contraindre une envie
d'expédier une consultation

Je le comprends {2} compréhension

il y a beaucoup de monde ; en plus y a des gens {1} du monde en salle d'attente
qui ne sont pas forcément agréables surtout {2} notion d'interaction pas
malades, voire tout le temps malades, malades toujours simple
malades.

Moi je les taperais - rires - {2} humour pour accentuer sa
compréhension

5) *Comment la durée de consultation pourrait-elle en partie influencer votre choix de médecin traitant ?*

C'est pas, c'est pas le temps de la consultation, {1} lié au vécu de la moi c'est vraiment le ressenti. consultation en elle-même
Pour ma part hein... c'est vraiment comment... {du 3 dans du 2} confiance liée je vais voir avec mon médecin quoi. Si ça se au déroulé global de la passe bien bah je lui fais confiance, si ça ne se consultation passe pas bien, je ne lui fais pas confiance.

6) *Souhaitez-vous faire d'autres remarques sur la durée de consultation en médecine générale ?*

Non, sincèrement. {1} affirmation

Restitution de sens :

Nécessité d'adapter la durée de consultation à la situation clinique, au contexte du motif, à l'inquiétude du patient face aux complications ou aux séquelles possibles.

Sentiment d'écoute et d'implication du médecin indispensable lors de la consultation.

Distinction faite entre aléa thérapeutique et manque de considération lors d'une consultation.

Notion de confiance en la relation médecin - patient liée au déroulé global de la consultation plus qu'à la durée.

Consultation dirigée par le médecin.

4. Emergence des catégories

En procédant de la même façon pour chaque entretien, il en est alors ressorti les catégories suivantes :

4.1. La durée de la consultation en médecine générale doit être en adéquation avec le motif de la venue et le profil du patient lui-même

4.1.1.1. Certains motifs dans certains contextes

Certaines consultations sont estimées comme relativement courtes ou longues sans être une critique si le motif s'y prête. En effet, la plupart des participants a bien conscience que l'état de santé ne justifie pas toujours de longue durée de consultation et que cela est en relation avec la pathologie à prendre en charge.

- P3 : « Elle est un peu dépressive {1} et là il prend du temps avec elle {2}. »
- P4 : « Ca dépend du besoin du patient {3}. Ca dépend de ce qu'il a comme pathologie {3}. »
- P5 : « Un quart d'heure ça peut être un peu juste suivant la pathologie {1}. [...] Une demi-heure c'est peut-être beaucoup {1}, [...] c'est toujours pareil ça dépend des pathologies {3}. »
- P6 : « c'est super subjectif {1}. »
- P13 : « ça peut prendre 10 minutes comme ça peut prendre 30 minutes {3}. »
- P15 : « le temps de consultation par rapport à justement la cause pour laquelle je suis venu normalement est assez adéquat {2}. »
« ce n'est pas parce qu'une consultation est plus longue qu'on a été mieux pris en charge ou que si elle a été trop courte qu'on n'a pas été bien pris en charge {3}. »

Il est alors facilement admis et reconnu par les participants qu'une consultation pour un renouvellement d'ordonnance d'une pathologie stable ou encore pour une pathologie fréquente bénigne ayant une thérapeutique simple à mettre en

place ne nécessite pas d'un temps de consultation long. Ainsi, un diagnostic classique avec une ordonnance classique rend la consultation souvent plus rapide.

- P2 : « C'était tout à fait normal {1} [...] je n'avais pas davantage de besoin {2}. »
« je n'ai pas eu besoin... d'après mes souvenirs de consultation... vraiment longue {2}. »
- P3 : « J'ai de la chance, je touche du bois {2}. »
- P4 : « Pour le besoin que j'en avais ça suffisait {2}. »
- P6 : « Il y a des choses qui sont plus faciles à détecter que d'autres {3}. »
- P10 : « je fais partie des gens qui sont assez rapides - rires - {2} [...] c'est vrai que des fois, on va consulter pour à mon goût pas grand-chose {du 2 dans du 3} - rires - »
- P11 : « parfois elle m'a pris 10 minutes {2} et euh sincèrement {1} en 10 minutes j'avais mes médicaments, j'avais tout ce qu'il me fallait {2} et je suis sorti mieux {du 1 dans du 2}. »
- P13 : « voilà j'y allais juste pour un...pfff... pour signer ma licence de football {2} donc du coup c'était assez rapide {1}. »
- P14 : « c'était logique {1}, c'était légitime {1} [...] je comprends que ce fut très rapide {du 1 dans du 2}. Il avait juste à prescrire {2}, je ne lui demandais rien du tout {2}, il n'avait pas à m'examiner les amygdales, la gorge ou je ne sais pas quoi {2}. Donc tout à fait rapide et ce n'est pas une critique là {1}. »

Cela est d'autant plus accepté et rassurant qu'en cas de soucis de santé plus importants ou sévères, ils savent que le médecin saura y consacrer le temps nécessaire pour une prise en charge adaptée.

- P2 : « si c'est plus important, elle garde plus longtemps {3}. »
- P3 : « Quand j'ai eu des problèmes où je n'avais pas assez de tension il a pris du temps {2}. Alors là c'est une autre consultation. {1} [...] Je sais, comme j'ai confiance en lui {du 1 dans du 2}, que de toute façon s'il y avait quelque chose de grave il resterait plus

longtemps {3}. Même à la limite s'il reste peu de temps bon bah je me dis "ça va, ce n'est pas trop grave" {2}. »

- P10 : « y en a qui prennent plus de temps avec leur docteur parce que je pense qu'ils ont d'autres choses à voir {du 2 dans du 3}. [...] On a quand même des bons médecins {3}, ils prennent le temps qu'il faut s'il le faut {3}. »

Le paramétrage prospectif de la durée de consultation est indispensable à l'obtention d'un équilibre organisationnel de la disponibilité du soignant. Etant parfois difficile de l'établir à l'avance, la plupart des patients ont conscience que le motif de consultation détermine en grande partie sa durée.

- P2 : « Finalement, avec des consultations à durée variable, elle arrive à suivre son emploi du temps sans prendre trop de dérive {3}. »
- P3 : « Il prend du coup un petit peu d'avance, comme moi ce n'est pas grave {2}. »

Le profil du patient lui-même semble entrer en jeu sur notre échantillon de participants. En effet, en comparant les durées des entretiens, nous pouvons remarquer que les patients avec des durées courtes d'entretien étaient souvent ceux appréciant les consultations relativement rapides et à l'inverse ceux exprimant une demande de consultation plus longue avaient des durées d'entretien plus longues et étaient spontanément plus bavards.

Figure 5 : Durée moyenne des entretiens en fonction de 3 profils de patients interrogés.

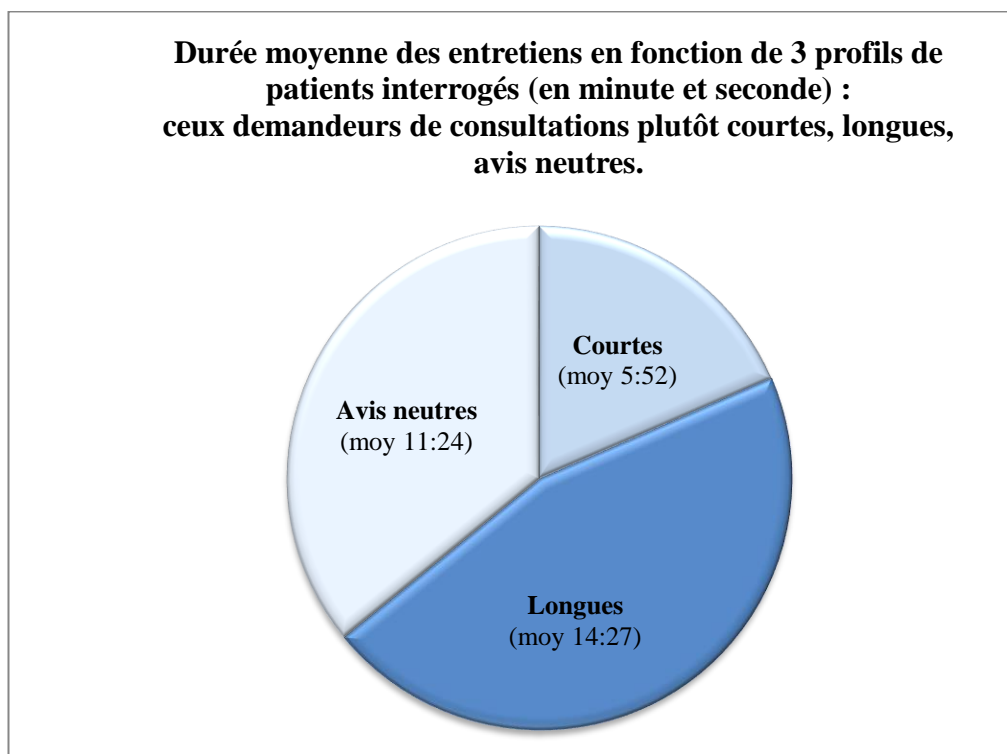


Tableau 3 : Répartition des entretiens avec leur durée en fonction de 3 profils de patients interrogés.

| Profil du patient ressorti après chaque entretien | Demandeur dans l'ensemble de consultations plutôt | | Avis neutres |
|---|---|---|---|
| | Courtes | Longues | |
| Entretiens (durée en minute et seconde) | Entretien 1 (5:01) Entretien 4 (3:04) Entretien 11 (8:25) Entretien 13 (6:29) Entretien 15 (6:21) | Entretien 2 (11:26) Entretien 5 (9:41) Entretien 6 (16:09) Entretien 9 (14:26) Entretien 12 (14:54) Entretien 14 (20:05) | Entretien 3 (17:13) Entretien 7 (6:26) Entretien 8 (12:32) Entretien 10 (9:26) |
| Durée moyenne | 5:52 | 14:27 | 11:24 |

4.1.1.2. Le besoin d'être rassuré

Il y a deux choses à prendre en compte par le généraliste vis-à-vis du patient : la part médicale et la part psychologique. A de nombreuses occasions, il est important de consacrer un temps de la consultation pour rassurer le patient de façon adaptée à son profil, à la situation médicale et au contexte socio-environnemental. Cela est un indispensable à la relation de confiance médecin - patient et constitue un élément clé de la satisfaction de sa propre prise en charge.

- P2 : « de temps en temps, c'est un peu plus long {2} mais chaque fois je sors euh... rassurée, détendue {du 1 dans du 2}. »
- P7 : « Y a la part de médical et y a la part de psychologie quand même quand on va chez un généraliste {3}. Si on va chez un médecin qui ne regarde même pas le côté psychologique bon bah... moi je ne me sens pas bien quand je sors quoi {2}. J'ai l'impression que ce n'est pas fait {du 1 dans du 2}. »
- P10 : « Le docteur a quand même pris un peu plus... enfin le temps de voir que tout allait bien {2}. »
- P14 : « dans tout métier on a un rapport psychologique {3} [...] Il faut aussi quand même rassurer les gens {3}. »

Par ailleurs, le patient est lui-même acteur de la durée de consultation et il est nécessaire qu'il en soit un guide actif pour orienter le médecin sur ses attentes.

- P2 : « Si j'ai vraiment des questions à poser, euh... je reste et je les pose {2}. [...] quand elle a répondu a toutes mes questions {2}... bon ben tout va bien {1}. »

4.1.1.3. Le besoin de parler ou de remédier à une certaine solitude sociale

Certains patients voient en leur médecin généraliste leur psychologue correspondant souvent à une durée de consultation plus longue attendue de leur part. Le généraliste ne se substitue pas au psychologue mais les deux se complètent.

- P5 : « Il y a des personnes qui vont chez le médecin uniquement pour parler {3} parce qu'ils ont besoin de parler... {3} [...] même s'ils ont un petit bobo à la gorge, je pense que ça va au-delà {2}. »
« Je n'ai jamais eu cette impression d'avoir été mal soignée {du 1 dans du 2} [...] parce que je n'étais pas quelqu'un qui était là aussi pour se faire écouter {2}. »
- P14 : « Au-delà, ensuite, il y a peut être un travail de psychologue {2} [...] je m'interroge sur le ... comment dirais-je... sur la capacité des médecins généralistes à pouvoir traiter des maladies psychologiques, voire psychiatriques {2} [...] Par le temps d'une part, mais surtout par rapport à sa compétence {2}. »

Par ailleurs pour certains la visite chez le médecin peut être un moyen de remédier à un certain isolement social.

- P5 : « y a beaucoup de solitude donc ils ont besoin d'être écoutés, rassurés {3}. »
- P14 : « y a des gens qui sont seuls, dépressifs {1} etc... bon à ce moment là ça suppose peut être un autre travail {2}. »

4.1.1.4. Les consultations plus longues ne sont pas toujours appréciées (en fonction du profil du patient)

a) Les patients ont également leur propre emploi du temps

Chaque patient a lui-même son propre emploi du temps plus ou moins compressible rendant parfois le laps de temps dédié à la nécessité d'une consultation peu extensible. Pour les patients dans la vie active, il n'est donc pas toujours évident de placer le rendez-vous en prenant en compte un minimum de retard éventuel et chaque poste de travail ne permet pas de se libérer aussi librement.

- P2 : « Moi, je n'ai pas de temps à perdre et elle non plus {2}. »
- P9 : « en soit, j'avais aussi envie de vite partir {2} parce que c'était juste pour une ordonnance {2}. »

« Il faut quand même programmer des fois pratiquement toute l'après-midi pour une ordonnance {3} et ce n'est pas permis à tout le monde de pouvoir avoir une après-midi pour pouvoir aller chez le médecin {3}. »

- P15 : « Ce serait trop long {1} dans la mesure que déjà pour le placer dans un emploi du temps de quelqu'un qui travaille à plein temps c'est assez compliqué {1}. »
« l'important c'est d'être bref et efficace {1} surtout pour que la personne devant puisse faire ce qu'elle a à faire pendant la journée {2}. »

En cas de douleur ou d'inconfort important, une consultation longue devient plus pénible qu'autre chose pour le patient.

- P11 : « Je vais au médecin {2}, tu me donnes mes médoc ok c'est bon {2} - rires - Je rentre au lit, je vais me coucher {2}. »
- P15 : « justement, j'avais besoin d'un truc bref {2} et que c'était bref {1}. »

b) Intérêt de la "Calinothérapie" ?

Certains patients ne voient pas ce que le médecin généraliste pourrait faire de plus avec davantage de temps. Une consultation n'est pas obligée de durer pour durer.

- P2 : « Je n'ai pas une santé épouvantable {du 1 dans du 2} - rires - et je n'ai pas besoin d'en parler plus longtemps {2}. »
- P9 : « je pense qu'il ne peut pas faire plus pour nous quoi {2} - rires - »
- P14 : « ce n'est pas la peine de garder des gens pendant une demi-heure pour le plaisir de faire de la calinothérapie {3}, [...] allons droit au but {3} »
« Je ne sais pas ce qu'il me ferait à ce moment-là {2} ! - rires - Ca durerait trop longtemps {1}. »

En revanche, cela reste très variable en fonction des patients. En effet, certains sont à l'inverse en demande de réassurance renforcée.

- P2 : « quand elle a répondu a toutes mes questions... bon ben tout va bien {3}. »
- P5 : « savoir juger la patiente qui est en face de vous {3} [...] elle est vraiment malade ou elle a besoin que je lui parle... a besoin d'être écoutée {2}. »
« ils ont besoin d'être écoutés, rassurés {3}. »
- P7 : « quand moralement j'ai des trucs {2}... ça va pas ou quoi {1}, bah je suis bien contente de lui en parler {du 1 dans du 2}. »

4.1.1.5. La durée de consultation peut ainsi influencer le choix du médecin généraliste sans toutefois être prioritaire face à d'autres paramètres entrant en compte

Tout d'abord, on constate deux grandes attitudes stratégiques en fonction du motif de consultation qui sont ressorties des entretiens :

- pour le suivi d'une pathologie chronique ou pour des motifs ne relevant pas d'une consultation urgente, il en ressort souvent une préférence pour le médecin qui consacrera le minimum de temps attendu.
 - P6 : « J'irais quand même vers celui qui va avoir tendance à prendre un peu de temps, s'intéresser à moi, à mes problèmes {2}. »
 - P9 : « Même si c'est les mêmes compétences je pense que je prendrais celui qui consulte le plus longtemps {2} [...] parce qu'au final c'est lui qui suit notre santé {2} et on ne le voit pas tous les jours non plus {2}. »
 - P12 : « si c'est une consultation [...] de fond je vais prendre rendez-vous avec elle {2} »

- pour des pathologies aiguës ou certains motifs estimés urgents, le délai de prise de rendez-vous, d'attente et la disponibilité du médecin passent au premier plan et les patients interrogés ne semblent n'accorder quasiment aucune importance à la durée de consultation. Cela se fait notamment beaucoup lorsqu'il existe un cabinet de groupe de médecins généralistes.
 - P10 : « quand je suis malade je vais au premier qui me reçoit {2} - rires - parce que j'ai besoin de soins {2}. Donc je ne fais pas vraiment attention à tout ça [...] {2}. Ça m'importe peu {1}. »
 - P12 : « si c'est euh vraiment un problème très ponctuel et aigu euh ça ne me dérange pas du coup d'aller vers un autre confrère ou autre consœur {du 1 dans du 2} »

Cela ne fait toutefois pas l'unanimité :

- P15 : « ça pourrait influencer ma décision {2} parce que si on me dit que ce médecin par exemple prend son temps mais dans l'excès en gros {1}, s'il est vraiment très très lent {1}, s'il parle beaucoup de sujet à côté juste pour me faire parler et tout {1}, je pense que j'aurais une petite réticence {du 1 dans du 2}. Et j'irais plutôt vers quelqu'un qui euh... voilà qui cadre son temps avec des consultations qui sont brèves et rapides, efficaces {2}. »

Par ailleurs, dans les entretiens il en est ressorti qu'il s'agissait d'un critère plutôt minoritaire, voire non pris en considération par certains face à d'autres paramètres mis au premier plan comme :

- la situation géographique qui est un facteur déterminant. La proximité du médecin généraliste par rapport à son lieu d'habitation ou lieu de séjour est un critère majeur de possibilité ou non de choix de médecin traitant.

- P8 : « non, déjà que c'est difficile {1}. Enfin là nous sur (nom de la ville), on a eu de la chance {1} que ... qu'il y ait quelqu'un qui ait ... qui ait repris la clientèle {2}. »
- les amplitudes horaires de consultation et délais d'attente de rendez-vous ou sans rendez-vous,
 - P3 : « Il est très sérieux {1}, parce que le matin il a toujours une plage de 8h30 à 9h00 pour des urgences {2} ce qui fait que du jour au lendemain si on a un problème, normalement on a toujours une place {3}. »
 - P12 : « y a d'autres critères qui rentrent en jeu : c'est l'amplitude horaire des rendez-vous {3} »
 - P14 : « c'est un cabinet de groupe alors je peux aller chez lui ou s'il n'est pas là je vais en voir d'autres {2} et je prends celui qui est le plus rapide {2}. Donc je ne peux pas dire que ça influe sur mon choix {2}. »
- les compétences reconnues,
 - P4 : « Peu importe {1}. C'est plus la façon dont il traite la pathologie {3}. »
 - P14 : « même si c'est très rapide {1} vaut mieux prendre un compétent qu'un incompetent {3} - rires - [...] même si vous préférez que ça dure un peu plus {3} »
- l'expérience vécue d'une précédente consultation,
 - P2 : « Le choix c'est plutôt le feeling {3}. »
 - P3 : « expéditif {1}, je n'aurais pas été {2}. »
 - P7 : « ce qui compte surtout c'est l'intensité de l'échange {3} »
 - P9 : « mon médecin là que j'ai depuis un petit moment ça va ça se passe très bien et tout {2} mais j'ai eu un autre médecin généraliste avant et j'ai changé {2} parce que justement il était tellement débordé par le nombre de consultations {2}, [...] il ne nous écoutait pas {1}. »
 - P11 : « je n'y serais plus jamais allée {2}... »

« c'est pas le temps de la consultation, moi c'est vraiment le ressenti {1}. Si ça se passe bien bah je lui fais confiance, si ça ne se passe pas bien, je ne lui fais pas confiance {du 3 dans du 2}. »

Cependant une fois ces éléments pris en compte, de manière générale un minimum de temps est tout de même attendu de la plupart des participants.

- P7 : « La durée c'est important {1} parce que bon il faut quand même faire ce qu'il y a à faire {3} »
- P10 : « 5 minutes c'est très court quand même {1}. Ce n'est pas possible {1}. »
« je pense que je n'y retournerais pas s'il me prenait 5 minutes à chaque fois {2}, parce qu'il y a quand même un minimum quoi {3} : " Bonjour, au revoir, le chèque, la carte vitale " - rires - ça prendrait juste ce temps là quoi {2}. »
- P12 : « Ca fait partie du critère de choix d'un médecin qui prend son temps {3}. »

D'autres patients mènent une réelle enquête avant de se diriger vers un médecin traitant.

- P3 : « Je choisis bien mon médecin {2}. [...] Il y a des gens ils prennent le premier médecin qui est sur la liste, terminé {3}, puis ils ne s'inquiètent pas {1}. Moi j'ai fais une enquête {2}. »

4.2. Les patients semblent plus réceptifs à la façon dont le temps est géré par le médecin généraliste qu'à la durée de la consultation en elle-même

Quand certains patients interviewés n'ont pas été satisfaits d'une consultation, ce n'était pas forcément sur la durée de celle-ci, mais plus sur la façon dont elle s'est déroulée.

- P3 : « Ce n'est pas sur la durée, c'est plutôt sur la qualité {3}. »

- P12 : « des fois, je n'ai peut être pas été satisfaite mais pas forcément sur la durée, sur la manière dont ça s'est passé {du 1 dans du 2} »

4.2.1.1. **Une consultation estimée brève peut être perçue comme un témoin d'efficacité et de compétence**

En effet, une consultation rapide et concise peut être un reflet d'expérience et d'assurance faisant naître chez le patient un sentiment de confiance.

- P3 : « J'aime mieux parce que j'ai l'impression qu'il va à l'essentiel {du 1 dans du 2}. »
- P13 : « c'est vrai que si ça dure trop longtemps pour ce qu'on a {1}, alors qu'on a un rhume {2}, c'est vrai que pfff ça peut être dérangeant {1}. »
- P14 : « On voit bien, il va droit au but {2}, il n'hésite pas {1} donc si vous voulez qu'il vous voit en 5 minutes ou qu'il vous voit en 20 minutes ou 25 minutes, le diagnostic sera le même {3}. »
- P15 : « Bref et efficace, je préfère, plutôt que long et long {du 1 dans du 2}. »

4.2.1.2. **Un réseau médical de qualité**

La consultation peut faire uniquement l'objet d'une orientation vers un spécialiste en fonction de l'évolution des premiers traitements instaurés. Par ailleurs, s'il est satisfait de l'entretien avec le spécialiste recommandé par son généraliste, peu importe la durée de la consultation ayant permis cette orientation, il en sera le plus souvent très content.

- P2 : « Elle a un très bon réseau {1}, elle m'a aiguillé {2} sur un rhumatologue épatant {1}. »

- P8 : « en médecine générale, maintenant ils ont tendance à envoyer [...] directement chez les autres spécialistes qu'ils connaissent {3}. »

4.2.1.3. **La durée de consultation en médecine générale ne doit pas être trop courte**

Bien entendu, une consultation estimée comme courte est tout de même la plupart du temps acceptée si un minimum de choses attendues est réalisé, comme rappelé par plusieurs patients lors des entretiens (une prise de tension artérielle, un examen clinique adapté au motif,...).

- P1 : « au moins toujours est-il qu'il prend la tension tout le temps {2} [...] ce n'est pas toujours le cas avec certains {2}. »
- P3 : « s'il manque quelque chose on va dire " Oui, il n'est pas sérieux " {1} »
« Il est quand même vachement bien {1} parce qu'il me prend la tension {2}, il n'est pas obligé {2}, il me fait allonger, il me fait respirer avec son stéthoscope {2}, il fait quand même bien son travail {1}, mais c'est court {1}. »
- P10 : « 5 minutes [...] ce n'est pas possible {1}. »
- P13 : « prise de tension artérielle, le poids, la taille enfin tout ça, elle a fait les trucs nickel {du 1 dans du 2} »
- P14 : « s'il fait un minimum de choses, bon ça va bien, ce n'est pas obligé de durer un quart d'heure {du 1 dans du 3} [...] En 7 - 8 - 10 minutes il peut... si c'est un mal de gorge hein il suffit qu'il ouvre la bouche, il regarde oui boum boum terminé {2}. »

D'autres éléments faisant aussi partie du rôle du généraliste ne doivent pas non plus être négligés, comme relevé au fur et à mesure des entretiens.

- un temps d'explication plus ou moins détaillé en fonction de la pathologie, de sa prise en charge et/ou de l'ordonnance est également

attendu par le patient. Il ne s'agit pas de conclure simplement avec une ordonnance sans justification.

- P3 : « Je lui pose à chaque fois la question : " Docteur, pourquoi est-ce que j'en ai maintenant ? " {2}. Alors bien sûr, c'est sans doute parce que je vieillis {2} mais il ne répond pas {2}. [...] Et je trouve ça dommage {2}. »
- P7 : « Il prend le temps de tout expliquer. {3}»
- Il est aussi parfois indispensable, selon les circonstances, de profiter des motifs de consultations rapides pour évoquer d'autres aspects importants de la prise en charge globale du patient (comme la prévention ou l'identification des fragilités socio-psycho-environnementales propres à chaque patient).
 - P2 : « Il ne faut pas que ce soit trop court non plus {3}. »
« Je pense qu'un quart d'heure, c'est quand même pas mal parce qu'on peut aborder autre chose que le sujet de base {du 1 dans du 2}. »
 - P7 : « si on met tout en 5 minutes, on ne peut pas tout voir non plus donc il faut quand même une moyenne {2} »
- Savoir consacrer un temps après avis auprès d'un spécialiste pour évoquer spontanément la consultation, les résultats diagnostiques et thérapeutiques.
 - P2 : « C'est lui qui fait les observations, qui m'aiguille sur l'hôpital {2}... mais c'est elle qui fait mon traitement de fond pour les douleurs {2}. Donc on a besoin de parler... du rhumatologue, de ce qu'il m'a dit {2}. »

Il faut également veiller à maintenir ou établir un lien de confiance avec le patient. Il ne faut pas perdre de vue qu'il y a un rapport humain et social pour lequel un minimum de temps est nécessaire selon les circonstances. Le patient ne doit pas avoir l'impression d'être un patient parmi tant d'autres vus à la chaîne. Il doit se sentir un minimum pris en considération afin d'éviter la sensation d'une consultation bâclée.

- P3 : « Il faut quand même qu'il nous prenne en compte {3}. »
- P6 : « Y a quand même un rapport humain qu'on ne peut pas bâcler {3}, ce n'est pas une machine {1}, donc euh prendre le temps, je pense que c'est nécessaire quoi, un minimum {2}. »

Sans ce minimum attendu, il y a une moins bonne acceptation d'une consultation estimée comme rapide pouvant même paraître comme bâclée aux yeux des patients.

- P3 : « Moins de 10 minutes... - *dubitative* - oui il faudrait quand même qu'il prenne je vous dis rien que la tension {2}. »
- P11 : « s'il avait pris 2 - 3 minutes pour vraiment analyser {2} ça aurait été mieux {1} parce que là elle se retrouve avec une cicatrice euh... sale {1}. »

Une consultation trop courte peut semer le doute chez les patients. En effet cela peut l'amener à se poser la question sur la qualité de l'examen pour pouvoir être rassuré. L'idée d'une consultation rapide ressentie comme telle par le patient peut le faire se questionner et l'amener à douter. En effet, certaines consultations nécessitent un interrogatoire et un examen clinique plus approfondis.

- P6 : « y a des choses bah y a quand même des questions à se poser {3}. [...] ça peut prendre du temps je pense de rechercher quelque chose de... plus compliqué {2}. [...] ça peut aller du simple au double {3}. »
- P9 : « c'est là qu'on passe des fois à côté de quelque chose {3}. »
- P10 : « Le docteur à quand même pris un peu plus... enfin le temps de voir que tout allait bien {2}. »

Une consultation trop courte peut également avoir pour conséquence de ne pas se sentir pris au sérieux par le médecin, d'être "expédié". En effet le patient a sa propre perception de la gravité et de la tolérance de sa pathologie.

- P9 : « c'était un peu trop pris à la légère, un peu trop vu rapidement {1} [...] quand je vais chez le médecin, c'est vraiment parce que je suis au bout du bout {2} »

4.2.1.4. Attitude générale du médecin lors de la consultation

a) Le juste équilibre entre écoute et efficacité

De nombreux patients ont insisté dans leur entretien sur la capacité d'écoute du médecin.

- P2 : « je la sens à mon écoute {du 1 dans du 2}. »
- P5 : « Je pense que c'est plus de l'écoute et une réponse {2}. »
« Je parle toujours d'écoute, car je pense que c'est important {du 1 dans du 2}. »
- P12 : « c'est important pour moi que le médecin prenne le temps {1}. »

En effet, une absence d'écoute ressentie par le patient peut indirectement conduire celui-ci à s'abstenir de donner des informations pouvant parfois aider le diagnostic et sa prise en charge. Cela peut alors engendrer une déception vis-à-vis de sa consultation. Il est nécessaire d'être à l'écoute de ce que le patient va pouvoir exprimer spontanément.

- P7 : « Le médecin doit prendre le temps d'écouter le patient {3} parce que des fois on reste sur la réserve, on n'ose pas dire des choses à certains médecins {2} »
« Vous êtes un peu frustré {1}, et puis bon vous repartez avec les mêmes problèmes qu'avec lesquels vous êtes arrivé psychologiquement {2}. »

Une écoute tout en dirigeant la consultation est requise sans tomber dans le trop mécanique. En effet, des participants reprochent parfois une impression de consultation " tiroir " sans réelle écoute. Certains médecins devanceraient trop la consultation avec leurs questions engendrant un sentiment de manque d'écoute, voire même

d'empressement. Il y a un juste équilibre à maintenir entre la durée bénéfique du récit spontané du patient et l'intervention orientée du médecin.

- P11 : « c'est le médecin qui dirige la séance {3}. »
- P12 : « C'est important d'être à l'écoute sur ce qu'on peut apporter {1} et euh peut être que des fois y a des médecins qui sont trop... je ne sais pas comment dire... trop méthodiques - rires - [...] qui devancent les réponses {du 1 dans du 2} »
« prendre son temps c'est être à l'écoute de ce que le patient va pouvoir dire euh... de ses mots {3} »

b) La nécessité d'un climat de confiance

D'une part par l'attitude générale du médecin, le patient a besoin de se sentir pris en considération, au sérieux avec bienveillance et empathie.

- P3 : « Il est tellement inquiet qu'il ne peut pas passer à côté {du 1 dans du 3}. »
- P5 : « On est bien resté entre 25 minutes et une demi-heure et avec un bébé qui vomissait, qui lui a fait les pires misères, qui a vomit partout {2}... et ce monsieur est resté imperturbable {1}, enfin... à l'écoute de ce bébé qui ne parlait pas {1}. »
- P6 : « Je l'ai trouvée très attentionnée, bienveillante {1}. »
- P7 : « Je me sentais en confiance {du 1 dans du 2}. [...] ce qui compte surtout c'est l'intensité de l'échange {3}. »
- P9 : « Je n'aurais peut-être pas l'impression d'avoir été négligée {du 1 dans du 2} mais ça dépend de comment réagit le docteur {3} [...] moi il sait que quand j'arrive c'est vraiment le bout du bout {2} »
- P11 : « là elle a pris tout le temps qu'il fallait pour me parler {2}. »

Ainsi dans le cas contraire, la consultation peut être mal vécue si le patient se sent indirectement bousculé par le comportement du médecin par une attitude pressante, de quasi-indifférence ou encore peu

empathique. La notion d'aléa thérapeutique peut alors difficilement être avancée et argumentée si des complications ou séquelles surviennent après une consultation jugée trop courte pour le motif et dénuée d'écoute.

- P3 : « il doit se dépêcher {2}, il doit le mettre en plus sur l'ordonnance {2}, [...] on voit, il a un timing {2}. »
« Ils sont hyper stressés {1}. »
- P9 : « Bah il était tout le temps pressé {1}. Vite vite, vite il fallait que ça enchaîne {2}. D'abord dès qu'on rentrait dans le cabinet c'était, " t'as la carte vitale ? " " Ok - gênée -, bonjour..." {2} »
- P11 : « C'était pour enlever les points donc je comprends que ça aille vite {2} mais c'était très moche {1} donc quand il les a enlevés {2} c'était encore très très moche {1} et les bords n'étaient pas bord à bord {2}. [...] c'était rouge {1}, c'était enflammé {1} [...], il s'en foutait {1}. [...] j'étais pas sereine {du 1 dans du 2} »
- P14 : « il m'examine rapidement {2}, très rapidement {1}, et puis il tape vite son ordonnance sur son ordinateur {2} et puis "Mr voilà" on vous raccompagne à la porte très gentiment et très poliment {2}. »
« C'est à la hache {1}. »

D'autre part, les patients interrogés insistent davantage sur le " feeling " avec le généraliste ainsi que sa personnalité plus que sur la durée de la consultation en elle-même.

- P2 : « elle a un tempérament qui me convient {1}. »
« C'est la personnalité du médecin qui est très - *en accentuant sur le mot* - importante {1}. »
- P3 : « Il est très posé {1}, il parle très peu {1}. »
« J'aime mieux {du 1 dans du 2}. [...] A chaque fois, il est très concentré {1}. [...] en étant calme, il me rassure {1}. »
« Quand je vais le voir... je sens, même si j'ai mal à la gorge, c'est psychologique hein, je vais déjà mieux, même s'il me

prend peu de temps {du 1 dans du 2}. Ça façon d'être me rassure {1}. »

- P11 : « Elle est toute gentille, toute calme, toute douce {1} et euh... j'adore mon médecin généraliste {du 1 dans du 2}. »
En parlant d'un autre médecin consulté : « Il n'était pas très très agréable non plus {1}. »

c) Interférences pendant la consultation

Quand un entretien se trouve entrecoupé (notamment par des appels téléphoniques) celui-ci peut être plus ou moins mal vécu, surtout quand cela se produit à de multiples reprises pendant une même consultation. Comme le souligne lors d'un entretien un des patients, le rôle important du secrétariat en cabinet peut difficilement être géré en plus par le médecin lui-même. En effet, la qualité estimée de la consultation peut s'en retrouver altérée et donner le ressenti d'une consultation longue et pénible mais qui finalement était courte.

- P6 : « y a à tout va le téléphone au milieu des séances {2} donc c'est entrecoupé {1}. »
« Pas courte mais pénible {1}. »
« Ca a été long au final mais pour pas grand-chose {1}. »

Cependant, lorsque cela se produit plus rarement, de façon non répété lors d'une même consultation, cela peut à contrario être valorisé et avoir indirectement un impact positif sur le patient présent en consultation.

- P2 : « Si elle a deux coup de fils pendant que je suis là... je ne râle pas {2}, ce qui arrive souvent {2}. Et ce sont des cas beaucoup plus graves que moi d'après ce que j'entends {2} donc je me dis qu'après tout c'est indispensable {du 1 dans du 2}, c'est utile {1}. »

Il est également important en cas de présence en consultation d'une tierce personne au côté du médecin de ne pas " exclure " le patient de

sa propre consultation indépendamment du temps total passé en consultation.

- P12 : « Mal à l'aise {1} [...] c'est pas lié à la durée c'est la manière dont ça s'est passé {1} [...] il devait y avoir un ou une interne {2} [...] le médecin n'était pas très disponible {1} »
« par contre elle a pris le temps qu'il fallait quand même {1}, elle a fait l'examen {2} mais c'est vraiment la manière dont les choses se sont un petit peu produites et qu'on me parle de quelqu'un devant moi {2} enfin c'était ça qui était un peu gênant {1}. »

4.3. Etre avant tout correctement traité et suivi : une attente fondamentale malgré les variations inter-praticiens

4.3.1.1. Choc générationnel

a) Ancienne génération de médecins généralistes

Il y a encore quelques années ce qui est souvent rappelé par les patients interrogés, c'est la notion d'un médecin de famille qui connaissait des familles entières avec une implication toute particulière par son écoute et sa façon de gérer son temps de consultation.

- P2 : « Je ne sais pas expliquer les nuances de cette écoute-là {2}. [...] Je ne sens pas la même écoute actuellement avec cette personne qui doit avoir... entre 45 et 50 (ans) et l'autre qui a pris sa retraite à 68 {du 1 dans du 2} »
- P5 : « Il y avait une génération de médecin qui écoutait {3}. »
« J'avais l'impression que c'était une autre génération de médecin {du 1 dans du 2} mais parce que je l'ai vécu personnellement {2}. Donc je n'ai pas été habituée à ça {2}. »

En suivant des familles entières sur plusieurs générations, il y a une certaine intimité qui se crée au fil du temps. Lorsque le secret médical

rend cela possible, des soucis médicaux au sein d'une même famille peuvent être évoqués selon les circonstances en plus du motif initial de la consultation.

- P2 : En parlant de son ancienne généraliste : « elle a soigné ma fille qui avait fait une grosse dépression {2} et donc souvent quand j'allais la consulter on parlait plus de ma fille que de moi {2}. »

En parlant de sa nouvelle généraliste : « elle n'a pas beaucoup de temps pour parler de la famille {2} [...] Elle ne me connaît peut être pas assez pour savoir jusqu'où elle peut me parler des autres... {2} »

b) **"C'est la génération des 35 heures"**

En effet, certains patients mettent en avant le fait qu'il y a également une modification du rythme des consultations avec une impression de consultations à la chaîne dans un laps de temps bien limité.

- P3 : « Il n'a pas trop le temps de s'étendre parce qu'il a toujours son timing {3}. »
- P5 : « Il y a une génération de médecins qui prend à 11 h 00, 11 h 15, 11 h 30... {3} je pense que ce n'est pas comme ça que ça peut fonctionner {2}. »
- P12 : « Ça changeait énormément la manière dont les consultations étaient menées... {2} »

« il y avait des personnes, des jeunes qui revenaient {2} et là par contre on avait l'impression de consultations un peu tiroir caisse quoi {1}, c'était très expéditif {1}. On en avait discuté avec le médecin, le médecin traitant qui avait pu dire "c'est la génération des 35 heures" {2} »

Il y a également un paradoxe entre la conscience que les journées doivent être un minimum organisées, aussi bien pour la patientèle que pour le médecin lui-même, et l'indignation de certains patients face à la notion de temps pour sa propre santé.

- P6 : « je trouve ça absurde de parler de temps pour une consultation médicale {du 1 dans du 2} » ; tout en relevant « Je comprends que ça peut être compliqué pour - rires - gérer les journées {2}, ça s'est évident {1}. »

Malgré cela, ils ont conscience que le médecin doit avant tout bien s'occuper d'eux médicalement parlant.

- P2 : « Bon je suis très contente de cette généraliste {du 1 dans du 2} que j'ai depuis maintenant 5 ans {2}, après en avoir eu une qui était beaucoup, beaucoup plus à l'écoute {du 1 dans du 2} »
- P3 : « Il fait quand même bien son travail {1} »
- P4 : « Peu importe {1}. C'est plus la façon dont il traite la pathologie {3} »
- P8 : « Il a fait le travail {2}, mais ça a été très rapide {1}. »
- P14 : « même si c'est très rapide {1} vaut mieux prendre un compétent qu'un incompétent {3} »

c) **Discussion hors sujet médical**

La durée des consultations peut alors être plus longue, mais pas forcément médicalement parlant.

- P13 : « c'était long en temps mais pas... à caractère médical {1} »

Des consultations plus courtes peuvent offrir la possibilité de discussions à caractère non médical.

- P2 : « ça a dû durer 10 minutes à tout casser parce qu'on a en plus pu bavarder un petit peu de mes enfants et de mes petits-enfants {2}. »

Il est également relevé que les médecins généralistes auraient moins l'opportunité que les générations plus anciennes pour parler de sujets non médicaux par manque de temps.

- P2 : « elle n'a pas beaucoup de temps pour parler de la famille {2} »
- P3 : « Il n'a pas trop le temps de s'étendre parce qu'il a toujours son timing {3}. »

Et pourtant, il ressort des entretiens qu'il est tout de même apprécié qu'un minimum de discussions de courtoisie soient exprimées. Cela contribue à l'établissement ou au maintien d'un lien de confiance. Cet aspect est tout de même maintenu quand le médecin généraliste est connu plus personnellement (connaissances du médecin généraliste, amis, membre de la famille...). Le fait de ne pas évoquer que des sujets médicaux rendrait le généraliste " plus humain " aux yeux de certains patients.

- P3 : « Il était plus humain {1}. »
- P6 : « prendre toujours un peu de temps sur les questions de la vie [...] pour installer le côté amical {3}. »
- P8 : « comme on la connaît bien [...] après la consultation, on discute de choses et d'autres {2} [...] C'est agréable {1} »

Même si un médecin traitant peut se montrer peu bavard, il est apprécié de prendre un peu de temps pour évoquer selon les circonstances le mode de vie, le bien-être de ses patients ; ne serait-ce que pour identifier leurs fragilités psychologiques, liées à l'âge, environnementales ou socio-économiques.

- P3 : « Il m'a dit " Alors, ça va la retraite ? " {2}. Parce qu'il sait aussi qu'il y a des gens qui abordent la retraite qui peuvent être un peu dépressif {3}. Il me pose quand même des petites questions intéressantes {1}. »

On dénote cependant chez certaines personnes un avis plus mitigé avec une ambivalence entre l'appréciation d'aborder d'autres sujets que la santé avec son généraliste, mais aussi une gêne vis-à-vis des autres patients qui peuvent s'impatienter en salle d'attente.

- P3 : « Il me parlait des voyages qu'il faisait et tout ça {2}, bon du coup ça rallongeait un peu {1} et puis je me disais bon sang pendant qu'il parle des voyages... il y a des patients qui attendent derrière, j'étais gênée {du 1 dans du 2}. »
- P13 : « c'est vrai que des fois ça tarde un peu {1}. [...] je pense qu'il y a une longue durée d'attente parce que du coup ça blablate ça raconte la vie {2}. Donc après ce n'est pas déroutant en soi {1}, [...] ça nous met à l'aise {1} mais des fois c'est un peu trop quoi {1}. »

4.3.1.2. Médecin habituel par rapport à un nouveau médecin ou à un médecin remplaçant

a) Variations interindividuelles

Un effet de surprise peut être parfois créé par des durées de consultations vécues comme différentes du médecin généraliste habituel. La durée de consultation dépend de la pratique et de la personnalité de chaque médecin généraliste. Certains médecins vont prendre une tension artérielle et examiner le patient de façon systématique, d'autres seulement en fonction du motif ou de la fréquence de leur venue ; ce qui peut permettre de raccourcir la consultation. Ainsi la surprise engendrée par le décalage entre attente et réalité crée une sorte de " rebond cognitif " qui incite à l'interrogation. Un sentiment de doute peut alors apparaître chez le patient et l'amener à se questionner sur la qualité de sa prise en charge et/ou les compétences du médecin l'ayant soigné.

- P5 : « tous les médecins ne fonctionnent pas comme ça {3}. »
- P8 : « J'ai été surpris par la rapidité... je ne dirais pas bâclé mais... disons que le médecin était pressé {du 1 dans du 2}. »
« Il a fait le travail {2} mais ça a été très rapide {1}. »
- P10 : « il y a des docteurs qui font quand même beaucoup plus attention que d'autres {3} donc ils vous font automatiquement la tension, le cœur, qui regardent que tout aille bien {2}. [...] il y

en a qui vont un tout petit peu plus rapidement et qui ne le font pas systématiquement selon la pathologie pour laquelle on est venu le voir {3}. »

- P12 : « ce n'est pas forcément elle que je vois tout le temps {2} mais euh... du coup il y en a qui sont plus rapides {1} mais en général, je suis satisfaite du temps qui est pris {du 1 dans du 2}. »
« c'était très... très étonnant [...] dans la prise en charge {1}... moi je... ce n'est pas ça ce que je recherche chez un médecin traitant en tout cas {2}. »

b) Un temps de consultation plus long est souvent attendu lorsque le médecin généraliste ne connaît pas le patient

En effet, un généraliste qui ne connaît pas l'historique du patient doit alors collecter un minimum d'informations lors de la consultation pour une prise en charge adaptée. Cela peut alors se révéler succinct s'il n'y a pas d'antécédent particulier ou au contraire prendre un temps non négligeable.

- P1 : « S'il ne me connaît pas, je pense qu'il a besoin de consulter plus longtemps... puisqu'il ne connaît pas nos pathologies {2}. »
- P6 : « la plus grosse consultation qu'on ait eu c'était la première en fait {2}. Quand je l'ai rencontré, je lui ai expliqué mon passé {2} et là elle a pris le temps {1} »
« il faut se présenter et mettre des protocoles en place s'il y a besoin {3} »
« c'était un peu long {1} parce que j'ai pas mal de choses quand même {2}. »
- P13 : « elle ne me connaissait pas {2} donc ça a été un peu plus long {1} »

4.4. L'existence d'un déséquilibre entre durée passée en salle d'attente et durée de l'entretien avec le médecin peut affecter en partie le vécu de la consultation par le patient

4.4.1.1. Lorsqu'il y a beaucoup de monde en salle d'attente les consultations peuvent souvent être accélérées

Certains considèrent que les médecins généralistes ne prennent plus assez de temps malgré eux. Dans le cas d'une salle d'attente bondée, ils comprennent aisément que le médecin généraliste ait moins de temps à consacrer à chaque patient et qu'il y ait une priorisation des choses.

- P3 : « Ils sont overbookés {1}. »
« Ils ont plein de monde dans la salle d'attente {2}. »
- P6 : « c'est toujours pareil si c'est pour parler de l'apéro, du weekend, des vacances machin bon c'est une chose on peut en parler {2} il n'y a pas de soucis {1} mais si la salle d'attente est pleine à craquer, moi je peux comprendre aussi {2}. [...] y a des jours où t'as moins le temps de discuter {3} et c'est compréhensible {1}. »
« C'est souvent rapide parce qu'il y a beaucoup de monde en général {du 1 dans du 3}. »
- P9 : « ils ne prennent pas assez de temps {1}, après c'est malgré eux je pense parce qu'il y a tellement de monde {2}. »
« le problème c'est surtout l'attente avant [...] {3}, c'est énorme {1}. »

La réduction de la durée d'attente en accélérant les consultations est un compromis quand même relativement bien accepté, y compris pour les patients n'ayant pas l'habitude de consultations estimées comme rapides.

- P9 : « Et en plus ça voudrait dire que c'est pas 3 heures en salle d'attente mais ça serait 5 heures et au pire peut être qu'on ne le verrait pas quoi {2} - rires - »

- P12 : « Alors il n’y avait pas d’attente, effectivement, toutes les 10 minutes ça... ça... on n’attendait pas {2}. C’était le seul avantage {1}. »

A l’inverse, comme vu précédemment, certains ne vont pas se sentir pris au sérieux notamment s’il s’agit de motifs que le médecin va considérer comme sans gravité et tenter de rattraper le retard via ces consultations. Le patient peut alors se sentir injustement pressé et interpréter cela comme un manque de considération d’autant plus s’il a passé un temps plus ou moins long en salle d’attente.

- P9 : « c’est arrivé où il ne prenait pas assez... enfin au sérieux {1}, [...] c’était un peu trop pris à la légère {1}, un peu trop vu rapidement {1} »

4.4.1.2. Des patients qui en veulent pour leur attente

Malgré une prise en charge médicale adaptée dont peut tout à fait avoir conscience le patient, si le ratio temps d’attente et durée de la consultation est trop disproportionné, cela peut générer un sentiment involontaire de déception chez le patient.

En effet, il y a une ambivalence entre l’évidence d’un motif de consultation ne nécessitant pas plus de temps (pour lequel certains patients apprécieraient davantage une consultation par téléphone) et une demande de temps de consultation adaptée au fait de s’être déplacé et/ou d’avoir attendu plus ou moins longtemps la consultation. Une attente trop longue peut être alors une source d’agacement pouvant se répercuter sur le vécu de la consultation et affecter l’appréciation de cette dernière.

- P1 : « C’est même plus une consultation à la limite c’est par téléphone quelquefois {2}. [...] Oh oui là ça ne me dérange pas {1}. »
- P9 : « Par rapport au rendez-vous rien, mais c’est par rapport à l’attente qu’il y avait eu avant, 2 heures pour 5 minutes pour juste une ordonnance {du 1 dans du 2}. [...] c’est vraiment gênant {1}. »

- P11 : « je n'ai même plus besoin d'aller la voir pour lui demander mes médicaments {2}. [...] je l'appelle, je lui demande {2}. »

Ainsi une durée de consultation plus longue a souvent en contrepartie une durée plus longue en salle d'attente et des délais de rendez-vous plus larges. C'est une contrepartie qui peut être acceptée selon le profil de patient et son motif de venue.

- P5 : « Y a des médecins qui peuvent garder une demi-heure, alors c'est sûr que tu fais la queue en salle d'attente {3}, mais bon {1}. »
- P12 : « effectivement elle prend du temps {1} euh on n'a pas un rendez-vous [...] tout de suite {2}. Euh... on attend beaucoup {1}. »

4.4.1.3. Comparaison des durées de consultation des patients entre eux lors de l'attente

En effet durant leur attente les patients comparent les durées de consultation de chaque patient à leur propre durée ce qui peut parfois affecter le vécu de la consultation.

- P10 : « Quand on rentre dans la salle d'attente, on compte les personnes {3} et moi je compte un quart d'heure par personne {2} - rires - »
- P13 : « L'attente est vraiment trop longue {1} [...] la consultation bah en général ça se passe très bien {1} mais après nous on ne comprend pas [...] pourquoi c'est aussi long {1} ? Parce que du coup la consultation ça se passe assez rapidement {1} »
- P14 : « qui il garde aussi longtemps pour que moi on m'expédie à chaque fois en 5 minutes {du 1 dans du 2}? »

DISCUSSION

1. Forces et limites de notre étude

1.1. Type d'étude

L'étude qualitative avec analyse phénoménologique et approche sémio-pragmatique était l'analyse la plus adaptée pour répondre à notre objectif principal. Cela nous a permis d'explorer le vécu, les représentations ainsi que le ressenti des patients qui sont par essence polymorphes et complexes à évaluer. Ce choix est d'autant plus pertinent compte tenu du peu de bibliographie disponible sur le sujet. A l'inverse des études quantitatives qui induisent des réponses fermées, l'étude qualitative permet de laisser libre cours aux participants d'exprimer ce qu'ils ressentent de manière spontanée et riche. Cela nous a permis de mieux comprendre leurs expériences et émotions afin de tenter de percevoir le réel degré d'influence de la durée des consultations sur leur satisfaction.

1.2. Les participants

Lors du recrutement des patients à interroger le but n'était pas d'être représentatif de la population, mais d'essayer d'obtenir un échantillon le plus varié possible. En effet les résultats étant basés sur l'analyse de données qualitatives, ils ont été influencés par la perception idiosyncratique de l'échantillon de participants qui a tenté d'être limitée par la constitution de cet échantillon.

1.3. Méthodologie, recueil et analyse des données

La réalisation de deux entretiens tests semi-dirigés inclus dans notre travail et notre analyse a pu permettre à l'investigatrice de réduire son manque d'expérience pour ce type d'étude. L'expérience acquise à la réalisation de chaque nouvel entretien a pu modifier la dynamique de l'échange.

Une seule question supplémentaire a été intégrée au cours des entretiens afin d'affiner la réponse des participants à partir de l'entretien numéro 8.

Des questions de relance avaient été préétablies, mais elles se sont spontanément enrichies au fil des entretiens.

Les entretiens se sont voulus individuels afin d'éviter l'inhibition pouvant être induite par la présence d'une tierce personne. Cela permet l'obtention d'une certaine liberté de réponse sans être intimidé par l'aspect collectif d'un focus group. Toutefois, l'enregistrement audio peut parfois constituer un frein au discours du participant et les maintenir sur une certaine réserve. Le fait de les interroger dans un cadre connu à pu les aider à passer outre et être plus propice à la confiance.

Les entretiens en face à face permettent une analyse approfondie avec l'émergence d'idées provenant de la perception personnelle de chaque individu interrogé.

Toutefois, il est vrai qu'un focus group bien qu'ayant plus de biais, notamment avec celui du modérateur qui est non négligeable, aurait pu permettre l'émergence de nouvelles catégories via une dynamique de groupe. Il pourrait ainsi être intéressant de s'appuyer sur notre travail pour réaliser une étude qualitative de notre sujet en focus group et confronter nos résultats aux réponses et idées enrichies mutuellement par les différents membres du groupe.

1.4. Biais

Un **biais de sélection et de participation** a impacté notre recrutement. D'une part, en essayant d'obtenir un échantillon le plus divers possible avec un espace spatio-temporel réduit et une volonté d'obtenir un médecin généraliste différent pour chaque patient interrogé. D'autre part, les patients les plus sensibles au sujet sont probablement ceux ayant répondu à nos demandes d'entretien. Cependant le fait d'avoir pu en interroger pour la plus grande partie à l'occasion d'une hospitalisation en clinique rééducative a pu permettre à certains participants d'accepter l'entretien davantage pour occuper leur temps ou par simple curiosité que pour une appétence plus prononcée que d'autres pour notre sujet.

La connaissance vague du sujet par les participants avant la réalisation des entretiens a permis de limiter le **biais d'information**. Il n'y a pas eu de temps de préparation entre chaque question posée et leur réponse afin d'obtenir un verbatim le plus spontanée possible ce qui constitue une force de l'étude. Cependant face à un temps de réflexion moindre cela a pu également générer un appauvrissement des données.

Un **biais d'intervention** a pu être créé inconsciemment par l'investigatrice via certaines questions de relance spontanées, mais aussi par la communication non verbale.

L'étude a également fait l'objet d'un **biais de retranscription**.

Le **biais d'analyse et d'interprétation** est une des difficultés des études qualitatives et constitue une limite de notre travail. Cependant l'analyse avec triangulation des données de chaque entretien avec le directeur de thèse a permis de les réduire.

1.5. Critères de scientificité en recherche qualitative

1.5.1.1. Validité

Les critères scientifiques d'une étude qualitative reposent sur la validité interne et externe de l'étude. (17)

La **validité interne** consiste à vérifier si les observations faites représentent la réalité via la triangulation des sources et des méthodes. Tout d'abord, il aurait fallu soumettre notre analyse à l'avis des participants de l'étude ce qui n'a pas été effectué dans notre travail. Cependant une triangulation des données a été faite avec le directeur de thèse. Dans un deuxième temps, les résultats sont à confronter à ceux de la littérature permettant d'argumenter la crédibilité de l'étude.

La **validité externe** consiste à généraliser les observations recueillies à l'aide d'un échantillon ciblé et représentatif de la problématique. Notre échantillon était surtout diversifié afin d'inclure des participants ayant autant que possible un vécu et une expérience propre à eux.

Un nombre suffisant de participants était nécessaire afin d'obtenir la **saturation des données** et ainsi une validité scientifique correcte.

1.5.1.2. Grille de COREQ

Dans le souci d'obtenir une critique la plus objective possible, nous avons utilisé comme support la grille de lecture COREQ (27) : **C**onsolidated criteria for **R**eporting **Q**ualitative research. Elle résulte d'une méta-analyse de l'ensemble des grilles de lecture de la littérature publiée en 2007 définissant plusieurs **critères de qualité** détaillés en annexe.

1.6. Ouverture

Dans la littérature, le point de vue du médecin a également été que trop peu étudié. Il serait donc intéressant et pertinent d'explorer qualitativement, dans un autre travail de recherche, l'impact de la durée de consultation sur le ressenti du médecin généraliste et sa satisfaction de prise en charge.

2. Comparaison à la littérature

Notre travail a permis d'appuyer qualitativement les résultats d'études quantitatives ultérieurement menées en apportant des précisions et un enrichissement argumentaire.

L'échantillon varié a permis de ne pas se limiter qu'aux patients ayant un affect psychologique ou psychiatrique.

Comme attendu, d'autres facteurs que la durée de la consultation entre en compte sur le ressenti du patient et notamment le fait que selon Levenstein (28) la prise en considération par le médecin des inquiétudes et des attentes du patient lors de la consultation influençait positivement le degré de satisfaction de ce dernier.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que quasiment tous les patients interrogés ont conscience que la durée des consultations dépend d'un facteur non négligeable qui est le motif de consultation. En effet, une étude de la DREES réalisée en 2002 (4) souligne que la durée des consultations varie d'une pathologie à une autre. Ainsi les problèmes psychologiques et psychiatriques ou la prise en charge de problèmes sociaux bénéficient souvent de consultations plus longues. A l'inverse, les pathologies en lien avec les voies aériennes durent moins longtemps en moyenne.

Concernant la notion de choc générationnel, retrouvée dans certains verbatims, elle semble faire surtout écho à ce que Muel-Dreyfus Francine dans *Le fantôme du médecin de famille* (29) dépeint en 1984 comme une nouvelle représentation du rapport médecin-malade et de " *l'accès* " au patient hérité de l'histoire. Elle écrit que " *depuis le début du XIXème siècle, la médecine générale n'a jamais construit son image sur la réduction de l'acte thérapeutique à un acte technique. Et, au fil du temps, dans leurs souvenirs et leurs mémoires, les médecins écrivent que le médecin des corps est aussi le médecin des âmes, celui qui tient ensemble, au-delà du symptôme, les fils de l'histoire familiale dans sa dimension inséparablement affective et sociale.* " Elle souligne que la modification et l'apparition de nouvelles références culturelles seraient responsables de la transformation des conditions de la perception qu'a le médecin de " *l'environnement* " de la maladie.

A la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle le bouleversement des moyens médicaux avec les techniques diagnostiques et thérapeutiques font se développer une « médecine d'organe » avec l'apparition d'un mouvement de spécialisation de la médecine, s'accélégrant après la seconde guerre mondiale (30) (31) .

Pour reprendre les termes de Muel-Dreyfus Francine " *l'omnipraticien en visite, figure-type du médecin dans l'imaginaire social mais aussi, largement, dans la réalité de la pratique jusqu'aux lendemains de la guerre de 1914* ", fait de plus en plus place à des consultations dans un cadre plus neutre qu'est le cabinet avec leur " *rythme temporel* " et des consultations " *ponctuées par le paiement à l'acte* ". Elle écrit que " *tout ce qui était autrefois donné au regard du médecin, ce familier de la famille, est à reconstruire dans un simple échange de paroles.* "

CONCLUSION

Notre travail nous a permis d'explorer de façon adaptée le ressenti des patients vis-à-vis de la durée de consultation en médecine générale. Nous pouvons ainsi le résumer à l'aide des 4 catégories conceptualisantes suivantes :

- 1. La durée de la consultation en médecine générale doit être en adéquation avec le motif de venue, ajustée sans dérive temporelle au profil du patient et à la disponibilité propre du soignant.**
- 2. La dimension psychique du temps accordée par le médecin généraliste est plus importante que la durée réelle de la consultation.**
- 3. Une modification de la durée de consultation génère chez le patient un processus d'introspection sur la qualité de sa prise en charge.**
- 4. Un déséquilibre entre le temps passé en salle d'attente et la durée de la consultation se transforme en un don de temps et une dette de temps.**

Ces 4 catégories peuvent alors constituer pour les médecins généralistes un outil d'aide à une meilleure compréhension de l'impact réel que peut avoir la durée de leurs consultations sur le ressenti de leurs patients concernant la qualité de leur prise en charge.

La durée de consultation est un facteur adaptable non négligeable. Cependant, elle est à considérer sans toutefois prendre le pas sur certains pré-requis indispensables à une relation médecin - patient de qualité. La relation médecin - patient peut souffrir de désaccords, notamment sur une durée de consultation, pouvant alors être quasiment occultée si la confiance et un respect réciproques sont ressentis par le patient. Le rôle du médecin généraliste est avant tout de savoir écouter, diagnostiquer, traiter, rassurer, accompagner et conseiller son patient. Ainsi, je pense que la richesse de ce métier réside dans la capacité à savoir soigner la maladie, l'organe, tout en soignant l'être humain dans sa globalité en établissant un juste équilibre entre professionnalisme et empathie. Cette empathie permet alors une meilleure communication qui est un support clé pour l'efficacité et la qualité du soin. La prise en charge médicale tient compte de l'échange entre le médecin et son patient avec son vécu et ses propres attentes dont l'objectif commun est l'obtention du bien-être physique et psychique du patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amalberti R, Sicaud B, Loubry N, Brami J. Audit de sécurité des soins en médecine de ville. Paris; Dordrecht: Springer; 2013.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
3. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 8 nov 2017;7(10):e017902.
4. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Dress - Etudes et Résultats. 481^e éd. avr 2006;8.
5. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Prat Psychol. 2007;13:1-19.
6. Dauris V, Schambach S, Amouyal M (directeur de thèse). Les consultations de médecine générale : déroulement, pratiques des médecins et attente des patients : Enquête d'observation auprès de médecins généralistes du Gard et de l'Hérault. Montpellier; 2013.
7. Duhamel PG. Histoire des médecins français. Paris: Plon; 1993. 392 p.
8. Faure O. Les Français et leur médecine au XIXe siècle. Paris: Belin; 1993. 316 p. (Histoire et société. Modernités).
9. Schweyer F-X. Histoire et démographie médicales. Les médecins aujourd'hui en France. adsp. sept 2000;(32):17-9.
10. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 2002;52(485):1004-6.
11. Pollock K, Grime J. Patients' perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. BMJ. 28 sept 2002;325(7366):687.

12. Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the « consultation map » method. *Fam Pract.* mars 1992;9(1):61-6.
13. Boivin J, Muller-Collé F, Aubrège A, De Korwin J. La rupture de la relation médecin-malade : pourquoi les patients changent-ils de médecin généraliste ? *Rev Prat Médecin Générale.* 3 mars 2003;17(604):293-7.
14. Larousse. Dictionnaire de français [Internet]. In: Larousse. Larousse. (<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>).
15. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. *WONCA EUROPE.* 2002.
16. Santiago-Delefosse M, Rouan G, Clot Y, Georgiou D, Giami A, Pedinielli J-L. Les méthodes qualitatives en psychologie. Dunod. Paris; 2001. 109 p.
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):142-5.
18. Depraz N. Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète. Paris: Armand Colin; 2006.
19. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: A. Colin; 2015.
20. Oude Engberink A, Arino M, Julia B, Bourrel G. Intérêt d'une approche sémiopragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. *Rech Qual.* 2013;Hors Série(15):96-115.
21. Husserl E. Idées directrices pour une phénoménologie. Paris: Gallimard; 1963. 567 p.
22. Husserl E, Souche-Dagues D, Landgrebe L. Expérience et jugement: recherches en vue d'une généalogie de la logique. Paris: Presses universitaires de France; 1970.
23. Peirce CS. *Ecrits sur le signe.* Paris: Editions du Seuil; 1978.
24. Peirce CS, Tiercelin C, Thibaud P. Pragmatisme et pragmaticisme. Vol. Oeuvre I. Paris: Éd. du Cerf; 2002. p. 285.

25. Bourrel G. Analyse phénoménologique d'une étude sur le surpoids en médecine générale. L'apport de la pragmatique. *Rech Qual.* 2008;Hors Série(6):87-103.
26. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;24(105):4-11.
27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 2015;15(157):50-4.
28. Levenstein J. The Patient-centred general practice consultation. *South Afr Fam Pract.* 1984;5(9).
29. Muel-Dreyfus F. Le fantôme du médecin de famille. *Actes Rech En Sci Soc.* sept 1984;54:70-1.
30. Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. *Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale.* Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
31. Galam É, éditeur. *Infiniment médecins: les généralistes entre la science et l'humain.* Paris: Éd. Autrement; 1996. 202 p. (Autrement Collection Mutations).

ANNEXES

1. Coupon

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale et dans le cadre d'une thèse j'étudie **le ressenti des patients sur la durée de consultation en cabinet de médecine générale.**

L'entretien consiste à répondre à 5 questions principales et dure environ 10 minutes, il sera enregistré mais restera confidentiel et anonyme, entendu uniquement par vous et moi.

Les questions ont été validées par un Comité d'éthique du CNGE.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est vraiment votre avis qui compte. Je ne suis pas là pour juger. J'ai simplement besoin que vous soyez vous-même. Bien sûr si vous souhaitez ne pas répondre à certaines questions, vous êtes tout à fait en droit de refuser, tout comme vous pouvez décider d'arrêter l'entretien à tout moment.

Si vous êtes volontaire, merci de remettre ce bon au secrétariat avec votre numéro de téléphone (ci-dessous) afin que je puisse vous contacter.

Merci pour votre participation,

Delphine BILLOUD

Si vous êtes volontaire pour réaliser l'entretien :

NOM / Prénom (non retranscrit dans l'étude pour garder l'anonymat) :

Age :

Téléphone :

2. Guide d'entretien

ENTRETIEN n° (durée en minutes et secondes) le/.../.....

- 1) De manière générale que pensez-vous de la durée de consultation des médecins généralistes que vous voyez ? (représentation(s))
- 2) J'aimerais que vous vous souveniez d'une consultation particulièrement :
 - a. courte.
 - i. Selon vous quelle durée approximative avait-elle ?
 - ii. Qu'en avez-vous pensé / comment l'avez-vous vécu ?
 - b. longue.
 - i. Selon vous quelle durée approximative avait-elle ?
 - ii. Qu'en avez-vous pensé / comment l'avez-vous vécu ?
 - c. *Si besoin : Si le patient n'a pas souvenir de telles consultations : Dans ce cas, souvenez-vous de votre dernière consultation avec un médecin généraliste.*
 - i. Selon vous quelle durée approximative avait-elle ?
 - ii. Qu'en avez-vous pensé / comment l'avez-vous vécu ?
Si besoin :
 1. Qu'avez-vous pensé de la façon dont le temps a été géré ?
 2. Comment avait-elle répondu ou non à vos attentes ?
- +) Ajout d'une question à partir du 8ème entretien :
Que penseriez-vous d'une consultation qui durerait plus longtemps ? 30 à 45 minutes (voire une heure) ?
- 3) A partir de cette / ces expérience(s) rapportée(s) comment pensez-vous que la durée d'une consultation influence votre sentiment d'avoir bien été pris en charge ? *De quoi ce sentiment dépend-il ?*
- 4) Comment la durée de consultation pourrait-elle en partie influencer votre choix de médecin traitant ?
- 5) Souhaitez-vous faire d'autres remarques sur la durée de consultation en médecine générale ?

Merci d'avoir répondu à ces questions. Pour les besoins de mon étude, pouvez-vous me préciser :

- Votre âge,
- Statut matrimonial (situation conjugale et nombre d'enfants)
- Votre niveau d'études,
- Votre profession,
- Milieu rural, semi-rural, urbain ?

3. Grille COREQ

Tableau 4 : Traduction française appliquée à notre étude.

| Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion | | | |
|--|--|---|--|
| Caractéristiques personnelles | | | |
| 1 | Enquêteur | Quel auteur a mené l'entretien individuel ? | Delphine BILLOUD |
| 2 | Titres académiques | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? | Interne en 3 ^{ème} année du DES de médecine générale |
| 3 | Activité | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? | Stage en rééducation de l'appareil locomoteur en clinique puis SASPAS |
| 4 | Genre | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? | Une femme |
| 5 | Expérience et formation | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? | Aucune expérience en recherche qualitative mais participation à des ateliers organisés au sein de la fac de médecine de Montpellier - Nîmes pour nous aider à appréhender au mieux nos recherches et analyses. |
| Relations avec les participants | | | |
| 6 | Relation antérieure | Enquêteur et participants se connaissent-ils avant le commencement de l'étude ? | Non |
| 7 | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? | Présentation par l'enquêteur oralement et/ou sur le coupon de recrutement ainsi qu'au début de l'entretien |
| 8 | Caractéristiques de l'enquêteur | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ? | Pas de conflit d'intérêt. Intérêt pour le sujet de recherche. |

| Domaine 2 : Conception de l'étude | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| Cadre théorique | | | |
| 9 | Orientation méthodologique et théorie | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? | Etude qualitative avec analyse phénoménologique et approche sémiopragmatique |
| Sélection des participants | | | |
| 10 | Echantillonnage | Comment ont été sélectionnés les participants ? | Les 4 premiers entretiens par recrutement direct puis les suivants par coupon informatif à remettre au secrétariat pour laisser le |

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---|---|
| | | | choix aux patients de participer (qu'ils ne se sentent pas obligés de participer par la gêne de dire non) |
| 11 | Prise de contact | Comment ont été contactés les participants ? | En face à face en consultation ou salle d'attente pour les 4 premiers puis par appel téléphonique via les coordonnées laissées sur le coupon des volontaires |
| 12 | Taille de l'échantillon | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? | 15 |
| 13 | Non-participation | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? | 9 refus Pas d'abandon |
| Contexte | | | |
| 14 | Cadre de la collecte de données | Où les données ont-elles été recueillies | En cabinet de médecine générale et en clinique de rééducation de l'appareil locomoteur de l'Hérault. |
| 15 | Présence de non-participants | Y-avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Non, uniquement l'enquêteur et le participant. |
| 16 | Description de l'échantillon | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? | Elles sont référencées dans le tableau 2 et les figures 1, 2, 3 et 4. |
| Recueil des données | | | |
| 17 | Guide d'entretien | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Guide fourni par l'enquêteur avec quelques relances, testé au préalable avec ajout d'une question à partir de l'entretien 8 pour apporter plus de précisions. |
| 18 | Entretiens répétés | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? | Non |
| 19 | Enregistrement audio / visuel | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? | Enregistrement audio via un dictaphone. |
| 10 | Cahier de terrain | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ? | Oui |
| 21 | Durée | Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? | Durée moyenne = 10 minutes et 47 secondes |
| 22 | Seuil de saturation | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? | Oui, atteint à l'entretien 13 et complété par 2 entretiens supplémentaires |

| | | | |
|----|-----------------------------|--|-----|
| 23 | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non |
|----|-----------------------------|--|-----|

| Domaine 3 : Analyse et résultats | | | |
|---|--|---|---|
| Analyse des données | | | |
| 24 | Nombre de personnes codant les données | Combien de personnes ont codé les données ? | 2 : L'enquêteur et triangulation des données avec le directeur de thèse. |
| 25 | Description de l'arbre de codage | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? | Non |
| 26 | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? | Déterminés à partir des données pour des énoncés phénoménologiques puis en catégories |
| 27 | Logiciel | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? | Microsoft Word |
| 28 | Vérification par les participants | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? | Non |
| Rédaction | | | |
| 29 | Citations présentées | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? | Oui et identifiées à chaque fois. |
| 30 | Cohérence des données et des résultats | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| 31 | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui avec une analyse phénoménologique et formation de catégories conceptualisantes |
| 32 | Clarté des thèmes secondaires | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? | Oui |

4. Verbatim sur cahier séparé

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

INTRODUCTION : La courbe d'efficacité liée à la durée de consultation en médecine générale semble plutôt obéir à une courbe en U inversé. Par ailleurs, la satisfaction d'une consultation est une notion importante aussi bien du côté du professionnel de santé que de celui du patient. Nous nous sommes rendu compte que ce que pouvait ressentir les patients ne concordait pas toujours avec l'idée que nous nous faisons de leur vécu. C'est un sujet très peu étudié notamment qualitativement. L'objectif principal de notre étude est d'explorer le ressenti des patients vis-à-vis de la durée de consultation en médecine générale. Elle a également pour objectif secondaire de permettre aux médecins généralistes de comprendre l'impact de la durée de leurs consultations pour mieux adapter leur prise en charge dans la pratique.

METHODES : Il s'agit d'une étude qualitative de 15 entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients recrutés directement en cabinet de médecine générale et en clinique. Le verbatim obtenu a ensuite été étudié par une analyse phénoménologique avec une approche sémiopragmatique.

RESULTATS : La durée de la consultation en médecine générale doit être en adéquation avec le motif de la venue et le profil du patient lui-même. Les patients semblent plus réceptifs à la façon dont le temps est géré par le médecin généraliste qu'à la durée de la consultation en elle-même. Etre avant tout correctement traité et suivi constitue une attente fondamentale malgré les variations inter-praticiens. L'existence d'un déséquilibre entre la durée en salle d'attente et la durée de l'entretien avec le médecin peut affecter en partie le vécu de la consultation par le patient.

CONCLUSION : La durée de consultation est un facteur adaptable non négligeable. Elle est à considérer sans toutefois prendre le pas sur d'autres éléments indispensables pour une relation médecin-malade de qualité et une prise en charge efficace.

MOTS CLES : General practice / Médecine générale / Consultation / Durée / Satisfaction / Analyse qualitative / Analyse phénoménologique / Analyse Sémiopragmatique