

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 21 octobre 2021 à Poitiers
par **Michaël Remazeilles**

Impact du retard perçu par le médecin généraliste sur le déroulement de ses consultations

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

Membres :

- Monsieur le Professeur François Birault
- Madame le docteur Ghina Harika-Germaneau

Directeur de thèse : Madame le docteur Clara Blanchard



Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, Informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jlad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (retraite 01/03/2021)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (en mission 2020/21)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (en cours d'intégration PH)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c nov.2020)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 1 an)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie : hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier. Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur François BIRAULT, Professeur Associé de Médecine Générale, Directeur du pôle recherche du Département de Médecine Générale. Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous suis également reconnaissant pour vos enseignements et conseils dispensés durant ce troisième cycle de mes études médicales.

À Madame le Docteur Ghina HARIKA-GERMANEAU, Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales. Vous me faites l'honneur de siéger au sein du jury et juger ce travail de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

À Madame le Docteur Clara BLANCHARD, Chef de clinique du Département de Médecine générale, directrice de cette thèse. Un immense merci pour tes précieux conseils, ton accompagnement ainsi que tes encouragements tout au long de ce travail.

À Madame Christelle SOUIL Déléguée à la protection des données de la faculté de Poitiers. Merci pour votre aide et votre disponibilité.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

INTRODUCTION

A. Le retard en médecine générale	Page 8
B. Objectifs	Page 8
	Page 9

MATERIEL ET METHODE

A. Population étudiée	Page 10
B. Définitions	Page 10
C. Taille et Randomisation de l'effectif	Page 10
D. Type d'étude	Page 11
E. Recueil et analyse des données	Page 11
F. Critères de jugement principal	Page 11
G. Analyse statistique	Page 12
H. Autorisation de recherche	Page 12

RESULTATS

A. Description de la population étudiée	Page 13
B. Résultats de l'objectif principal	Page 13
C. Objectifs secondaires	Page 14
1. Estimation, évaluation et vécu du retard	Page 15
2. Analyse en sous-groupe	Page 15
3. Impact de la covid 19 sur le retard habituel des MG au printemps 2021	Page 19
4. Autres résultats	Page 20

DISCUSSION

A. Population étudiée	Page 21
B. Objectif principal	Page 21
C. Objectifs secondaires	Page 21
	Page 22

LIMITES

A. Biais de sélection	Page 24
B. Biais de mesures	Page 24
C. Questionnaire	Page 24

CONCLUSION

Page 25

BIBLIOGRAPHIE

Page 26

ANNEXES	Page 29
SERMENT D'HIPPOCRATE	Page 36
ABSTRACT	Page 37
RESUME	Page 38

ABREVIATIONS

ASALEE : Action de santé libérale en équipe

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DPO : Déléguée à la Protection des Données

ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine GÉNÉral

IC : Intervalle de Confiance calculé avec un risque de 95%

HTA : Hypertension artérielle

MG : Médecin Généraliste

QCM : Question à Choix Multiples

QRU : Question à Réponse Unique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

INTRODUCTION

A. Le retard en médecine générale

En 2015-2016, 76% des patients étaient reçus en retard à leur rendez-vous par leur médecin selon une enquête nationale réalisée à l'hôpital et en secteur privé ¹, traduisant un phénomène quotidien auquel le patient et le praticien sont confrontés.

Le spécialiste en médecine générale n'échappe pas à la règle. Les travaux de Groll et al.² menés en 2000 à travers 10 pays européens ont prouvé que le retard est source de contrariété pour leur patient. Cette insatisfaction est bien une réalité persistante comme le confirme les travaux de Hermange et al. ³ en 2008. En effet, pour les 1004 patients interrogés c'est bien le temps passé en salle d'attente qui doit être le premier point à améliorer par leur médecin généraliste (MG), bien avant le délai d'obtention d'un rendez-vous et le temps accordé à chaque patient en consultation.

Plusieurs facteurs expliquent l'existence et la récurrence de ce retard. D'une part, il est nécessaire de considérer le contexte démographique actuel. En effet, l'augmentation modérée du nombre de médecins actifs ⁴ par rapport à la population française qui vieillie et chez qui la prévalence des maladies chroniques augmente ⁵. D'autre part, les consultations sont souvent complexes et longues. L'étude ECOGEN ⁶ a révélé que les MG prennent en charge simultanément 2,2 problèmes de santé au cours d'une consultation de 16,7 minutes en moyenne (contre 7,6 minutes en Allemagne et 9,2 au Royaume-Uni ⁷). Il est également important de mentionner qu'en tant que médecin de premier recours, le MG est fréquemment confronté à des urgences, qu'elles soient ressenties ou vraies. Les demandes de soins pour le jour même ou le lendemain représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 MG sur 10 ⁸. N'oublions pas les à-côtés des consultations : tâches administratives ou de secrétariat, lecture des résultats d'analyses biologiques ou encore conseils téléphoniques (19 par semaine soit 90 minutes en moyenne ⁹) pouvant déborder sur l'agenda et générer un retard supplémentaire.

Ainsi, les différentes causes précédemment citées (bien que non exhaustives), expliquent en grande partie cette attente prolongée coutumière qui est mal vécue de la part des patients ^{2,3,10,11}. Dans la littérature les quelques données retrouvées concordent sur le fait que le retard a un impact multiple sur le médecin lui-même, son attitude et sa prise en charge. Heaney et al. ¹², dans une étude menée auprès de 85 MG Ecossais en 1991, ont montré que plus le nombre de patients est élevé, plus le temps d'attente s'allonge en fin de journée, et moins la consultation est longue. En 2018, les deux travaux de thèse du Dr Sarah Turon-Lacarrieu et du Dr Sofia Chaabanne ont mis en évidence que le vécu du retard par le MG retentissait sur la prise en charge des patients ^{13,14}.

B. Objectifs

Partant de ces travaux récents, menés en Midi-Pyrénées et en Normandie, nous avons souhaité évaluer la proportion de MG exerçant dans l'ancienne région Poitou-Charentes qui ressentent un impact négatif sur le déroulement de leurs consultations en cas de retard important.

Les objectifs secondaires étaient d'estimer la durée et analyser le vécu de différentes situations de retards par les médecins généralistes. Puis de réaliser une étude en sous-groupe afin déterminer si certaines caractéristiques socio-démographiques étaient plus fréquentes chez les médecins impactés. Enfin, les MG ont été confrontés à de nouvelles demandes spécifiques à la COVID 19 qui sont venues s'ajouter aux problématiques préexistantes^{15,16}, particulièrement durant la période du printemps 2021 marqué par l'intensification de la campagne vaccinale¹⁷. Le dernier objectif a donc été de déterminer l'impact que cela pouvait avoir sur le retard habituel du praticien.

MATERIEL ET METHODE

A. Population étudiée

Nous avons souhaité interroger les médecins généralistes libéraux installés dans l'ancienne région Poitou-Charentes composée de 4 départements : Charente, Charente-Maritime, les Deux Sèvres et la Vienne.

Après refus des 4 CDOM concernés de nous fournir la liste des médecins inscrits, nous avons décidé d'utiliser l'agenda en ligne de la CPAM. Nous avons activé les filtres suivants : "médecins généralistes", "sans dépassement d'honoraires", "acceptant la carte vitale", "sexe indifférent".

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir une activité libérale au moins partielle en tant que médecin installé ou collaborateur
- Être inscrit dans l'annuaire de la CPAM au sein de l'ancienne région Poitou Charente
- Consulter sur rendez-vous uniquement, au moins une journée complète par semaine
- Avoir exercé durant le troisième confinement du printemps 2021

Les critères d'exclusions étaient :

- Exercer en tant que remplaçant ou étudiant SASPAS
- Exercice exclusif de la médecine thermique, acupuncture, nutrition ou homéopathie (filtres du site de la CPAM)

B. Définitions

Afin de limiter les biais de confusion, nous avons choisi de définir le retard comme étant la différence de temps entre l'heure de rendez-vous prévue et l'heure à laquelle le patient est reçu en consultation. Cette définition était mentionnée sur la notice d'information jointe au questionnaire (annexe 1).

C. Taille et Randomisation de l'effectif

Sur un total de 1591 médecins, nous avons choisi d'interroger 159 praticiens (soit 10%). Une fois listés par ordre alphabétique puis numérotés, les praticiens ont été tirés au sort via la fonction nombre aléatoire du moteur de recherche Google®. Le tirage a été réalisée de manière proportionnelle au nombre de médecins respectifs dans chaque département comme décrit dans le tableau 1 (annexe 2).

D. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive transversale. Pour ce faire nous avons conçu un questionnaire anonyme (annexe 3), les 17 QCM ou QRU ont été élaborées suites aux recherches bibliographiques et sont basés sur des travaux préexistants, notamment celui mené par le Dr Sarah Turon-Lacarrière qui nous a donné son accord oral afin de s'inspirer de sa méthodologie et de son questionnaire¹³.

E. Recueil et analyse des données

Bien qu'ayant bénéficié de l'autorisation de diffusion du questionnaire le 22 juillet, nous avons préféré attendre la fin des congés estivaux afin de maximiser le taux de réponse. L'envoi par voie postale a donc eu lieu le 5 septembre 2021, le questionnaire (annexe 3) était accompagné d'une notice explicative (annexe 2) et de la fiche d'information de la DPO (annexe 3). Pour faciliter l'expédition retour, une enveloppe timbrée et pré adressée était également fournie. Le recueil des données a été réalisé manuellement au fur à mesure de la réception des réponses grâce à un document tableur Microsoft EXCEL®, permettant une analyse anonyme et objective des résultats. La date de clôture était le 21 septembre 2021 sans relance.

F. Critère de jugement principal

Proportion de médecins impactés négativement dans le déroulement des consultations suivantes en cas de retard important.

Afin de déterminer plus précisément quelle partie de la consultation était susceptible d'être affectée nous étudierons les réponses au QCM8 (annexe 2). Nous précisons ici que les items soumis sont en partie basés sur des réflexions issues du guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale dont une représentation est disponible en annexe (annexe 4).

G. Analyse Statistique

L'analyse descriptive réalisée sur le site *sample-size.net* nous a permis en approchant une loi binomiale vers une loi normale de calculer les intervalles de confiance (IC) avec un risque alpha de 5%. L'analyse comparative des caractéristiques entre la population impactée et non impactée a été réalisée sur le site *BiostaTGV* via un test de chi2 ou de Fischer suivant les effectifs.

H. Autorisation de recherche

Cette étude a fait l'objet d'une autorisation de la DPO de la Faculté Poitiers via une fiche de traitement enregistrée sous le numéro 202156 autorisant la collecte des données à caractère personnel.

RESULTATS

A. Description de la population étudiée

En 15 jours 101 questionnaires ont été recueillis par voie postale soit un taux de réponse de 63,5% sans relance ; 1 questionnaire n'a cependant pas pu être exploité.

Tableau 2 : Description de la population

Caractéristiques de l'échantillon		Effectifs
Sexe	Femme	49%
	Homme	51%
Age*	Moins de 31	7,1%
	31 à 40 ans	31,3%
	41 à 50 ans	21,2%
	51 à 60 ans	20,2%
	Plus de 61 ans	20,2%
Mode D'exercice*	Seul	14%
	Groupe	86%
Milieu D'exercice	Urbain	33%
	Semi-rural	44%
	Rural	23%
Secrétariat*	Vous-même	28%
	Physique	79%
	Téléphonique	39%
	Agenda en ligne	24%

**8 participants n'ont pas renseigné leur mode d'exercice et un n'a pas renseigné son âge. Plusieurs réponses étaient possibles concernant le secrétariat, 52,2% des MG ont d'ailleurs coché plus d'une case pour cette question.*

B. Résultats de l'objectif principal

Les réponses à la Q7 permettaient d'obtenir les résultats du critère principal :

“Lorsque vous avez un retard que vous jugez important, cela impacte-il de manière négative le déroulement de vos consultations suivantes ?”

73% des médecins interrogés ont répondu “Oui”, avec un IC95= [64,5-81,7]

Les réponses à la question 8 permettaient de détailler de manière plus précise comment les consultations suivantes pouvaient être impactées négativement. Chaque item est représenté dans le tableau 2, les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses.

Tableau 3. Illustration des réponses à la question 8

Temps de la consultation	Effectif	%	Intervalle de confiance
Entretien plus directif	55	76,3	IC= [66,6; 86,2]
Diminution du temps dédié à la prévention	54	75	IC= [65,0;85,0]
Disponibilité réduite pour : l'administratif, répondre au téléphone, discussions sociales non médicales	53	73,6	IC= [63,4;83,8]
Examen clinique uniquement centré sur le motif	39	54,2	IC= [42,6;65,7]
Moins d'explications concernant l'ordonnance et les potentiels effets indésirables	27	37,5	IC= [26,3; 48,6]
Sur-prescription de traitements ou d'examens complémentaires ne vous semblant pas justifiés	12	16,7	IC= [8,0;25,2]

Nb : les 2 réponses “autre : ” avec expression libre n'ont pas pu être exploitées car illisibles ou non intelligibles.

C. Résultats des objectifs secondaires

1. Estimation, évaluation et vécu du retard

La perception du retard

La première question (annexe 3) avait pour but de faire estimer aux MG répondants le retard moyen qu'ils avaient durant une journée type de consultation :

- 65 % estiment entre 5 et 30 minutes leur retard moyen, avec un IC = [55,6 ;74,3]
- 7% déclarent avoir plus de 45 minutes au quotidien, avec un IC = [2,0;12,0]

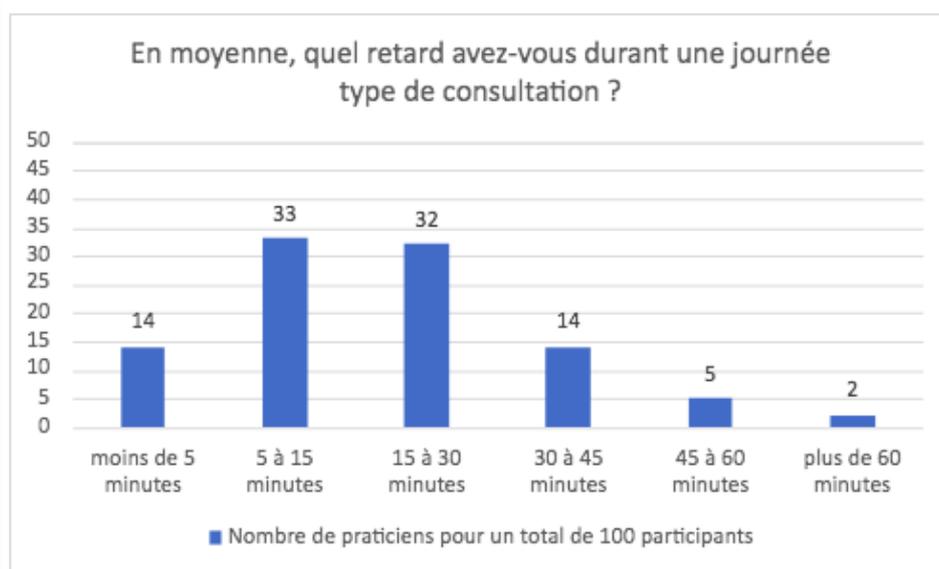


Figure 2 : Histogramme représentant les réponses à la question 1.

La satisfaction

Les MG ont répondu via la question 2 : “ *Comment trouvez-vous cette durée d’attente ?* ” par différents items proposés, représentés sur la figure 3.



Figure 3 : Diagramme circulaire représentant la satisfaction des praticiens vis-à-vis de leur retard moyen

68% des médecins sont au moins assez satisfaits de leur retard avec un IC = [58 ; 77].

Retard maximal acceptable

Différents points de vue ont été étudiés grâce aux questions 3, 4 et 5 (annexe2). Ainsi, en moyenne, la durée maximale acceptable de retard est de :

- 11,3 minutes pour le patient
- 15,4 minutes pour soi-même
- 27,2 minutes pour le praticien

Nous soulignons le fait que ces chiffres, étant issus de fourchettes, sont à utiliser comme ordre de grandeur seulement. Notons que 2 praticiens ayant répondu *60 minutes ou plus* ont été exclus pour permettre le calcul des moyennes.

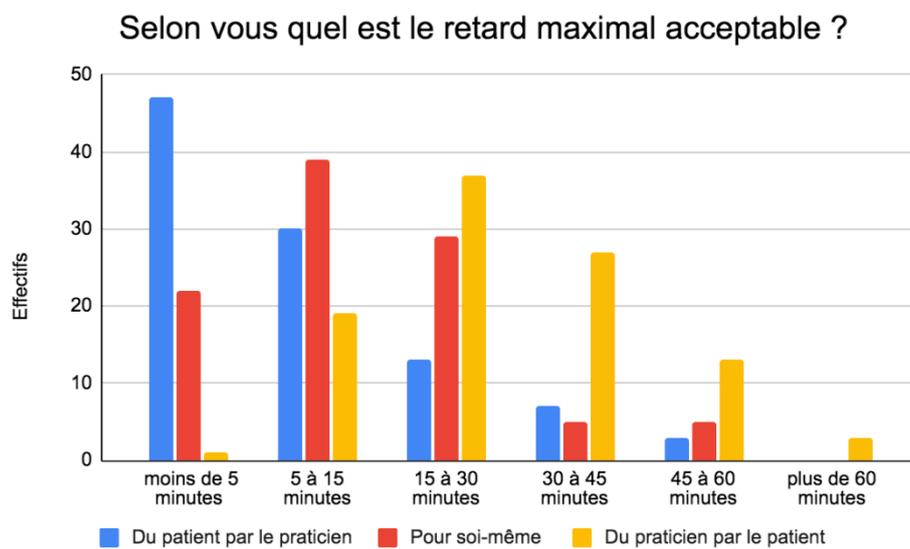


Figure 4 : Histogrammes comparatifs des réponses aux questions 3, 4 et 5

Emotions

La question 6 explorait différentes émotions que le praticien pouvait ressentir en cas de retard. Plusieurs réponses pouvaient être cochées. Les 3 émotions les plus fréquemment ressenties étaient : l'anxiété, l'irritabilité et la culpabilité.

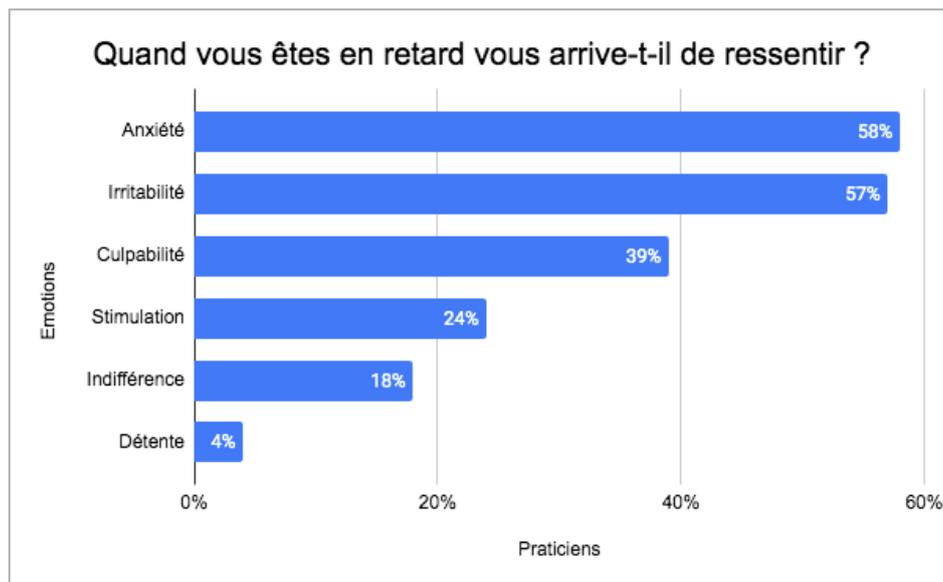


Figure 5 : Diagramme à barre représentant les réponses à la question 6

2. Analyse en sous-groupes

Nous avons réalisé une analyse comparative entre les praticiens impactés par le retard et ceux non impactés. Les caractéristiques comparées étaient : le sexe, l'âge, le mode ainsi que le milieu d'exercice et enfin la présence d'un secrétariat physique. Le seul paramètre pour lequel on obtient un résultat statistiquement significatif après réalisation d'un test du chi 2 est l'âge ($p = 0.035$).

Tableau 4 : Analyse comparative entre les praticiens impactés versus ceux non impactés

Caractéristiques de l'échantillon		Impactés	Non impactés	Test statistique - Résultats
Sexe	Femme	36	13	χ^2 $p = 1$
	Homme	37	14	
Age	Moins de 40ans	33	5	χ^2 $p = 0.035$
	41 ans ou plus	40	21	
Secrétariat physique	Présence	59	20	χ^2 $p = 0,64$
	Absence	14	7	
Mode d'exercice*	Seul	7	6	Fischer $p = 0,17$
	Groupe	60	19	
Milieu d'exercice	Urbain	22	8	χ^2 $p = 0,31$
	Semi-Rural	36	8	
	Rural	15	11	

*Du fait d'effectifs insuffisants, nous avons réalisé un test de Fischer.

3. Impact de la COVID 19 sur le retard habituel des praticiens au printemps 2021

Pour 88% des MG interrogés, avec un IC [81,6-94,3], leur retard moyen n'a pas augmenté durant le printemps 2021.

Les raisons évoquées pour expliquer cette réponse négative étaient explorées par la question 11. En premier lieu c'est à cause du nombre de consultation qui est resté le même (50%) voire a diminué (33%). Dans une moindre mesure l'augmentation des téléconsultations (22,7%) et enfin l'optimisation du cabinet (19.3%).

4. Autres résultats

Les résultats aux questions 9 et 12 (annexe 2) ne permettaient pas de répondre aux objectifs de notre étude. Ils ne sont pas détaillés ici mais figurent en annexe sous forme de tableaux (annexe 4).

DISCUSSION

A. Population étudiée

En se référant au dernier atlas de démographie médicale du CNOM, notre échantillon est représentatif de celui de la population en ce qui concerne la répartition homme/femme. On compte 51 hommes et 49 femmes dans notre étude pour une répartition nationale de 54,5 % d'homme et 46,5% de femme. S'il nous est impossible de calculer précisément l'âge moyen de notre échantillon, nous pouvons dire que les jeunes médecins y sont surreprésentés. En effet, 38,4 % des médecins répondants ont moins de 40 ans alors qu'ils représentent 18,2% à l'échelle nationale⁴.

B. Objectif principal

Les résultats exposés dans cette thèse tendent à confirmer ceux de la littérature^{12,13,14} : pour 73% des MG répondants, le retard a bien un impact négatif sur le déroulement des consultations suivantes.

Les réponses à la question 8, nous ont permis d'aller plus loin en détaillant les conséquences de cet impact (annexe) :

- Ils sont 76,3% à mener un entretien plus directif, ce qui n'est pas dépourvu de conséquence comme l'ont montré Beckmann et Frankel¹⁸. En effet, ne pas laisser le patient exprimer la totalité de ses symptômes peut entraîner une perte de l'information. Et cela non seulement lors de la consultation initiale, mais également pour les suivantes (le patient retenant qu'il n'était pas invité à parler de ces points) ; ce n'est que lors de la survenue de complications ultérieures que cette information peut être révélée.

- En tant que médecin de premier recours, le MG relaie et personnalise les messages de santé publique de dimension collective en messages individualisés, leur donnant ainsi une plus forte chance d'être entendus et pris en compte¹⁹. Or, ce rôle crucial dans la prévention est mis à mal pour 75% des praticiens impactés dans notre étude.

- 73,3 % déclarent être moins disponibles pour les tâches administratives, et pour répondre au téléphone. Mais aussi pour les discussions sociales non médicales, moments où le médecin s'intéresse au patient dans sa globalité. Il lui montre dans ces instants qu'il est aussi disponible pour aborder des questions autres que celles tournant autour de problème somatique².

- En réalisant un examen clinique plus restreint (pour 54,2% d'entre eux), on peut imaginer que cela entraîne un sous diagnostic de certaines pathologies initialement silencieuses.

- Si dispenser des informations claires et adaptées aux patients est un facteur positif d'adhésion au traitement ²¹, 37,5% des praticiens impactés déclarent donner moins d'explications concernant leur ordonnance.

- Seulement 16,7% des médecins impactés prescrivent des traitements ou des examens complémentaires ne leur semblant pas justifiés. Si cette proportion peut paraître faible, elle n'est néanmoins pas à négliger. En effet, on peut supposer que cela entraîne à la longue chez eux une diminution de l'accomplissement personnel et donc un risque accru d'épuisement²².

C. Objectifs secondaires

Si le retard est la première source de mécontentement pour les patients ^{2, 3}, près de 68% des praticiens dans notre étude sont au moins assez satisfaits du retard moyen qu'ils ont durant une journée type de consultations. Cette discordance peut être expliquée en partie par la notion de relativité temporelle : pour le patient ce temps passif conduit à une grande surestimation de la durée selon Fraisse ²³, à la différence du médecin qui est lui occupé par une tâche plus attractive.

En interrogeant les MG sur la durée maximale acceptable selon différents points de vue, on s'aperçoit que les résultats ne sont pas identiques :

- C'est le *retard maximal du patient acceptable par le praticien* qui a la durée la plus faible, il paraît simple de comprendre qu'un manque de ponctualité du patient se répercute sur les consultations suivantes.

- Ensuite vient le *retard maximal que les praticiens acceptent pour eux-mêmes*. Dans notre étude 90 % des praticiens acceptent au maximum 30 minutes de retard. Ce dernier influe sur la vie professionnelle du MG mais également personnelle qui elle aussi a ses impératifs ^{13, 14}.

- Enfin celui que *le patient peut accepter de la part du médecin*. On peut émettre l'hypothèse que le MG privilégie la qualité des soins qu'il prodigue au malade devant lui quitte à devoir faire patienter les autres plus longtemps.

L'analyse en sous-groupe révèle que le seul paramètre pour lequel il existe une différence statistiquement significative dans notre échantillon est l'âge. Dans le groupe constitué par les "médecins non impactés", on retrouve une proportion d'individu inférieure à 40 ans quasi nulle. Ceci suggère que les jeunes médecins sont plus impactés par le retard. L'hypothèse que l'expérience est un facteur protecteur sur le vécu du retard a déjà été avancée ¹³. Cependant, notre échantillon n'étant pas représentatif en termes d'âge, mener une étude prospective de grande envergure permettrait peut-être d'authentifier cette tendance.

Conformément aux autres études menées sur le sujet, les réponses à la question 6 révèlent que le retard génère chez la majorité des MG des émotions “négatives”^{12,13,14} : anxiété, irritabilité et culpabilité. On peut supposer que cela expose le praticien à un risque accru d’épuisement sachant qu’en tant que soignants ils y sont déjà particulièrement exposés^{24,25}.

Par ailleurs, près d’un quart des praticiens interrogés révèlent être stimulés par le retard peut aussi être vécu comme un challenge.

88 % des praticiens interrogés affirment ne pas avoir eu de retard supplémentaire durant le printemps 2021 malgré l’apparition de nouvelles demandes spécifiques à l’infection par le SarsCov2. Les raisons évoquées étaient en premier lieu liées au nombre de consultation qui était resté le même ou avait diminué. Il pourrait être intéressant de poser la même question dans des régions où l’incidence de l’infection par la COVID 19 était plus importante à cette période-là (taux d’incidence pour 100 000 habitants en semaine 14 soit du 05 au 11 avril 2021 : 555 en ile de de France contre 197,6 en Nouvelle Aquitaine^{26,27})

LIMITES

A. Biais de sélection

Le recrutement, par défaut d'accès au listing du CDOM, a été réalisé en utilisant l'annuaire en ligne de la CPAM. Il y figurait les médecins participant à la permanence des soins que ce soit en pratiquant une activité type SOS médecin ou de régulation du centre 15. Ces derniers étaient parfois présents en double sur la liste ne permettant pas une randomisation optimale. Afin de garantir une bonne représentativité de l'échantillon il aurait fallu appliquer la méthode des quotas pour la caractéristique socio-démographique de l'échantillon (sexe, âge, mode et lieu d'activité). Concernant les données manquantes : 8 médecins n'ont pas répondu à la question sur le mode d'exercice et un sur l'âge.

B. Biais de mesures

Dans plusieurs de nos questions où intervenaient des notions de durée, les réponses fournies par les praticiens étaient issues d'estimation et non pas de mesures précises. De plus, les MG ont été interrogés en septembre 2021 concernant des événements ayant eu lieu au printemps de la même année, ce qui a pu entraîner des biais de mémorisation.

C. Questionnaire

Le choix du format numérique plutôt que papier nous aurait permis d'obtenir des réponses lisibles concernant les mentions "autres" avec expression libre, et ainsi de les exploiter. La mise en page du questionnaire peut elle aussi être sujette à discussion, de part le nombre de réponses manquantes à la question 16 (8 au total), alors qu'il en existe seulement une pour tout le reste du questionnaire.

CONCLUSION

Le résultat de notre étude corrobore les données issues de la littérature, le retard a bien un impact négatif sur le médecin généraliste, qui modifie son attitude et le contenu de ses consultations.

Devant un praticien moins disponible et à l'écoute, c'est la relation médecin-patient qui peut en ressortir affaiblie. Par ailleurs, il est important de souligner que la mission de prévention, bien qu'étant une compétence fondamentale du MG, est délaissée par $\frac{3}{4}$ des praticiens impactés dans notre étude. Plutôt que d'occulter totalement cet aspect de la consultation, le praticien pourrait inciter le patient à consulter une infirmière ASALEE permettant en partie de diminuer les conséquences de cet écueil.

Si l'idée d'une ponctualité permanente semble utopique, il serait intéressant d'explorer les différents mécanismes anticipatoires mis en œuvre par les praticiens pour limiter le retard dans leurs consultations. L'organisation du cabinet, la gestion de l'emploi du temps ainsi que celle de l'outil informatique semblent être des axes de recherche judicieux pour découvrir des solutions à enseigner dès le cursus universitaire.

Aider ainsi les praticiens à réduire, mais également à mieux accepter, et gérer cette source de stress quotidienne s'intégrerait dans une démarche préventive de lutte contre l'épuisement professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Consommation, logement et Cadre de vie (CLCV). Temps d'attente pour les consultations hospitalières. 2016. Disponible sur : <https://www.clcv.org/prevention-sante-air-interieur-ondes/consultations-hospitalieres-un-tiers-des-usagers-attendent-plus-dune-demi-heure> [Consulté le 8 juin 2021]
2. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care : an international comparison. *British Journal of General Practice*. 2000 ; 50(460):882-7.
3. Hermange MT, Ambroise T, Couturier P. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Institut Brulé, Ville et Associé pour l'Académie nationale de Médecine; 2008.
4. Atlas de la Démographie médicale en France. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2021.
5. Krucien N, Le Vaillant M. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? *Questions d'économie de la Santé*. 2011; (n°163).
6. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la Consultation en médecine générale. *Exercer* 2014; 114:148–57.
7. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time : a systematic review of 67 countries. *British Medical Journal Open*. 2017 Nov 8; 7(10):e017902.
8. Hélène Chaput, Martin Monziols, Bruno Ventelou, et al. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Études et Résultats n°1138.
9. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, Questions d'économie de la Santé. 2009 ; n°144.
10. Heather N. Sherwin, Megan McKeown, Michael F. Evans. The waiting room "wait": from annoyance to opportunity. 2013 ;59(5):479-81.
11. Métois C. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique. Thèse de médecine : Université de Nantes, 2013.
12. Heaney DJ, Howie JG, Porter AM. Factors influencing waiting times and consultation times in general practice. *British Journal of General Practice*. 1991;41(349):315–9.
13. Turon Lacarrieu S. Attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste : impact du retard sur la qualité des soins primaires. Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2018.

14. Chabane S. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations: vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. Thèse de doctorat : Université de Rouen, 2018.
15. Assurance Maladie. Covid-19 : une nouvelle consultation de prévention pour les personnes vulnérables. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/covid-19-une-nouvelle-consultation-de-prevention-pour-les-personnes-vulnerables>. [Consulté le 14 juillet 2021]
16. Ministère des solidarités et de la santé. Communiqué de presse - Consultation bilan et vigilance ajout cotation- 29 mai 2020. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/communiquede-presse-consultation-bilan-et-vigilance-ajout-cotation-29-mai-2020>. [Consulté le 8 juin 2021]
17. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221338/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-recommandations-preliminaires-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner. [Consulté le 14 juillet 2021]
18. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101 (5):692-6.
19. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 5 : p. 489-500.
20. Rey-Bellet S, Zürcher M, Martin S, et al. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Revue médicale Suisse*. 2008, n°144.
21. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr* 2012;70:15- 25.
22. Haute Autorité de santé. Fiche mémo Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf. [Consulté le 22 septembre 2021]
23. Fraisse P. The perception of duration (76-98) in *The Psychology of Time*. New York Harper & Row; 1963.
24. Rivaud A. Revue systématique et méta-analyse sur la prévalence du burn out dans la population générale et chez les soignants : analyse intermédiaire. Thèse de médecine : Université de Poitiers ; 2020.
25. Pham N. Prévalence du burnout chez les soignants et la population générale : une revue de littérature. Thèse de médecine : Université de Poitiers ; 2016.

26. Agence Régionale de Santé. Avis de l'ARS concernant la situation épidémiologique dans le département de la charente 2021. Disponible sur : https://www.nouvelleaquitaine.ars.sante.fr/system/files/202104/COVID_19_Avis_situation_Epidemio_16_15_04_2021.pdf. [Consulté le 25 septembre 2021]

27. Agence Régionale de Santé. COVID-19: point épidémiologique en Ile de France du 15 avril 2021. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/336632/2996064>. [Consulté le 25 septembre 2021]

ANNEXES

Annexe 1 : Notice informative



Bonjour chers confrères,

Je sais que la paperasserie occupe une place importante de notre jolie profession et que votre temps est précieux. Cependant je vous serai reconnaissant de m'accorder **3 minutes 27 secondes, montre en main**, en remplissant mon questionnaire de thèse ci-joint puis de le glisser dans **l'enveloppe préaffranchie**.

L'objectif de cette thèse est de **déterminer l'impact du retard du praticien sur le déroulement de ses consultations suivantes** puis de manière secondaire si votre retard s'est majoré durant la période du printemps 2021 marquée par le troisième confinement.

Les **“règles d'inclusion”** sont simples, pour pouvoir y répondre, il faut :

- **consulter sur rendez-vous** au moins une journée complète dans la semaine
- avoir exercé durant le **troisième confinement** ayant eu lieu au printemps 2021

On définira le retard comme la différence de temps entre l'heure de rendez-vous prévue et l'heure à laquelle vous recevez le patient en consultation.

Pour toute question/demande de clarification/intérêt pour les résultats : 0674926004

Un **immense merci** à vous et bien sûr une belle journée.

Confraternellement vôtre,

Michael Remazeilles

Annexe 2 : Effectifs

Tableau 1 : Détail des effectifs en fonction des départements

Départements De l'ex Région Poitou-Charentes	Charente	Charente- Maritime	Deux-Sèvres	Vienne	Total
Nombre de Médecins figurant sur le listing de la CPAM	254	633	291	413	1591
Nombre de médecin inclus dans l'étude	26	63	29	41	159 Soit 10%

Annexe 3 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

CECI EST LA SEULE PAGE A METTRE DANS L'ENVELOPPE

Merci de répondre directement sur la feuille:

- Ronds : une seule réponse
- Carrés : plusieurs réponses possible

1) En moyenne, quel retard avez-vous durant une journée type de consultation ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 30 et 45 minutes
- Entre 45 et 60 minutes
- Plus de 1 heure

2) Comment trouvez-vous cette durée d'attente ?

- Très satisfaisante
- Assez satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

3) Quel est le retard maximal du praticien acceptable par le patient ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 30 et 45 minutes
- Entre 45 et 60 minutes
- Plus de 1 heure

4) A l'inverse, quel est le retard maximal du patient acceptable par le praticien ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 30 et 45 minutes
- Entre 45 et 60 minutes
- Plus de 1 heure

5) Quel retard acceptez-vous pour vous-même ?

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 15 minutes
- Entre 15 et 30 minutes
- Entre 30 et 45 minutes
- Entre 45 et 60 minutes
- Plus de 1 heure

6) Quand vous êtes en retard vous arrive-t-il de ressentir ? (Plusieurs réponses possibles)

- De l'anxiété
- De la culpabilité
- De l'irritabilité
- De l'indifférence
- De la stimulation
- De la détente

7) Lorsque vous avez un retard que vous jugez important cela impacte-t-il de manière négative le déroulement de vos consultations suivantes ?

- Oui
- Non

8) Si vous avez répondu OUI, cochez les réponses qui vous concernent : (Plusieurs réponses possibles)

- Diminution de la disponibilité pour répondre au téléphone, accomplir des tâches administratives et du temps dédié aux " discussions sociales" non médicales
- Entretien plus directif
- Examen clinique uniquement centré sur le motif
- Sur-prescription de traitements et d'examen complémentaires ne vous semblant pas justifiés
- Moins d'explications concernant l'ordonnance et les potentiels effets indésirables.
- Diminution du temps dédié à la prévention (arrêt du tabac, dépistages, statut vaccinal...)
- Autres propositions :

9) Si vous avez répondu NON, pourquoi : (Plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas de retard
- En médecine générale le retard est inhérent à la pratique car le soin ne peut être minuté
- Peu importe mon retard je réalise mes consultations à l'identique
- Je ne regarde pas ma montre durant mes consultations
- Le retard me motive et augmente mon efficacité
- Autres propositions :

Un grand merci à vous pour le temps que vous prenez !



Suite au Verso

Au cours du printemps 2021 marqué par le troisième confinement :

10) Votre retard "moyen" (question 1) a-t-il été majoré ?

- Oui, j'ai eu plus de retard
- Non, mon retard est resté identique ou il a diminué

11) Si vous avez répondu OUI, comment l'expliquez-vous : (plusieurs réponses possibles)

- Augmentation du nombre de consultations
- Auto-formation concernant la pandémie de Covid 19 (reco HAS, mail DGS, articles et études...)
- Administratifs avec rédaction de divers certificats et sollicitation téléphonique concernant des potentiels cas contact.
- Consultations plus longues en lien avec la pandémie de Covid 19 (prévention, explications de la pathologie, de l'épidémiologie ...)
- Consultations plus longues suite à une diminution du suivi médical des patients (poly-motifs, retard de prise en charge, déséquilibre de maladie chronique...)
- Majoration des consultations ayant pour motif un épisode dépressif, des troubles anxieux ou autre pathologie psychiatrique.
- Mesures d'hygiène renforcées (désinfections, aération...)
- Actes de vaccination au cabinet
- Augmentation des actes de téléconsultations
- Autres propositions :

12) Si vous avez répondu NON, comment l'expliquez-vous : (plusieurs réponses possibles)

- Diminution du nombre consultation
- Pas de changement du nombre de consultations comparé à l'activité habituelle
- Pas de vaccination au cabinet
- Diminution des autres "temps" de la consultation (interrogatoire, examen clinique, Prescription, Prévention, discussions sociales ...)
- Augmentation des actes de téléconsultations
- Optimisation de l'organisation du Cabinet
- Augmentation de l'amplitude des plages horaires quotidienne
- Autres propositions :

Vos caractéristiques :

13) Vous êtes ?

- Un homme
- Une femme
- Une personne non binaire

14) Quel âge avez-vous ?

- Moins de 31 ans
- De 31 à 40 ans
- De 41 à 50 ans
- De 51 à 60 ans
- Plus de 61ans

15) Votre milieu d'exercice ?

- Urbain
- Semi rural
- Rural

16) Votre mode d'exercice ?

- Seul
- En groupe

17) Dans votre cabinet qui participe aux réponses téléphoniques et à la prise de rendez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

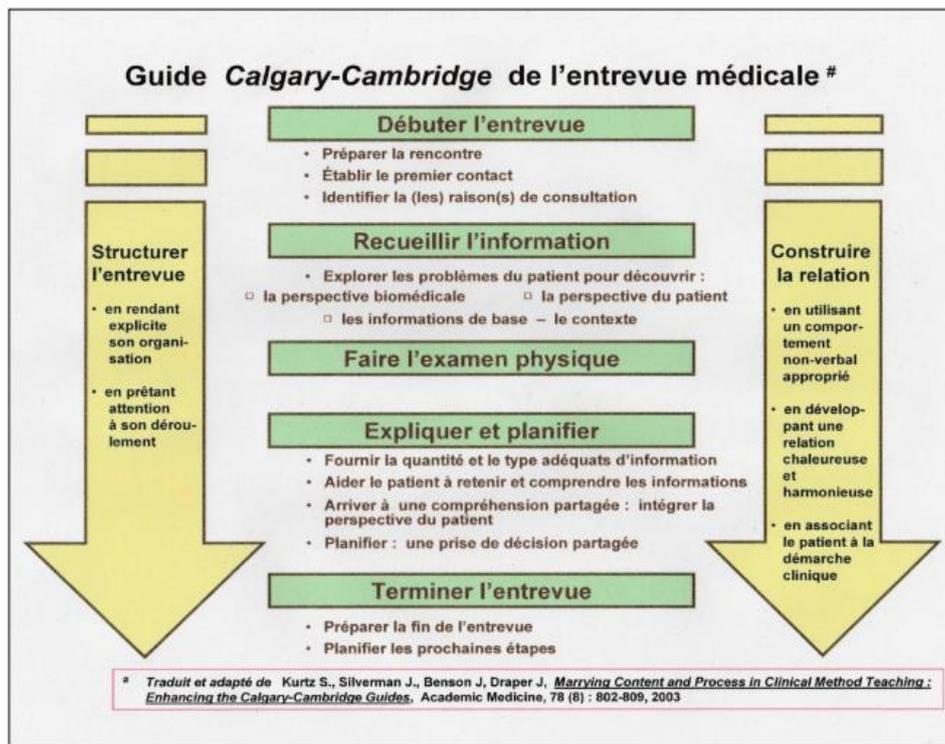
- Vous-même
- Secrétariat physique
- Secrétariat téléphonique
- Un agenda en ligne



Merci de plier puis glisser cette page dans l'enveloppe Préaffranchie.

Si vous le souhaitez possibilité de laisser son mail en cas de doute sur vos réponses (promis pas pour vous vendre un aspirateur dernier cris):

Annexe 4 : représentation du guide de Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale



Annexe 5 : notice DPO



Information et accès aux données à caractère personnel

Information des personnes sur le traitement et sur leurs droits (art. 13 RGPD)

Ce traitement de collecte de données à caractère personnel a fait l'objet d'une déclaration au registre interne de l'université de Poitiers.

Responsable du traitement

L'université de Poitiers, représentée par madame la Présidente.

Chargés de la mise en œuvre

Michael Remazeilles interne en médecine générale à la faculté de Poitiers

Dr Clara Blanchard chef de clinique universitaire au département de médecine générale de la faculté de Poitiers

Déléguée à la protection des données (DPO)

Contact : dpo@univ-poitiers.fr

Finalités du traitement

Les données permettront l'élaboration d'une thèse de médecine générale qui aura comme objectif primaire d'étudier l'impact du retard sur le vécu et le déroulement des consultations de médecine générale du point de vue du praticien.

L'objectif secondaire sera de déterminer si le 3ème confinement du printemps 2021 a-t-il été une source de retard supplémentaire.

Base légale

La base légale est définie par la DPO.

Destinataires des données

Michael Remazeilles et Dr Clara Blanchard

Durée de conservation des données

12 mois

Exercice de vos droits

Vous disposez d'un ensemble de droits, vous pouvez les exercer auprès de la déléguée à la protection des données, à l'adresse dpo@univ-poitiers.fr.

Si vous estimez que les réponses apportées ne sont pas satisfaisantes, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Cnil – Commission nationale de l'informatique et des libertés, autorité de contrôle.

Annexe 6 : Résultats concernant les praticiens non impactés ainsi que ceux ayant eu un retard majoré au printemps 2021.

Tableau 4 : Réponses à la question 9

<i>Pourquoi un retard important n'a pas d'impact négatif sur le déroulement de mes consultations suivantes ?</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
En médecine générale le retard est inhérent à la pratique car le soin ne peut être minuté	23	82,1
Peu importe mon retard je réalise mes consultations à l'identique	20	71,4
Je ne regarde pas ma montre durant mes consultations	9	32,1
Je n'ai pas de retard	5	17,9
Le retard me motive et augmente mon efficience	5	17,9
Autre réponse	4	14,2

Annexe 6 (suite) : Résultats concernant les praticiens non impactés ainsi que ceux ayant eu un retard majoré au printemps 2021.

Tableau 5 : Réponse à la question 11

Pourquoi un retard important n'a pas d'impact négatif sur le déroulement de mes consultations suivantes ?	Effectif	%
Consultations plus longues en lien avec la pandémie de Covid 19 (prévention, explications de la pathologie, de l'épidémiologie ...)	10	83,3
Majoration des consultations ayant pour motif un épisode dépressif, des troubles anxieux ou autre pathologie psychiatrique.	8	66,7
Administratifs avec rédaction de divers certificats et sollicitation téléphonique concernant des potentiels cas contact.	8	66,7
Consultations plus longues suite à une diminution du suivi médical des patients (poly-motifs, retard de prise en charge, déséquilibre de maladie chronique...)	7	58,3
Mesures d'hygiène renforcées (désinfections, aération...)	6	50
Auto-formation concernant la pandémie de Covid 19 (recos HAS, mail DGS, articles et études...)	3	25
Actes de vaccination au cabinet	2	16,7
Augmentation du nombre de consultations	2	16,7

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



ABSTRACT

Title: Impact of the delay felt by the GP on the following consultations

Background: As it is an old and recurring phenomenon, the general practitioner's (GP's) delay during his consultations is a source of discontent on patient's side. This study explores if an important delay felt by the GP has a negative impact on his following consultations.

Methods: Observational epidemiological study, based on a self-assessment questionnaire distributed by post and conducted on a sample of 159 GPs of old Poitou-Charentes district.

Results: 100 responses were analysed and it appears that 73% doctors CI= [64,5; 81,7] were negatively impacted. 76,3% leads a more directive medical interview; 75% do less prevention; 73,6 % were less available to treat administrative tasks, answering their phone and for social conversations; 54,2% realise a physical examination only focused on the complaint; 37,5% gives less explanations about their prescriptions; 12,5% prescribes drugs or complementary exams that they don't judge necessary. **Conclusion:** Our study proves that an important delay felt by the GP has a negative impact on the following consultations. Exploring anticipatory mechanisms used by the GPs could lead to teaching during training. Moreover, helping doctors to reduce, but also to accept and handle this daily source of stress would contribute to prevent burnout.

Key words: delay, consultation, general practitioner, impact, feeling, evaluation of practices

RESUME

Contexte : Bien qu'étant un phénomène ancien et récurrent, le retard du médecin généraliste en consultation est une source persistante d'insatisfaction du côté des patients. Notre étude a pour but d'explorer si un retard important perçu par le praticien a un impact négatif dans le déroulement de ses consultations suivantes. **Méthode :** étude épidémiologique descriptive basée sur un questionnaire distribué par voie postale en septembre 2021 à 159 médecins généralistes ayant une activité libérale dans l'ex Poitou-Charentes. **Résultats :** Taux de réponse de 63,5% sans relance. Parmi les 101 réponses, 100 questionnaires ont été exploités. Critère de jugement principal : le retard a un impact négatif sur le déroulement de leur consultation pour 73% des praticiens (IC à 95% = [64,5-81,7]). Nous avons pu approfondir les conséquences pour ces médecins: 76,3% mènent un entretien plus directif ; 75% diminuent le temps dédié à la prévention ; 73 % évoquent une disponibilité réduite pour l'administratif, répondre au téléphone et les discussions sociales non médicales ; 54% réalisent un examen clinique uniquement centré sur le motif ; 37,5 % déclarent donner moins d'explications concernant l'ordonnance et les potentiels effets indésirables ; 12,5% prescrivent des traitements ou des examens complémentaires ne leur semblant pas justifiés.

Conclusion : Un retard important a un impact négatif sur près de 3 médecins généralistes sur 4. Explorer les différents mécanismes anticipatoires mis en œuvre par les praticiens pour limiter le retard pourrait déboucher sur des enseignements à dispenser dès le cursus universitaire. Aider les praticiens à réduire, mais également à mieux accepter, et gérer cette source de stress quotidienne s'intégrerait dans une démarche préventive de lutte contre l'épuisement professionnel.

Mots clefs : retard, consultation, médecine générale, impact, ressenti du praticien, évaluation des pratiques.