

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNEE : 2021

N° : 34

THESE  
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE  
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat  
DES de Médecine Générale

PAR :

MEZY Adeline, Marie Laure  
Née le 10/07/1991 à MENDE (48)

**LES CAUSES DE L'ATTENTE EN SALLE D'ATTENTE DU MEDECIN GENERALISTE.  
ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES.**

Président de thèse : Pr BILBAULT Pascal

Directeur de thèse : Dr DUMAS-BREITWILLER Claire

Autres membres du Jury : Pr VELTEN Michel

Pr DERUELLE Philippe

REMERCIEMENTS :

*Merci au **Professeur BILBAULT** de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.*

*Merci aux **Professeurs VELTEN et DERUELLE** d'avoir accepté de juger ce travail et de siéger dans le jury de ma thèse.*

*Merci au **Docteur Claire DUMAS** pour m'avoir aiguillée et soutenue dans ce travail.*

*A **ma famille** et plus particulièrement mes parents,*

*Aux **Barbapapas** avec qui tout à commencé et ne sera jamais fini,*

*Aux **autres amis connus à Strasbourg,***

*Et surtout à **Maudit**, toi qui es toujours là malgré la distance, même dans les moments les plus difficiles. On sait tous les deux tout ce que cette thèse représente et l'avenir qu'elle nous promet...*

**MERCI !**

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, 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.*

*Admise à 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 les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante 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 restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## Table des matières

<b>Table des matières</b>	<b>14</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>18</b>
<b>Liste des figures</b>	<b>19</b>
<b>Liste des annexes</b>	<b>20</b>
<b>Introduction</b>	<b>22</b>
<b>Justification</b>	<b>24</b>
I.    Choix du sujet :	25
II.   Questions de l'étude :	27
III.  Les hypothèses :	27
<b>Matériel et Méthode</b>	<b>29</b>
I.    Choix de la méthode :	30
II.   Population étudiée :	30
1.    Population cible :	30
2.    Mode de recrutement :	31
III.  Recueil des données :	32
1.    Le guide d'entretien :	32
2.    Organisation des entretiens :	32
3.    Retranscription des données :	33
IV.   Analyse et classification des résultats :	33
1.    Analyse des résultats :	33
2.    Classification des résultats :	34
V.    Aspects éthiques :	35
<b>Résultats</b>	<b>37</b>
I.    Les entretiens :	38
II.   Mots et associations de mots les plus fréquemment utilisés lors des entretiens :	39
III.  Les facteurs en cause dans l'attente des patients :	40
1.    La consultation médicale:	40
a.    Rallonge du temps d'échange :	40
b.    Rallonge du temps d'examen :	41
c.    Rallonge de la prise en charge globale :	42
d.    Rallonge du temps administratif :	43
2.    Les imprévus et tâches annexes entre les consultations:	44

a.	Les imprévus :	_____	44
b.	Les tâches annexes :	_____	47
3.	Le patient	_____	48
a.	Qui ne prévient pas :	_____	48
b.	Qui insiste pour consulter :	_____	49
c.	Sa personnalité et son rapport à l'attente :	_____	50
d.	Son choix d'horaire de consultation :	_____	50
e.	Le nombre :	_____	51
f.	Sa régularité de suivi :	_____	51
4.	L'environnement du cabinet médical	_____	52
a.	L'environnement temporel :	_____	52
b.	L'environnement matériel :	_____	54
c.	Les variations de patientèle :	_____	55
5.	L'organisation du cabinet médical	_____	56
a.	Le secrétariat:	_____	57
b.	Organisation en rendez-vous :	_____	59
c.	L'exercice à plusieurs :	_____	60
6.	Le médecin	_____	61
a.	Sa personnalité et son rapport à l'attente :	_____	61
b.	Sa façon de travailler :	_____	62
c.	Son expérience :	_____	63
d.	Son rapport au patient :	_____	64
e.	Son organisation :	_____	65
f.	Ses choix :	_____	65
	<b>Discussion</b>	_____	<b>68</b>
I.	Forces et limites :	_____	69
1.	Le sujet	_____	69
2.	La méthode qualitative	_____	69
3.	Le choix des médecins	_____	69
4.	Guide d'entretien et interview	_____	70
5.	Résultats et analyse	_____	71
6.	Classification	_____	72
II.	Nuance entre attente et retard :	_____	73
III.	Confrontation des résultats à la littérature :	_____	76
1.	La consultation longue	_____	76
a.	Le motif	_____	76
b.	Le patient	_____	78

c.	Le médecin _____	80
d.	L'environnement _____	81
2.	Les tâches annexes au métier de médecin _____	83
a.	L'administratif _____	83
b.	Activités annexes _____	84
3.	Les imprévus _____	86
4.	« L'éducation des patients » _____	88
5.	L'organisation sur rendez-vous versus libre _____	90
6.	Avoir un secrétariat _____	91
7.	La surcharge de travail _____	93
8.	La pénurie de médecin : _____	95
9.	L'argent _____	96
10.	Travailler en cabinet de groupe _____	99
IV.	Propositions : _____	101
	<b>Conclusion</b> _____	<b>106</b>
	<b>Annexes</b> _____	<b>110</b>
	<b>Bibliographie</b> _____	<b>113</b>

## Liste des tableaux

1. Tableau des caractéristiques des médecins interrogés	38
---	----

## Liste des figures

1. Nuage de Mots : mots et associations de mots les plus fréquemment utilisés lors des entretiens \_\_\_\_\_39
2. Graphique 1 : Fréquence du mot « attente » en fonction des entretiens (Analyse Wordstat®) \_\_\_\_\_75
3. Graphique 2 : Fréquence du mot « retard » en fonction des entretiens (Analyse Wordstat®) \_\_\_\_\_75

## Liste des annexes

1. Annexe 1 : Guide d'Entretien _____	111
2. Annexe 2 : Affiche CNOM « Pour une relation patient-médecin en toute confiance » _____	112

## Lexique :

ALD : Affection Longue Durée

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel

COVID : Coronavirus Disease

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DMP : Dossier Médical Partagé

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

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage des Universités

RDV : Rendez-Vous

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SASPAS : Stage en Autonomie en Soins Primaires Ambulatoire Supervisée

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

XXX : Sigle remplaçant les noms de lieu cités lors des entretiens avec les médecins pour des raisons de confidentialité.

## Introduction

Attendre dans la salle d'attente de son médecin généraliste : cela semble être un passage obligé, une sorte de prémices à la consultation. On peut rarement s'y soustraire. Même s'il peut arriver à certains de passer directement en salle d'examen, d'autres vont y rester des heures, enfermés.

Du point de vue des médecins, la salle d'attente est un lieu qui ne devrait pas exister(1). Bien souvent, ils n'aiment pas faire attendre et s'inquiètent des conséquences de cette attente (2, 3). Ne va-t-elle pas altérer leur relation avec leurs patients et influencer sur leur prise en charge lorsqu'elle est trop longue? Mais ils doivent reconnaître que même en faisant de leur mieux, ils ne peuvent pas condamner cette pièce du cabinet. Ils se demandent alors ce qu'en pensent leurs patients. Que sont-ils prêts à accepter comme attente, comment rendre ce temps agréable ? Et parfois ils vont plus loin : comment rendre ce temps utile à la consultation? (1, 2, 3)

Vu du côté des patients cette attente semble comprise dans la plupart des cas, tant qu'elle n'est pas trop longue. Ils apprécient les efforts faits par leur médecin pour la rendre agréable et utile à leurs connaissances médicales. Si l'attente est longue ils peuvent se sentir stressés, énervés et attendent des excuses (4, 5, 6).

Mais au final, pourquoi cette attente est-elle si longue parfois ? Quelles sont les causes de l'attente en salle d'attente du médecin généraliste?

## Justification

## I. Choix du sujet :

C'est en partant de ce même sentiment de malaise avec l'attente des patients qu'est venue l'idée du thème de cette thèse : l'attente en salle d'attente. Cependant en parcourant la littérature, on retrouve peu d'étude sur ce sujet et elles sont surtout centrées sur les conséquences de cette attente, ou bien comment la rendre utile ou agréable. Ainsi, il a été montré qu'une longue attente est mal perçue par les patients surtout lorsqu'elle dépasse 30 minutes, et qu'elle peut être néfaste à différents niveaux (3, 4, 5). Une longue attente chez le médecin généraliste peut, en effet, avoir des répercussions sur le patient en le dissuadant de venir consulter et en induisant du stress (1, 3, 4, 5). Les patients disent ressentir leurs médecins moins disponibles et à l'écoute en cas de longue attente, ce que les praticiens confirment (2, 4, 7). Cela peut également altérer la relation médecin-malade (2, 3, 4) même si certaines études ne retrouvent pas d'effet franc sur ce point qui, selon le Dr Christophe, ne viendrait qu'aggraver une relation déjà fragilisée (5). En tout cas cela peut augmenter l'agressivité du patient, 11% des agressions de médecins seraient même dues à un temps d'attente jugé excessif selon l'observatoire de la sécurité des médecins du CNOM en 2019 (8). Les médecins estiment également donner des soins de moins bonne qualité en cas de retard, avec un risque de mauvaises prescriptions et d'erreur (2, 3). L'attente retentirait donc essentiellement sur le patient et la qualité de sa prise en charge. Mais une étude sur les conséquences de l'attente sur le médecin retrouve également des effets à différents niveaux, débordant au-delà de l'environnement professionnel : son alimentation, son état de fatigue, son stress, sa vie personnelle (3)... Le retard serait même un facteur prédictif de la

souffrance du médecin au travail selon le Dr Turon Lacarrieu, qui encourage à développer la recherche sur ce sujet lors de sa thèse (2).

Au vu de tous ces effets négatifs, il semble alors important de comprendre l'origine de l'attente afin d'être en capacité d'apporter des solutions adaptées. Or, à ma connaissance, aucune étude n'a été réalisée dans le but de rechercher les causes de cette attente en médecine générale. Est-ce qu'au final on n'aurait pas oublié la question essentielle, de savoir pourquoi cette attente existe ? Si on savait réellement les facteurs à l'origine de l'attente, peut-être pourrait-on aider à la réguler et à la moduler? Quelques études ont proposé des origines de l'attente, mais elles ne portaient pas forcément sur des médecins généralistes français, ou cela ne correspondaient qu'à des questions secondaires, ne prenant souvent en compte que le seul point de vue du patient (4, 5, 7, 9). Pourtant ce sont bien les médecins généralistes les premiers concernés et qui devraient être interrogés. Car là où les patients ne peuvent que subir cette attente, les médecins, eux, semblent plus à même de l'expliquer et ont peut-être les clés pour agir et la limiter. Seule l'étude du Dr Chaabane expose furtivement ce point de vue de médecin généraliste sur l'attente (3). Mais là aussi il ne s'agit pas du sujet principal d'étude, celle-ci portant sur les conséquences de l'attente d'après les médecins, et révélant quelques causes en parallèle du sujet principal. On peut donc penser que ces causes ne soient pas exhaustives et qu'une étude à part entière devrait s'y destiner.

## II. Questions de l'étude :

La question principale de l'étude qui suit porte donc sur : **quelles sont les causes de l'attente des patients en salle d'attente selon les médecins généralistes français?**

La question annexe étant : **quelles actions le médecin généraliste peut-il mettre en place pour limiter l'attente des patients en salle d'attente ?**

## III. Les hypothèses :

L'attente des patients en salle d'attente est variable d'un médecin à l'autre, et on peut penser que cela soit en lien avec la méthode que ceux-ci ont choisie pour exercer. Des hypothèses sur l'origine de l'attente en fonction de ces méthodes de travail ont été émises préalablement à l'étude. Ces hypothèses sont basées sur la propre perception du chercheur et les quelques résultats déjà retrouvés dans la littérature. Ces hypothèses ont ensuite permis de choisir les paramètres à faire varier dans le choix des médecins à interroger.

Ces hypothèses sont :

- L'organisation en consultation libre est génératrice de plus d'attente que les rendez-vous.
- A la campagne les médecins sont plus surchargés et ont plus de retard.
- Le fait d'être récemment installé, de ne pas encore connaître sa patientèle et de ne pas avoir son propre réseau fait que l'attente des patients peut être majorée.

-L'absence de secrétariat entraînant plus de tâches à effectuer pourrait créer une surcharge et augmenter le retard.

-Le fait d'exercer en cabinet de groupe est une aide pour réguler l'attente.

## Matériel et Méthode

## I. Choix de la méthode :

Afin de comprendre les causes de l'attente chez les médecins généralistes, la méthode qui semblait le plus appropriée était de réaliser une étude qualitative. En effet, ce type d'étude permet une compréhension ancrée dans le terrain et en profondeur de l'objet de l'enquête. Le choix d'une méthode quantitative ne s'est pas posé, étant donné que le sujet d'étude était de comprendre les causes de l'attente, et non de les quantifier. Les entretiens individuels ont été préférés aux focus group, car le but était de faire ressortir le maximum d'idées possible et non de confronter celles-ci les unes aux autres. L'entretien individuel, plus intimiste que les focus groupe, permet également d'accorder un temps de paroles plus long aux interlocuteurs, tout en les mettant plus à l'aise pour exposer leurs opinions.

## II. Population étudiée :

### 1. Population cible :

La population cible concernait les médecins généralistes puisque ce sont eux qui semblent les plus à même pour expliquer les origines de l'attente et les facteurs qui pourraient interagir pour la limiter. Prendre le point de vue des patients n'a pas été envisagé car il avait déjà été succinctement recueilli pour d'autres études et reposait souvent sur des suppositions (4, 5, 7).

Ces médecins généralistes ont été choisis en faisant varier certains critères afin d'être le plus complet possible dans la vision des causes de l'attente en salle d'attente et répondre aux différentes hypothèses émises.

Ces paramètres sont : la présence d'un secrétariat qu'il soit physique, à distance, via une plateforme en ligne ou pas de secrétariat du tout ; un exercice urbain ou rural ; un exercice en cabinet médical de groupe (y compris maison médicale), en association ou seul ; des médecins âgés voire retraités et de jeunes installés ou remplaçants réguliers.

Au total 14 médecins ont été interrogés, exerçant dans diverses régions de France : Grand Est, Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes.

## 2. Mode de recrutement :

Le choix des participants s'est fait afin de remplir les différentes caractéristiques exposées plus haut. Pour connaître ces caractéristiques, deux méthodes ont été utilisées. La première méthode a consisté en un simple « bouche à oreille » auprès de collègues ou par la propre connaissance de ces caractéristiques chez certains médecins généralistes rencontrés au cours de l'internat ou de remplacements. La deuxième méthode a consisté en une recherche géographique via l'annuaire santé du site [ameli.fr](http://ameli.fr), afin de remplir les critères d'activité rurale ou urbaine (10). Ce site a également permis, via sa rubrique « horaires et infos pratiques » du médecin sélectionné, d'avoir une notion de l'organisation du médecin pour ses rendez-vous, essentiellement pour savoir s'il s'organisait potentiellement en consultations libres ou non.

Les médecins ont ensuite été contactés par téléphone afin de confirmer ces différentes caractéristiques et de leur exposer le thème et les principes de l'étude afin de savoir s'ils étaient d'accord pour participer.

### III. Recueil des données :

#### 1. Le guide d'entretien :

En s'appuyant sur les recherches bibliographiques et ma question de recherche, j'ai élaboré un guide d'entretien comportant 10 questions ouvertes. Un entretien préparatoire (ou entretien « test ») a été réalisé en conditions réelles auprès d'un médecin généraliste volontaire. Le guide d'entretien a été par la suite amélioré (annexe 1).

Les participants n'avaient pas connaissance des questions de ce guide avant les entretiens, ils savaient juste que la question de recherche portait sur l'attente des patients en salle d'attente.

#### 2. Organisation des entretiens :

Une fois l'accord des médecins reçus, un rendez-vous était programmé pour réaliser l'entretien individuel. Ce rendez-vous s'est déroulé, pour la plupart, au cabinet des médecins généralistes interviewés. Mais en raison de l'épidémie de COVID, certains entretiens se sont déroulés en visioconférence via le logiciel Zoom®.

Les entretiens ont tous été enregistrés via un dictaphone pour être ensuite retranscrits manuellement.

Au total, 14 entretiens ont été réalisés et durent de 6 à 48 minutes pour une moyenne de 19 minutes.

### 3. Retranscription des données :

Les entretiens ont été retranscrits manuellement sur le logiciel Microsoft Word®. Cette retranscription est dite « mot pour mot » car elle reprend l'ensemble des mots prononcés par la personne mais corrige les interjections, les tics de langage et les fautes de syntaxe. Pour des raisons de confidentialité les noms de lieux cités par les médecins ont été remplacés par des XXX.

## IV. Analyse et classification des résultats :

### 1. Analyse des résultats :

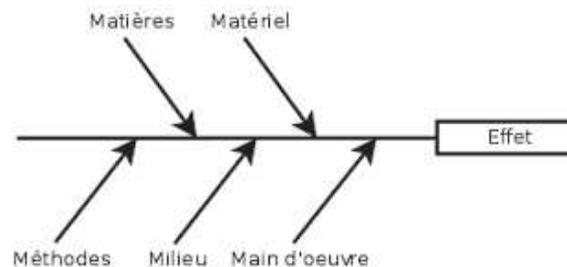
Tous les entretiens ont été utilisés dans l'analyse, y compris l'entretien test et les premiers entretiens considérés comme peu informatifs car courts et moins bien conduits. Ce choix a été fait car même si ces entretiens apportaient peu d'informations, celles-ci n'étaient pas forcément retrouvées lors des autres entretiens effectués et s'avéraient donc pertinentes pour l'étude.

Une première analyse des résultats a été effectuée grâce aux logiciels Wordstat® et Tropes®. Cette analyse a permis de faire ressortir des thèmes et tendances et d'aider ainsi à l'élaboration des verbatims grâce à l'analyse des associations de mots.

Une classification manuelle a ensuite été réalisée afin de prendre en compte également les extraits de langages sous-entendus, n'utilisant pas les verbatims en tant que tel.

## 2. Classification des résultats :

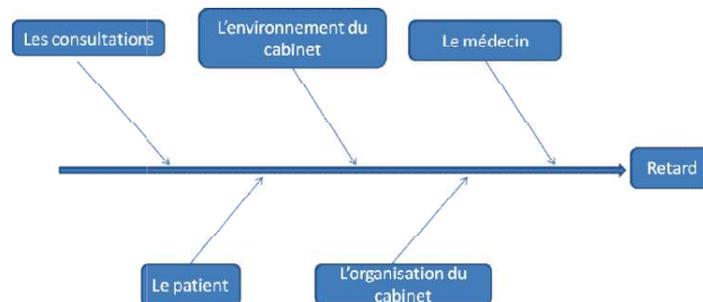
Pour une exposition plus claire des résultats, la méthode des 5M a été utilisée pour classer les verbatims. Cette méthode, créée par le Pr Kaoru Ishikawa (1915-1989), consiste en une aide pour classer les causes et origines possibles d'un problème. Elle se base sur une approche selon 5 catégories d'un problème donné :



Bien que cette méthode soit surtout utilisée en industrie afin d'améliorer la qualité de production, il semble possible de l'appliquer, ici, à la question de recherche afin d'aider à organiser les idées. Ainsi, le problème principal étant l'attente des patients en salle d'attente, si nous admettons le cabinet médical comme le centre

d'étude et les soins prodigués aux patients comme ce que nous souhaitons améliorer, nous pouvons faire ce parallèle :

- le matériel = la consultation médicale
- la matière = le patient
- le milieu = l'environnement du cabinet médical
- la méthode = l'organisation du cabinet médical
- la main d'œuvre = le médecin



Mais la médecine est avant tout un art et le métier de médecin généraliste repose sur d'autres rôles plus complexes que la consultation en soit. Un item intitulé « imprévus et tâches médicales annexes » a donc été rajouté pour ne pas omettre ce point.

## V. Aspects éthiques :

Cette étude a été enregistrée au registre des traitements de l'université de Strasbourg. Elle respecte la déclaration d'Helsinki (11) et n'a pas nécessité l'approbation d'un comité de protection des personnes puisqu'elle vise à évaluer des ressentis et expériences de professionnels de santé, conformément à l'avenant de la loi Jardé (12).

Toutes les données ont été anonymisées et les fichiers conservés sur une plateforme de stockage sécurisée.

## Résultats

## I. Les entretiens :

Au total 14 entretiens ont été réalisés. Voici les caractéristiques des différents médecins interviewés, rassemblées en un tableau récapitulatif:

	<b>Sexe</b> (F) Femme (H) Homme	<b>Milieu</b> (U) Urbain (S-U) Semi-Urbain (R) Rural	<b>Durée d'installation</b> Courte <5 ans Intermédiaire : 5 à 20 ans Longue > 20	<b>Secrétariat</b>	<b>Mode de Consultation</b>	<b>Type de Cabinet</b>	<b>Temps d'entretien</b>
<b>E1</b>	F	U	Intermédiaire	Présentiel + Téléphonique	RDV+ Libre	MSP	34 minutes
<b>E2</b>	H	R	Intermédiaire	Présentiel	RDV	Association de 4médecins	10 minutes
<b>E3</b>	F	U	Longue	-	Libre	Seule	6 minutes
<b>E4</b>	H	S-U	Courte	Présentiel + En ligne	RDV	Association de 8médecins	10 minutes
<b>E5</b>	F	S-U	Courte	Présentiel + En ligne	RDV	Association de 8médecins	11 minutes
<b>E6</b>	H	S-U	Intermédiaire	Présentiel + En ligne	RDV+ Libre	Association de 8médecins	9 minutes
<b>E7</b>	H	S-U	Intermédiaire	Présentiel + En ligne	RDV	Association de 8médecins	10 minutes
<b>E8</b>	F	S-U	Intermédiaire	Présentiel + En ligne	RDV+ Libre	Association de 8médecins	7minutes
<b>E9</b>	F	U	Intermédiaire	Présentiel + En ligne	RDV	Association de 2médecins	21 minutes
<b>E10</b>	H	R	Longue	-	Libre	Seul	22 minutes
<b>E11</b>	F	S-U/R	Remplaçante	/	RDV + Libre	/	48 minutes
<b>E12</b>	F	U	Courte	En ligne	RDV	Association de 2médecins	27 minutes
<b>E13</b>	F	R	Longue	Présentiel	RDV + Libre	MSP	34 minutes
<b>E14</b>	F	U	Courte	En ligne	RDV	Association de 2médecins	23 minutes

II. Mots et associations de mots les plus fréquemment utilisés

lors des entretiens :



### III. Les facteurs en cause dans l'attente des patients :

#### 1. La consultation médicale:

L'une des principales causes d'attente est avant tout les consultations qui vont, par nature, durer longtemps. Dans ce paragraphe, on ne tiendra pas compte des imprévus qui peuvent rallonger la consultation habituelle mais simplement des motifs ou types de consultation particuliers qui seront par nature plus longs. Ainsi en rendez-vous, ces consultations risquent d'induire un dépassement du créneau horaire prévu et en consultation libre une accumulation possible du nombre de personnes en salle d'attente. Ces consultations longues peuvent être de diverses origines, la classification qui suit se fait en fonction des différents temps de la consultation.

*E14: « Le retard c'est surtout dû aux consultations qui débordent plus pour diverses raisons. »*

#### a. Rallonge du temps d'échange :

En premier lieu reviennent « **les problèmes psycho-psychiatriques** » E10: « les dépressifs »E13, « des crises suicidaires »E11, « un contexte de dépression ou de mal-être »E12. Cela va essentiellement impliquer une rallonge du temps de parole consacré au patient : « des patients qui ont besoin de s'exprimer un peu »E12, « s'ils sont en larmes »E13, « le patient a besoin finalement de parler, où il faut le laisser se libérer un

*petit peu* »E11. Ce sera alors le temps consacré à l'interrogatoire et à la relation d'échange médecin-malade qui sera majoré.

Mais ce temps de parole et d'écoute peut également être rallongé dans des motifs **d'éducation thérapeutique** ou de **prévention** : *« le temps de lui expliquer les traitements et pourquoi il fallait les prendre et qu'est-ce qu'il fallait surveiller, ce que ça allait impliquer pour lui » E5, « La prévention...prendre ce temps là... »E1, « de demander rien que si il fume »E11. Il peut alors s'agir de consultations dédiées à ce genre de motif ou qui découlent d'un motif particulier comme dans une *« découverte, par exemple, de diabète »E5.**

Les **patients d'origine étrangère** peuvent également demander plus de temps : *« On a beaucoup de patientèle étrangère, et du coup quand il y a un souci de compréhension, ça prolonge beaucoup la consultation » E14.*

#### **b. Rallonge du temps d'examen :**

Il peut également s'agir de motifs augmentant le temps de l'examen clinique : *« pour les examens gynécologiques, parfois je garde une demi-heure »E9, « un motif d'examen du genou »E1, « les consultations pédiatriques qui demandent un peu plus de temps »E14, « les visites pédiatriques chez les petits quand il y a les vaccins, je prévois des créneaux de trente minutes »E5.*

Souvent cela va être un examen qui, comme les **consultations gynécologiques**, implique un **geste un peu plus technique** que le médecin réalise : *« faire un électrocardiogramme » E11, « l'échographie bien sûr, peut aggraver considérablement de temps en temps ce délais de consultation »E7.*

Mais en dehors du temps strictement consacré à l'examen clinique du patient, ce qui va aussi prendre du temps sera le fait qu' *«il va falloir le déshabiller complètement»* E1. **Le temps d'habillage et déshabillage** est en effet à prendre en compte et peut varier selon le motif et le type de patient.

Certaines catégories de patients sont par nature considérées comme demandant plus de temps, entre autre à cause de ce temps de déshabillage. Les **consultations pédiatriques** par exemple : *«des fois c'est le premier, les mamans posent plein de questions, elles sont empotées pour le déshabiller, empotées pour le rhabiller»*E9. Les **personnes âgées** semblent aussi avoir des consultations plus longues : *«les personnes âgées qui mettent un temps infini à se déshabiller, à se mobiliser, qui ont perdu leurs papiers»*E13, *«j'ai une patientèle qui est en partie âgée donc poly-pathologique et donc chronophage»*E2, *«il y a des troubles sensoriels, il y a parfois des troubles cognitifs, il y a une poly-pathologie»*E13.

### c. Rallonge de la prise en charge globale :

Les consultations à **motifs complexes** sont également pointées, avec notamment *«les patients poly-pathologiques»* E2, *«avec plein de comorbidités, un peu difficile à gérer»*E11. Quand le cas clinique est compliqué : *«on passe un peu de temps à essayer de comprendre, de retracer la chronologie des symptômes, d'essayer de comprendre à quelle entité scientifique et médicale ça correspond»*E12. Ou alors cela peut être dans le cadre d'un **motif à caractère plus grave**, qui implique **un deuxième avis ou une hospitalisation** : *«des consultations où on souhaite hospitaliser le patient»* E11, *«quand on a du mal à avoir un confrère correspondant pour lui expliquer une situation et pour essayer d'obtenir un rendez-vous»*E13, *«joindre un spécialiste pour un avis un petit peu*

*plus urgent »E11. Dans ce genre de situation, on peut penser que le temps de rédiger le courrier ou de joindre les documents nécessaires rentre également en compte.*

Enfin, les consultations où le patient vient pour **plusieurs motifs** vont durer plus longtemps : *« ils ont parfois quatre ou cinq motifs de consultation, c'est sûr que ça ne peut pas tenir dans un temps de consultation » E13, « C'est chronophage et si on veut essayer de gérer au moins les deux premiers motifs de consultation et bien ça remplit largement le quart d'heure que j'alloue aux patients » E2.*

#### **d. Rallonge du temps administratif :**

En dehors des consultations en lien avec des motifs augmentant le temps de parole ou d'examen clinique, parfois c'est le temps passé à réaliser des tâches annexes, plus administratives qui est majoré. Les *«documents administratifs» E13* sont souvent incriminés pour leur longueur : *« les gens qui viennent pour des dossiers d'assurance, de MDPH, machin, c'est des choses qui sont longues »E5, « dossier MDPH, dossier APA, dossier machin, d'assurance, quand ils arrivent avec tout ça-là sous le bras »E9, « tout ce qui est paperasse ça rajoute des minutes à beaucoup de consultations »E2, « c'est vrai qu'on fait quand même beaucoup plus de papiers que des fois de consultation! »E9.*

Là encore certaines catégories de patients peuvent augmenter le temps consacré à l'administratif. C'est le cas par exemple des **nouveaux patients** : *« des nouveaux patients qui arrivent pour la première fois avec des dossiers un peu complexes, des documents que je dois scanner et toute une histoire médicale à intégrer »E12. Cela peut aussi être des patients plus précaires qu'il faut aider pour réaliser certaines tâches : « il fallait que j'appelle le CHU pour obtenir des renseignements complémentaires parce qu'il ne pouvait pas tout m'expliquer lui-même »E12, « on a pas mal de patients qui ne*

*sont pas capables de prendre les rendez-vous eux-mêmes auprès des spécialistes ou de l'hôpital ou de n'importe quoi, soit parce qu'ils parlent pas assez bien le français pour utiliser le téléphone, soit parce que c'est compliqué pour eux. Donc du coup on leur propose de prendre le rendez-vous pour eux »E1.*

## 2. Les imprévus et tâches annexes entre les consultations:

Cette catégorie prend en compte les imprévus auxquels le médecin devra faire face au cours de sa journée et qui engendreront de l'attente. D'autre part, ce paragraphe prend également en compte toutes les tâches inhérentes au métier de médecin généraliste et qui peuvent demander beaucoup de temps en dehors des consultations. Ces tâches annexes ou imprévues, de par leur durée et leur nombre, peuvent induire une attente plus ou moins importante.

*E1 : « on n'est pas en retard parce qu'on s'est tourné les pouces, en fait on est en retard parce qu'il y a eu d'autres choses qui ont fait qu'on devait les faire là et qu'on ne pouvait pas attendre pour les faire »*

### a. Les imprévus :

Parmi les imprévus, nous pouvons tout d'abord citer les « *entre-deux* »E6. C'est-à-dire ces **consultations non prévues, de dernière minute** que le médecin va intercaler dans son planning lorsqu'il est en rendez-vous. Parfois les médecins nomment ce type de rajout « *des urgences* »E4 bien que cela correspondrait plutôt à la définition faite lors du

10eme entretien : « *une semi-urgence qu'on est obligé de prendre* ». En général il s'agit d'un motif simple ou qui ne peut pas être reporté trop loin dans le temps : « *les trucs que je rajoute en urgence, c'est des trucs que je sais que ce ne sera pas long* »E4, « *si j'ai un patient chronique qui a juste besoin de quelque-chose je vais le prendre entre-deux si j'estime que mon retard ne va pas être catastrophique* » E1, « *j'intègre entre deux patients des enfants ou des urgences, si c'est urgent, si ça ne peut pas attendre le lendemain* »E9. C'est alors plutôt leur nombre important et le fait qu'il n'y ait pas de créneau horaire dédié qui crée l'attente : « *des fois il peut y avoir entre quatre, cinq entre-deux dans l'après-midi donc forcément on accumule un tout petit peu de retard* »E8. Ces consultations imprévues et rajoutées peuvent aussi être des visites à domicile, ce qui, comme on l'imagine, peut impliquer un peu plus de temps avec le déplacement : « *si mon mari était appelé en visite très loin et qu'il y avait une visite un peu pressée sur le village* »E13, « *des visites à domicile, que j'en fais une de plus* »E11.

Il peut également s'agir d'**une urgence vraie** qui s'intercale : « *il y a quand-même pas souvent, mais il y a quand-même un peu d'urgence* »E10, « *adresser aux urgences ou des choses comme ça, ça prend toujours plus de temps* » E14. Cela prend d'autant plus de temps si le cabinet n'est pas adapté à la prise en charge des urgences : « *si on appelle les pompiers ou le SAMU et qu'on n'a pas d'endroit en fait, pas de salle adaptée en attendant que les secours arrivent, du coup on le garde avec nous dans le cabinet* »E11. Cet item recoupe alors le précédent avec les consultations rallongées pour cause du besoin d'hospitaliser la personne ou d'avoir un avis médical plus rapide. Car il s'agit de consultations longues par nature mais majoritairement imprévues.

Parfois il s'agit d'un **nouveau motif de consultation à caractère imprévu car énoncé qu'en fin de consultation**. Il peut s'agir de motifs de consultation longue comme un motif grave que le patient aura négligé, ou un motif dont le patient n'aura pas conscience du

temps important à consacrer. Pour le traiter, on peut imaginer que ce motif impliquera presque le double d'un créneau normal de consultation comme il est énoncé tardivement : *« les dossiers MDPH qu'ils me présentent en fin de consultation »E8, « bien souvent, ils commencent par les trucs pas importants et tu te retrouves à la fin de ta consultation avec le truc trop important et qui va te prendre vachement du temps et il te le dit, là, genre à la porte »E11.*

Ce que l'on peut également classer dans les événements imprévus sont le **retard des patients pour diverses causes extérieures** : *« des gens qui sont en retard aussi »E9, « ils ont galéré à se garer »E11, « pas plus tard que hier j'en ai deux qui ont eu des problèmes avec le tram ! Ils sont arrivés en décalé »E12.*

Il y a les **coups de téléphones reçus** aussi : *« le fait d'être appelé au téléphone pour des avis. Voilà des patients qui demandent des renseignements pour leur prise de sang, pour leur prise en charge... »E5, « il peut y avoir les appels téléphoniques en cours de consultation qui vont parasiter et retarder la consultation en cours »E12, « la secrétaire qui t'appelle ou voilà, parce qu'il y a un patient qui veut un avis, ou un autre médecin... »E11.*

L'**outil informatique**, parfois, peut engendrer des imprévus s'il ne fonctionne pas correctement : *« en ce moment l'informatique, la connexion internet » E9, « des fois l'ordinateur qui ne marche pas »E11.*

Et il y a tous les autres imprévus qu'on ne peut catégoriser : *« je peux être amenée à prendre du temps entre deux patients pour régler des problèmes urgents »E1, « j'avais un décès qui m'a été annoncé à huit heure vingt »E8.*

D'une manière plus générale, le fait même d'être en **consultation libre** semble être synonyme d'imprévu. *« C'est un peu la loterie »E2, « si on laissait, comme ça, sans rendez-vous, au hasard ça allait être très aléatoire » E14, « je n'aimerais pas consulter que*

*sans rendez-vous parce que les gens... effectivement, il peut y avoir des fois une heure et demi d'attente ! Puisque on ne peut jamais prévoir »E8. Les médecins interrogés sont unanimes là-dessus et trouvent qu'il y a généralement plus d'attente en consultation libre qu'avec rendez-vous, peut-être parce qu'ils ne peuvent pas anticiper: « On attend plus sans rendez-vous, bien sûr ! »E6, « la consultation sans rendez-vous, du coup, là, il y a de l'attente, forcément »E8, « les consultations avec rendez-vous, ça enlève un petit peu l'effet de surprise »E11.*

**L'attente** elle-même peut, paradoxalement, générer du retard en donnant des tâches supplémentaires. Cela peut, par exemple, induire un stress du patient et donc une majoration de sa pression artérielle impliquant de la réassurance et un contrôle des chiffres tensionnels : *« quand elle est élevée c'est un peu pénible, parce que du coup il faut la reprendre, et essayer de détendre un peu l'atmosphère »E11. Elle peut générer des réactions diverses de la part des patients et des médecins : « ils disent avoir bien attendu donc ça leur donne le droit de faire attendre les autres »E10, « quand j'ai du retard, ça s'accumule et j'essaie de prendre, vraiment, le temps derrière »E14, « quand on est en retard on accélère »E6, « mon but, ça va être de limiter mon temps de retard pour les prochains »E11.*

#### **b. Les tâches annexes :**

Enfin dans les autres tâches annexes qui vont demander du temps on retrouve les **appels téléphoniques que le médecin doit passer** dans le cadre de son exercice et qui ne sont pas forcément reportable : *« des coups de fils entre deux consultations ou alors un coup de fil à passer forcément à ce moment-là de l'après-midi parce qu'après les*

*secrétariats seront fermés »E1, « après il faut les rappeler donc il y a quand-même une perte de temps »E13.*

**L'administratif** annexe à une consultation est aussi chronophage en général : *« le temps de détailler mon examen dans le dossier médical »E14, « pour bien tenir un dossier médical il faut tout scanner et ça, ça prend aussi du temps »E14.*

### 3. Le patient

En dehors de son motif de consultation et de ses caractéristiques physiques, le patient lui-même peut être une cause de la longue attente. Cela peut être consciemment ou inconsciemment, souvent cela est dû à sa personnalité et à son éducation.

#### a. Qui ne prévient pas :

Lors des consultations sur rendez-vous, on l'a vu, il peut arriver que le patient soit en retard. Cela n'est pas forcément de la faute du patient et ceci a été catégorisé comme un imprévu (cf plus haut). Mais il arrive que ce **retard** ne soit pas inopiné mais répétitif : *« ça arrive quelquefois et assez régulièrement mine de rien qu'il y ait des patients qui arrivent en retard ! »E12, « J'attends souvent mes patients comme je suis souvent pile à l'heure »E6.* Mais c'est surtout lorsque le **patient ne prévient pas** de son retard, impliquant que le médecin l'attende et empêchant celui-ci de refaire son organisation, que cela crée, par sa faute, de l'attente : *« des fois on se dit : ils ne vont pas venir, et ils viennent à l'autre créneau »E11, « ils ont pris rendez-vous, ils ne viennent pas, ils ne préviennent pas »E9.*

Toujours en consultation sur rendez-vous, à l'inverse, le patient peut se présenter pour une consultation, sans prévenir, intercalant ainsi un rendez-vous entre-deux : *« il y a ces quelques patients qui ne préviennent pas de leur venue »E9*, *« un patient qui ne prévient pas et que j'essaie de contenter entre deux créneaux »E12*, *« les patients qui viennent comme ça, entre deux »E11*. Parfois ils se présentent à plusieurs sur le créneau d'une seule personne sans prévenir : *« les gens créent le retard aussi, parce qu'ils prennent un rendez-vous où ils viennent à deux »E9*, *« des gens qui ne prennent qu'une seule consultation puis ils viennent à trois »E8*, *« des personnes qui vont arriver à deux par exemple et du coup on doit rajouter quelqu'un »E14*. Cela peut être de la faute de la personne qui a pris rendez-vous et qui n'a pas pris le soin de préciser que ce serait pour plusieurs personnes afin d'adapter le créneau de consultation.

**b. Qui insiste pour consulter :**

Mais parfois les médecins ont le sentiment que le **patient force la consultation ou l'avis médical**. Ils se confrontent à des patients qui insistent pour avoir une consultation en urgence : *« des gens qui sont pressés mais qui en réalité, ce qu'ils veulent, n'a pas un caractère d'urgence »E10*, *« les gens, ils veulent consommer de la médecine, des soins, ils veulent tout, tout de suite comme le reste, et du coup ils ne veulent pas de temps d'attente. Même quand ce n'est pas forcément grave »E11*. Souvent cela correspond à des **urgences relatives** et les patients n'ont peut-être pas conscience d'abuser du temps du médecin : *« les gens ils appellent pour des examens, pour des certificats, des trucs... mais, ça, ça ne se fait pas par téléphone »E9*, *« un certificat médical n'a pas un caractère d'urgence. Un rhume... Puis une angoisse peut être vécue comme une urgence mais en réalité, bon enfin, vous voyez bien »E10*.

**c. Sa personnalité et son rapport à l'attente :**

Ce manque de conscience de la préciosité du temps alloué par le médecin se ressent parfois, avec certains **patients bavards** qui auront tendance à s'épandre, à s'éparpiller : *« si on écoute les personnes, ça peut très vite se prolonger »E14*, *« il y a des fois des gens qui s'étalent un peu »E9*, *« quand ils savent qu'ils tombent directement sur le médecin, ils ne se gênent pas pour appeler pour un conseil, pour plusieurs raisons »E14*, *« il y a des gens qui s'éterniseraient au téléphone si on les laissait faire »E13*.

Parfois les **patients créent même sciemment l'attente** : *« ils disent avoir bien attendu donc ça leur donne le droit de faire attendre les autres »E10*. Il arrive qu'ils ne semblent pas être gênés par le fait d'attendre : *« il y en a qui sortent du cabinet, qui retournent en salle d'attente pour finir la conversation »E13*, *« les gens amènent le jeu de cartes, le livre, ils discutent, c'est un bazar pas possible et ils passent tout l'après midi dans la salle d'attente »E9*, *« ils en profitent pour faire leur petite vie sociale dans la salle d'attente »E13*.

Il arrive aussi que le patient soit compréhensif et aide à aller plus vite au cours des consultations : *« quand c'est toutes les dix minutes, c'est vrai qu'ils donnent directement la carte vitale, tout ça, ils sont prêts à payer »E11*.

**d. Son choix d'horaire de consultation :**

Plus généralement dans le cas des consultations libres, les patients seront plus souvent remis en cause par le médecin. Cela peut notamment être le cas quand **ils se présentent nombreux à la même heure** : *« quand j'arrive à 8h20, il y a déjà au moins, au*

*minimum 5-6 personnes qui attendent devant la porte »E3, « ils viennent tous à la même heure »E6, « forcément s'il y en a quatre qui arrivent d'un coup, c'est sûr qu'ils vont attendre »E13. Les médecins estiment souvent qu'en consultation sans rendez-vous, c'est les patients qui décident de l'attente en restant en salle d'attente même s'il y a du monde : « ceux qui ne veulent pas attendre et bien ils n'attendent pas, ils reviendront »E11, « ça se régule en fait tout seul, parce qu'il y a des patients qui voient qu'il y a beaucoup de monde et ils ne sont pas prêts à attendre alors ils disent : « Je reviendrai demain » »E11, « c'est la règle du chacun son tour, elle est claire, ils viennent juste d'arriver, ils ont quand même un petit peu conscience que ce sera les derniers »E1.*

**e. Le nombre :**

Enfin, de manière plus approfondie, plus les patients sont en grand nombre, plus il y aura d'attente. En effet, les médecins estiment que le risque d'attente est lié à la **grosseur de la patientèle**. Ils l'expliquent par l'augmentation du nombre de patients à prendre en charge et donc d'éventualités d'urgences et d'imprévus : *« des médecins qui ont des grosses patientèles et si un patient de leur patientèle a un besoin urgent de consulter, ils vont se sentir dans le devoir de l'intercaler dans le planning »E12, « quand il y a eu beaucoup plus de clientèle, il y avait beaucoup plus d'attente »E10.*

**f. Sa régularité de suivi :**

La patientèle peut être grande par nature et ce ne sera pas vraiment la cause du patient lui-même. Mais lorsque les **patients consultent facilement et régulièrement**, notamment pour des motifs mineurs, cela va augmenter le nombre de patients à prendre

en charge de manière fictive. Certains types de patients pourront augmenter le risque d'attente en venant trop régulièrement : *« les premiers enfants par exemple, les parents vont venir souvent parce que, dès qu'il y a un petit truc... »E11*. Ce serait le cas également des personnes avec une prise en charge intégrale des frais médicaux: *« ça peut être des familles un peu plus précaires, qui ont par exemple la CMU, qui vont venir un peu plus facilement pour un rhume ou quelque-chose, ou pour qu'on leur prescrive du doliprane simplement »E11*, *« il y avait dispense de frais totale, il y a avait beaucoup de monde »E10*.

A l'inverse, les **patients qui ne se font pas suivre régulièrement** peuvent aussi induire plus d'attente en créant des consultations plus longues : *« notamment certaines pathologies chroniques qui sont instables et elles attendent que ce soit complètement décompensé pour venir »E11*.

#### 4. L'environnement du cabinet médical

L'environnement est également un facteur non négligeable dans la durée d'attente des patients. Certaines conditions semblent être favorables à la longue attente des patients, en fonction de la zone géographique où se trouve le cabinet ou bien de la période à laquelle les personnes consultent.

##### a. L'environnement temporel :

Du point de vue temporel, il y a certaines périodes de la semaine qui sont pointées pour être plus surchargées. C'est surtout **en périphérie du week-end** comme l'explique la médecin lors du 13eme entretien : *« Le lundi matin, parce que ça c'est les*

*reliquats du week-end, les gens qui n'ont pas consulté, qui ont attendu. C'est surtout ça. Et parfois le vendredi matin parce que, peut-être que c'est la veille du week-end, ça les inquiète, je ne sais pas. C'est surtout ces jours-là, les jours extrêmes de la semaine ».*

Comme on peut le noter elle précise que ce sont les matins de ces jours extrêmes de la semaine qui sont surtout surchargés. D'autres médecins signalent également qu'il y a plus de monde **le matin** : *« quand j'arrive à 8h20 »E3, « ils viennent tous à 8 heures et demi, neuf heures »E6.* En fonction d'où réside le médecin, certains événements du calendrier peuvent même impliquer une plus grande affluence : *« il y avait beaucoup de monde, les jours de marché par exemple »E10.*

**La météo** peut également être mise en cause dans la surcharge du cabinet et donc l'attente : *« tout dépend en somme, du temps qu'il fait, s'il fait mauvais »E3.* Mais si l'on creuse en profondeur, c'est peut-être les périodes de temps froids et donc d'**épidémies** qui sont mises en cause : *« un jour de forte affluence et en période d'épidémie, ils vont attendre beaucoup »E2, « en période d'épidémie, on a aussi beaucoup d'entre-deux »E8, « après, dans les périodes où il n'y a pas d'épidémie, l'été, peut-être qu'ils attendent moins »E5.* Plus récemment l'épidémie de COVID 19 a modifié les temps d'attente chez le médecin : *« depuis la crise de la COVID, entre chaque consultation : désinfecter le stéthoscope, le tensiomètre, le bureau, le divan d'examen, le saturomètre... »E13, « il y a beaucoup de cabinets qui ont, de ce fait-là, depuis la COVID, changé leur manière de faire, et sont venus avec des consultations avec rendez-vous »E11.*

**b. L'environnement matériel :**

L'environnement matériel peut aussi influencer l'attente. Par exemple si le médecin se trouve en **zone sous-dotée**. Car cela peut en effet augmenter le nombre de patients pris en charge et par conséquent aussi le nombre d'imprévus. Mais cela peut également induire une population différente et une augmentation du nombre de tâches effectuées par le médecin. C'est ce que pense la médecin lors de l'entretien 11 lorsqu'elle raconte avoir travaillé dans un milieu rural sous-doté, loin des structures hospitalières :

*« on n'a pas la même population. Les gens refusent, finalement, d'aller aux urgences ou d'aller voir un spécialiste, donc on est amenés à prendre beaucoup plus de choses en charge »E11, « pour voir le néphrologue ou le cardiologue qui était à une heure et demi de là, et bien, on faisait le rendez-vous avec le patient et le médecin spécialiste »E11.*

Lors de l'entretien 12, la médecin affirme ne pas avoir beaucoup d'attente en exerçant en ville et fait aussi ce parallèle avec la dotation médicale : *« il y a certainement le fait qu'il y ait une plus grande offre aussi. Il y a aussi d'autres types de médecine : SOS Médecins, la MUAC donc c'est vrai que les patients ont d'autres ressources. Donc c'est vrai qu'on se sent moins dans le devoir de répondre systématiquement à toutes les demandes », « les confrères de la campagne sont plus en retard parce que, je ne sais pas... Ou ils sont sûrement peut-être les seuls recours donc ils se sentent peut-être dans le devoir de répondre à toutes les demandes et peut-être ils intercalent davantage de rendez-vous dans leur planning ».*

**L'accessibilité du cabinet** peut également influencer sur l'attente, notamment concernant les facilités de transport pour s'y rendre ou pour se garer. On l'a vu, parfois cela peut occasionner des retards de la part des patients : *« ils ont galéré à se garer »E11, « deux qui ont eu des problèmes avec le tram ! »E12.* Ou bien, parfois la situation du

cabinet peut permettre à certains patients de repasser plus facilement et ainsi de reporter des motifs de consultations moins urgents : *« C'est vrai que les gens peuvent facilement se déplacer, peut être moins à XXX, mais ici ils peuvent... Oui, c'est facile de les faire repasser si on a besoin. »E9*. Egalement, cela peut influencer si le médecin couvre un grand secteur géographique lors de ces visites: *« si mon mari était appelé en visite très loin »E13*.

### c. Les variations de patientèle :

D'un endroit à l'autre la patientèle n'est pas la même. La densité **en certaines catégories de patients** peut varier et influencer sur l'attente. Certains endroits peuvent être plus denses en patient impliquant des consultations longues : *« en milieu rural j'avais l'impression que c'était beaucoup plus de patients âgés, poly-pathologique, avec plein de comorbidités, un peu difficile à gérer »E11*, *« le fait d'être en ville, dans un quartier plutôt étudiant je pense que ça joue »E12*, *« il y a beaucoup de retraités maintenant parce qu'il y avait des industries du textile qui ont plus ou moins fermées au fur et à mesure, mais ce n'était pas du tout la même patientèle qu'en ville, c'est sûr »E13*. La campagne est ainsi plutôt catégorisée comme ayant plus de personnes âgées et compliquées quand en ville, dans certains quartiers, les patients seraient plus jeunes et moins demandeurs de temps.

D'autres circonstances géographiques peuvent impliquer **un rapport à l'attente différent** ou une population plus demandeuse en temps et en soin. Là encore, ce serait le cas de personnes plus citadines qui, selon ce que sous-entend la médecin de l'entretien 13, auraient tendance à moins supporter l'attente : *« c'est vrai que les nouvelles patientèles des gens qui viennent de la ville, parce qu'on a quand-même pas mal de néo-*

*ruraux, on a l'impression que quand-même ils viennent chercher une prestation de service et que ceux-là seront plus tatillons sur les horaires de rendez-vous ». Ou alors ce pourrait être le cas d'une zone géographique avec plus forte densité de personnes précaires ou avec dispense de frais médicaux. Le médecin de l'entretien 10 souligne le cas d'un collègue qui exerçait dans un bassin minier, où les patients avaient une couverture sociale spéciale et sous-entend que de ce fait, ils étaient nombreux, consultaient plus régulièrement et étaient plus difficile à gérer : « ils avaient toute la clientèle de la mine, et comme ça représentait quand même un nombre de personnes important, et qu'il y avait dispense de frais totale, il y avait beaucoup de monde », « il y avait une dispense totale de frais, donc il y avait des gens, il y avait sans doute des excès et ils exagéraient peut-être un peu, il fallait faire un peu la gendarmerie de ce genre de trucs ».*

## 5. L'organisation du cabinet médical

On l'a vu, l'environnement du cabinet peut influencer sur le retard en fonction de la densité médicale de la zone, des caractéristiques de la population locale, des facilités pour accéder au cabinet... Mais en dehors de tout cela, la façon dont est organisé le cabinet peut avoir une influence sur l'attente des patients.

***« Ça dépend de comment est organisé le cabinet ! »E11***

**a. Le secrétariat:**

Tout d'abord, le fait d'avoir un secrétariat pourra faire varier certains paramètres. En effet, le secrétariat permet au médecin de se libérer de certaines tâches annexes comme le téléphone ou les prises de rendez-vous : *« du coup je ne réponds pas au téléphone, elles me filtrent tous les appels que je n'ai pas envie de prendre »E4, « pour pouvoir me prendre les rendez-vous chez les spécialistes à l'hôpital, me scanner les comptes-rendus, faire du tri et puis faire l'accueil des patients »E2, « si tu n'as pas de secrétariat, là on t'appelle tout le temps, ça peut être même pour prendre des rendez-vous »E11.* Le **secrétariat présentiel** semble avoir de nombreux avantages par rapport à un secrétariat téléphonique ou en ligne. Souvent les secrétaires connaissent bien les patients et le médecin, et elles peuvent ainsi anticiper le retard et essayer de réguler le flux de patients : *« les secrétaires n'hésitent pas à les rappeler ou à bloquer deux plages de rendez-vous lorsqu'elles savent que c'est des cas un peu complexes et elles n'hésitent pas à rappeler les gens pour leur dire de revenir un petit peu plus tard si il y a besoin »E2.* Elles peuvent prévenir le médecin par plusieurs biais et l'aider à réguler également son temps de consultations : *« elles m'indiquent quand les rendez-vous d'après sont arrivés, ce qui peut mettre la pression sur le temps qui passe »E1.* L'expérience peut également faire d'elles de vrais **assistants médicaux**, aidant à déceler les vraies urgences : *«elles filtrent aussi les appels en fonction du degré d'urgence mais elles nous passent quand même les choses urgentes »E1, « On a une de nos secrétaires qui travaille avec nous depuis plus de vingt ans, et elle a un sens clinique remarquable. C'est vrai ! Quand elle nous dit « c'est pressé » on sait que c'est vrai »E13, « quand on parle des assistants médicaux, ça ne nous a pas paru une évidence, parce qu'en fait je pense que nos secrétaires sont déjà des assistants administratifs et même plus »E13.*

Elles peuvent également aider à l'éducation des patients sur le fonctionnement du cabinet et du médecin : *« les secrétaires elles peuvent ordonner un petit peu les choses. Peut-être déjà mettre un cadre »E11*. Et enfin elles ont un rôle de réassurance des patients, notamment en cas de retard : *« pour calmer le stress et puis même rassurer le patient sur son attente ou le fait qu'il va être reçu »E1*, *« aider aussi, à faire patienter peut-être les patients plus sereinement, les rassurer sur le fait qu'on est bien là, qu'on va les recevoir »E12*.

Le secrétariat téléphonique, lui, semble seulement aider à filtrer les appels, mais de manière moins performante qu'un secrétariat présentiel puisque les secrétaires sont à distance et ne connaissent pas les patients : *« un secrétariat téléphonique, des fois elle t'interrompt plus souvent »E11*, *« c'est parce que les secrétaires connaissent très bien les patients, en fait. Je pense qu'avec un secrétariat téléphonique ça ne pourrait pas du tout se gérer comme ça »E13*.

Les personnes utilisant un secrétariat en ligne, quant à elles, y trouvent également des avantages pour réguler l'attente : *« en ligne on peut programmer la durée des consultations en fonction des motifs »E14*, *« ce qui est facile c'est que les gens peuvent prendre rendez-vous à n'importe quel moment de la journée et ne pas être limités aux horaires d'ouvertures des cabinets »E14*. Cela peut également sélectionner une population de patient plus jeune et peut-être moins demandeuse de temps : *« le fait de passer par la prise de rendez-vous en ligne aussi, je pense que ça filtre un peu. Ce n'est pas tout le monde qui peut accéder à cette façon de prendre rendez-vous »E12*.

**b. Organisation en rendez-vous :**

Ensuite, le fait de s'organiser sur rendez-vous par exemple semble mieux aider pour réguler l'attente : *« ça reste raisonnable, les gens n'attendent pas trop et c'est le principe de faire du sur rendez-vous ! »*<sup>E4</sup>, *« c'est aussi l'intérêt d'avoir des rendez-vous, c'est que les gens n'attendent pas beaucoup »*<sup>E14</sup>. Quand le fait d'être en consultation libre est synonyme d'imprévu, le fait de s'organiser avec des rendez-vous permettrait de mieux prévoir le retard et de s'adapter en gagnant du temps sur la consultation : *« l'avantage des consultations sur rendez-vous, c'est que du coup j'aime bien regarder un petit peu la liste des patients, regarder un petit peu leur dossier avant, surtout en étant remplaçante, je peux me faire un peu une idée de l'âge de la personne, tout ça, je peux regarder son dossier, ses comorbidités, regarder s'il y a eu un bilan biologique, les résultats, et même me dire un peu pourquoi cette personne vient. Et je peux anticiper un petit peu la consultation »*<sup>E11</sup>. Cela permettrait aussi d'éduquer les patients à arriver à des horaires raisonnables : *« discipliner aussi les gens, qu'ils arrivent à une heure correcte, et puis ça permet aussi peut-être de programmer sa semaine »*<sup>E9</sup>. Sur rendez-vous les médecins peuvent également adapter leur emploi du temps et gérer les créneaux de consultation. Ils peuvent décider de rallonger ces créneaux ou intercaler des créneaux pour les consultations imprévues : *« prolonger aussi le temps de consultation, voilà, c'est des choses qui permettent de ne pas être en retard à chaque fois »*<sup>E14</sup>, *« quand-même avoir des créneaux d'urgences »*<sup>E11</sup>.

**c. L'exercice à plusieurs :**

Le fait d'être dans un cabinet de groupe ou en maison de santé module également l'attente des patients. Souvent c'est lorsque le cabinet est organisé de façon à ce qu'il y ait une certaine entraide. Par exemple lorsque les médecins se partagent la clientèle pour des consultations libres, l'attente pourra être moindre : *« quand c'est du non programmé, ils viennent et ils voient le médecin qui est sur place »E13*, *« comme nous sommes quatre, il y en a toujours un qui arrive quand il s'agit de non programmé et qui s'installe à côté et qui embraye sur une consultation »E13*, *« si on est à plusieurs à travailler en libre, il va voir que cette salle d'attente elle bouge quoi, elle se vide rapidement »E1*. Parfois des collègues peuvent aussi aider et dépanner le médecin en retard pour aller lui faire une visite par exemple: *« parce qu'on est plus nombreux, il y en a toujours un qui peut se détacher pour faire une visite »E13*. Mais dans certains cabinets ce n'est pas le cas : *« Le fait d'être à plusieurs pour moi ça n'a pas d'influence sur mon activité puisque les clientèles sont vraiment distinctes d'un médecin à l'autre »E2*. Mais on peut penser que le fait d'avoir des collègues peut aussi aider pour plusieurs autres raisons : *« Pouvoir échanger »E4*, *« on a chacun des domaines d'expertise et de compétences qui nous sont propres et que l'on partage les uns avec les autres »E2*. On peut imaginer que cela peut aider à débloquer certaines situations compliquées ou permettre un deuxième avis plus rapide. Notamment dans le cas de maison de santé pluridisciplinaires avec la présence de divers professionnels médicaux et paramédicaux. Mais cela laisse aussi à penser que le temps de pause pris par le médecin peut être augmenté : *« on a encore bu le café avec les collègues »E8*.

Enfin la conformation du cabinet peut aussi influencer sur la qualité de l'attente et sa durée. Par exemple avec d'une salle d'urgence qui peut permettre de temporiser en

attendant des secours ou de dédoubler la consultation, par exemple en présence d'un étudiant : *« on a une salle d'urgence »E13.*

## 6. Le médecin

Malgré toutes les causes que nous venons de mettre en évidence, les médecins se remettent aussi en question. Ils estiment que parfois l'attente leur est due, voire même qu'ils sont la clé essentielle dans la régulation de celle-ci.

*«L'attente dans la salle d'attente dépend du médecin» E6*

*«Je me mets plus en cause, moi, sur le retard que les patients »E9*

### a. Sa personnalité et son rapport à l'attente :

Souvent ceux-ci mettent en évidence une **question de personnalité et de rapport avec le retard et l'attente**. Certains médecins s'avouent peu gênés par l'attente des patients : *« ça me culpabilisait, et maintenant plus du tout en fait »E13, « je suis très à l'aise avec le retard »E7.* Là où d'autres disent se sentir peu confortables et stressés : *« personnellement ce n'est pas quelque-chose que j'aime bien. Ça donne une pression extrêmement importante »E10, « on n'aime pas être en retard, ça met toujours dans une ambiance qu'on n'aime pas. Un petit peu de stress, on est un peu trop speed »E14, « je trouve ça stressant quand il y a quinze personnes dans la salle d'attente qui attendent pour un rendez-vous »E5.* Quand l'attente est mal vécue, bien souvent le médecin dit faire en sorte qu'elle soit moindre : *«moi je n'aime pas être en retard. Voilà, donc du coup*

*il n'y a pas trop d'attente chez moi »E4, « chez moi ils attendent peu, parce que je suis, j'essaie d'être ponctuel, je n'aime pas attendre donc je n'aime pas faire attendre les gens »E2. A l'inverse, parfois le médecin peut **créer sciemment l'attente** : « On avait un associé il y a peu de temps, bon, et bien il faisait attendre systématiquement. Même s'il arrivait à l'heure »E6. Là encore, cela dépend de son rapport avec l'attente et le retard. Il peut arriver que le médecin soit inconfortable avec le fait d'être ponctuel : « Il est obligatoire qu'ils attendent, parce que si ils n'attendent pas, ils me font obligatoirement une réflexion de type «c'est calme aujourd'hui!» et je ne supporte pas qu'on me fasse cette réflexion-là donc obligatoirement il y a un quart d'heure de retard »E7.*

**b. Sa façon de travailler :**

Cela peut aussi venir de **la façon dont le médecin aborde son métier et ses consultations** : « ça dépend comment vous travaillez aussi »E9, « C'est dans ma façon de travailler, c'est vrai que je prends beaucoup le temps et c'est ça qui peut me mettre en retard. »E14. Certains sont méticuleux : « j'aime bien faire les choses correctement comme il faut. Et voilà, faire les choses correctement, comme il faut, c'est prendre le temps »E4. D'autres aiment chercher au-delà du motif de consultation, entrer dans une dimension plus psychologique : «parfois on peut être un peu joueur, enfin joueur, dans le sens où on sait que quand on va poser une question, ça peut déclencher des choses qu'il va falloir prendre le temps de traiter ou de parler »E1, « Parce que moi, j'aime bien aller un peu dans le psychologique, et du coup ça prend du temps »E11, « les patients ils aiment bien un médecin qui est à l'écoute »E14. S'ils s'intéressent au patient dans sa globalité cela peut prendre plus de temps : « parce qu'une personne ce n'est pas juste la

*pathologie, c'est tout le reste. C'est un environnement, c'est un contexte, c'est une façon de vivre »E14.*

Le médecin peut également s'être formé à des consultations plus spécialisés via des DU divers, lui permettant de prendre en charge des cas plus complexes qu'il aurait autrement délégués. Ces consultations plus spécialisées, peuvent être comme nous l'avons déjà dit, plus longues (comme de l'échographie, de l'acupuncture, de la gynécologie...). Il peut également avoir une fonction de MSU et accueillir des **étudiants en médecine**. Cela peut parfois majorer le temps d'attente des patients : *« j'ai débriefé un interne un peu trop longtemps! C'est de la faute des internes! »E1.* Même si certains médecins y voient plutôt une aide : *« ça va lui permettre, lui, de faire quelques actes et cetera, de prendre un peu de plaisir à autre chose et du coup aussi de me pomper un peu mon retard »E7, « quand il y a un interne, en SASPAS par exemple »E13.*

### **c. Son expérience :**

**L'âge, l'expérience et les années d'exercice** du médecin peuvent aussi jouer. Après plusieurs années d'installation, la façon d'aborder son exercice ainsi que le ressenti du médecin sur l'attente de ses patients peuvent changer : *« à mon âge on est peut-être plus, je ne sais pas, plus tolérant, moins énervé peut-être »E3, « j'ai déjà été beaucoup en retard quand j'étais plus jeune »E4, « c'est parce que j'ai soixante ans que je réagis comme ça, probablement »E13.* Un médecin installé depuis longtemps peut avoir un rapport particulier avec ses patients. S'il les connaît depuis longtemps, il sera peut-être plus enclin à bavarder. C'est ce que pense la médecin remplaçante interrogée lors de l'entretien 11 : *« parfois ils sont très proches en fait, ils parlent limite plus de leur famille et de tout ça, des derniers ragots du village plutôt que du patient en lui-même. Et, du*

*coup on gagne du temps en temps que remplaçant, parce qu'on ne s'éparpille pas dans ces trucs-là. On peut couper court aux discussions». Cependant, le fait de connaître ses patients peut aussi aider à anticiper la consultation à venir et aider à réguler le retard : « Quand on connaît les gens, moi je trouve que c'est un petit peu facile de savoir qu'est-ce qu'il va se passer dans la consultation. Donc on pourrait appréhender la suite du retard »E1. Les nouveaux installés et les remplaçants par exemple, pourront avoir comme désavantage de méconnaître les patients et impliquer une attente supplémentaire : « on n'a pas connaissance des dossiers donc on va prendre un peu plus de temps de regarder les antécédents, les traitements, de poser des questions »E11.*

**d. Son rapport au patient :**

Bien souvent, les médecins pensent aussi que l'attente est due à un manque de leur part **d'éducation du patient, de discipline ou de fermeté** : « Des fois, je ne cadre peut-être pas assez les gens pour qu'ils aillent à l'essentiel »E14, « Peut-être que je ne les discipline peut-être pas suffisamment »E13, « c'est une question d'éducation je pense, d'éducation du patient »E11, « Ils ont pris le pli et puis ils le savent »E4. Certains proposent des astuces pour aider à cette « éducation » avec notamment l'affichage : « il y a des médecins que j'ai remplacé, ils écrivent sur leur porte : « consultation limitée à 3 motifs ». Donc déjà c'est pas mal je trouve »E11, « on avait mis plusieurs affichettes dans la salle d'attente, vous verrez, dont une qui avait été faite par le conseil de l'ordre qui est pas mal »E9.

**e. Son organisation :**

Mais la plupart pointent un **défaut d'organisation** de leur part : *«Parce que j'ai une fâcheuse tendance à, parfois, avoir du mal un peu à gérer le temps »E13, « chaque médecin est différent. Et chaque médecin gère ses rendez-vous et son retard »E6, « la mauvaise organisation du truc »E10. L'organisation semble essentielle, tout simplement au cours de la consultation pour ne pas s'éparpiller : « un déroulé cadré »E1, « une check-list, je trouve que c'est plutôt une aide dans la gestion du temps de la consultation »E1, « essentiellement parce que, moi, les choses elles sont cadrées »E4. Pour gagner du temps lors des consultations, les médecins utilisent différentes méthodes : « j'optimise mon temps en fait »E11, « hiérarchiser les problèmes »E2, « je trouve que l'examen clinique c'est plutôt une aide à aller vite dans la consultation. Enfin, ce qui est compliqué, c'est de faire un examen clinique imparfait, incomplet, et puis de devoir revenir dessus parce qu'il y a d'autres choses. Et là, c'est là où on a l'impression de perdre du temps »E1.*

**f. Ses choix :**

Mais les médecins sont avant tout maîtres de leur cabinet et de leurs consultations. Lorsque des circonstances peuvent les mettre en retard, bien souvent ils en sont conscients et l'acceptent. On ressent dans leur discours que c'est parce qu'ils ont décidé d'accepter ces circonstances que l'attente existe : *« si j'accepte de rajouter des urgences, je sais que je serai en retard, du coup je l'accepte »E4, « un patient qui ne prévient pas et que j'essaye de contenter et de le prendre entre deux créneaux »E12, « les gens d'avant sont venus en retard et je les ai quand-même pris »E1. En effet, en*

dehors des motifs urgents de consultation, ils estiment pouvoir refuser des choses qui pourraient les mettre en retard : « *Moi un patient qui vient pour quatre, cinq motifs : c'est non* »E4, « *Quand ils arrivent à l'heure où il y a l'autre patient, là je ne les prends pas, par contre, là c'est sûr* »E11. Ils peuvent décider de reporter à plus tard certaines tâches ou motifs : « *S'il y a des choses un peu moins urgentes, je vais essayer de les reporter* »E12, « *différer les documents à remplir* »E2, « *on peut en reparler aisément par la suite en prenant une consultation dédiée pour ça* »E11. Pour cela, parfois ils demandent au patient de re-consulter : « *Moi je redonne très facilement des rendez-vous. C'est à dire que, quand c'est trop long, des prises en charges compliquées, pour ne pas prendre de retard ils auront un rendez-vous, qu'ils reviennent la semaine d'après* »E4, « *dire aux gens de revenir pour leurs autres motifs de consultation* »E2. Ils peuvent aussi décider de reporter des tâches annexes à d'autres moments, souvent sur leurs temps de pause, afin de ne pas retentir sur le temps d'attente des patients : « *généralement je fais beaucoup de choses aussi sur ma pause déjeuner donc après ça ne retentit pas toujours sur le temps de consultation* »E12, « *Sinon après les demandes MDPH, les trucs comme ça, des fois...je les fais le samedi si c'est possible, oui, sans le patient* »E7. Mais il peut arriver que ce soit ce **temps de pause** qui crée le retard : « *C'est rarement parce que je prends un café* »E1, « *peut-être des fois quand on se retrouve cinq minutes pour prendre un café* »E5.

D'une manière plus générale, c'est également le médecin qui **décide de l'organisation de son cabinet** et peut faire en sorte que cette organisation soit en accord avec un temps réduit d'attente pour les patients. Cela peut être en adaptant des créneaux de consultation : « *J'essaie d'avoir des créneaux plus longs, pour certaines pathologies, pour certains types de consultation* »E5, « *Moi je ne fais que du sur rendez-vous parce que je n'ai pas envie que les gens ils attendent* »E4, « *j'ai un créneau que je garde de libre*

*aussi au milieu de l'après-midi chaque jour »E12, « je prends des créneaux de trente minutes, pour justement essayer de pas prendre trop de retard »E5.*

Mais c'est également le médecin qui choisit le lieu d'implantation de son cabinet, de son secrétariat, du fait d'avoir un cabinet partagé voire de créer une maison de santé... Même si bien sûr **l'aspect financier**, personnel et environnemental limite ses décisions : *« on a fait le choix de ne pas prendre de secrétariat pour ne pas avoir de frais, de charges trop élevées »E12, « bien sûr qu'il faut gagner sa vie mais enfin... Il faut que ce soit une vie, que ce ne soit pas galère »E10, « parce que le secrétariat physique ou un autre système avait un surcoût »E14.*

## Discussion

## I. Forces et limites :

### 1. Le sujet

Cette étude se démarque avant tout par son originalité. Elle permet une approche différente de l'attente des patients en permettant d'essayer d'en comprendre l'origine. Elle peut aussi permettre d'aider à réguler cette attente, en offrant la possibilité de comprendre les facteurs qui l'influencent.

### 2. La méthode qualitative

Dans ce travail de thèse, le choix d'une recherche qualitative a semblé le plus approprié. Le but de cette étude était de faire apparaître de nouvelles données originales en donnant la parole aux médecins. Ce choix semble pertinent et un questionnaire fermé n'aurait pas permis de faire surgir autant d'idées que celles qui ont été retrouvées.

### 3. Le choix des médecins

Les médecins ont été choisis en fonction de leurs caractéristiques d'exercice et d'organisation de leurs cabinets. Cependant, il est possible que ces caractéristiques n'aient pas été adaptées et que d'autres axes auraient pu être pris en compte, tel que le fait de faire des visites à domicile ou en fonction des activités annexes exercées par le

médecin. De plus, il est à noter que la majorité des médecins interrogés ne se considéraient pas comme ayant des temps d'attente longs. Ce paramètre aurait pu être pris en compte, en interrogeant par exemple les patients au préalable via un questionnaire sur leur temps d'attente moyen. Mais ces médecins ont également pu expliquer pourquoi ils avaient des temps d'attente courts, et ainsi exposer les moyens employés pour limiter cette attente. Ceci s'est alors avéré très pertinent, le but de l'étude étant de comprendre l'origine du retard pour mieux le gérer.

D'autre part, certains médecins étaient des connaissances du chercheur. Cela a pu constituer une aide en les mettant plus à l'aise lors des entretiens et faire ressortir plus d'idées. Mais cela a pu également influencer certaines réponses, même si le chercheur a essayé de rester neutre dans ses interventions et relances. Parfois, les médecins ont été interrogés entre deux de leurs consultations et ont ainsi paru moins disposé à s'étendre et approfondir leurs propos. C'est pourquoi au fil des entretiens, il a été préféré des horaires d'entrevue en dehors des consultations.

#### 4. Guide d'entretien et interview

Des entretiens semi-directifs, ont été conduits en suivant le guide d'entretien préalablement établi. Lors des entretiens cependant, les questions de relance ont été adaptées au propos du médecin et à son organisation. Cela a permis de développer certains points en fonction du mode d'exercice mais a pu également orienter les propos des médecins.

La faible expérience du chercheur dans la direction d'un entretien d'étude qualitative a également un impact sur la qualité de ce travail. Les premiers entretiens ont été moins

fournis mais les idées qui sont ressorties se sont tout de même avérées pertinentes et originales, ce qui a permis de les garder pour l'analyse. Au fil des entretiens, le chercheur a également appris à approfondir les propos sous-entendus par les médecins en leur demandant de développer si nécessaire.

On pourrait penser que les entretiens réalisés par visioconférence auraient pu induire un malaise chez les interrogés, cela étant moins intimiste. Cependant, les quatre médecins interrogés de cette façon se sont montrés à l'aise, et la durée comme la pertinence des propos n'en ont pas été altérés. Le seul problème soulevé par cette méthode aura été des bugs répétés, dus à un problème de réseau, au commencement du 13eme entretien. Ces bugs ont empêché la retranscription d'une partie des propos de l'entretien. Cependant ces bugs ont pu être rapidement corrigés et comme ils ne se sont produits qu'en début d'entretien, ils n'ont pas trop affecté des données essentielles pour l'étude.

## 5. Résultats et analyse

Les entretiens ont été stoppés lorsque les caractéristiques d'exercice préétablies ont été toutes remplies. Mais il aurait été possible de continuer en interrogeant plus de médecins dans chaque catégorie et en faisant varier chaque paramètre les uns avec les autres. Cependant, cela aurait impliqué un nombre trop important d'entretiens. De plus, certains médecins avec des caractéristiques d'exercice similaires ont été interrogés et on retrouvait des redondances dans leur propos, sans apport de nouvelle donnée semblant pertinente. Il semble bien que la saturation des verbatims ait été atteinte.

Les logiciels d'analyse Tropes et Wordstat n'ont pas été essentiels dans l'analyse de cette étude. Cependant ils ont permis une approche complémentaire objective, à une étude qualitative par nature subjective. Ces logiciels ont également permis un gain de temps dans la recherche des verbatims pour les citations. Ils ont également permis d'aider à soulever les différences de propos selon les caractéristiques d'exercice, notamment entre « retard » et « attente » qui sera développé dans le paragraphe suivant.

## 6. Classification

Il n'est jamais évident d'organiser les idées afin qu'elles apparaissent clairement. La méthodologie de classification choisie en extrapolant la méthode des 5M est discutable car la médecine reste un art et se prête peu à une comparaison industrielle. Cependant, cela a permis une approche rigoureuse et plus objective des données. De plus, grâce au rajout du paragraphe « imprévus et tâches annexes » l'exposition des idées s'est avérée plus complète et a limité les oublis.

## II. Nuance entre attente et retard :

*«Si je suis en retard, ça veut dire que j'étais sur rendez-vous. Parce que finalement quand je ne suis pas sur rendez-vous, mais que je sais qu'il y a 4 personnes qui m'attendent, je ne me considère pas comme en retard, je sais que les gens ils ont beaucoup attendu. Mais ce n'est pas de ma faute. »E1*

Il est intéressant de regarder le vocabulaire utilisé par les médecins lors de cette étude. En effet, si l'on prend en compte les médecins réalisant uniquement des consultations libres, ils n'utilisent que rarement le mot « retard » et préfèrent employer le terme « attente ». Pourtant « attente » revient moins souvent que « retard » lors de l'analyse totale des entretiens. Ceci est dû au fait qu'en consultations libres, les médecins ne se considèrent jamais en retard vu qu'il n'y a pas d'heure donnée pour la consultation. Et c'est là qu'est la grande nuance de ressenti entre rendez-vous et consultation libre !

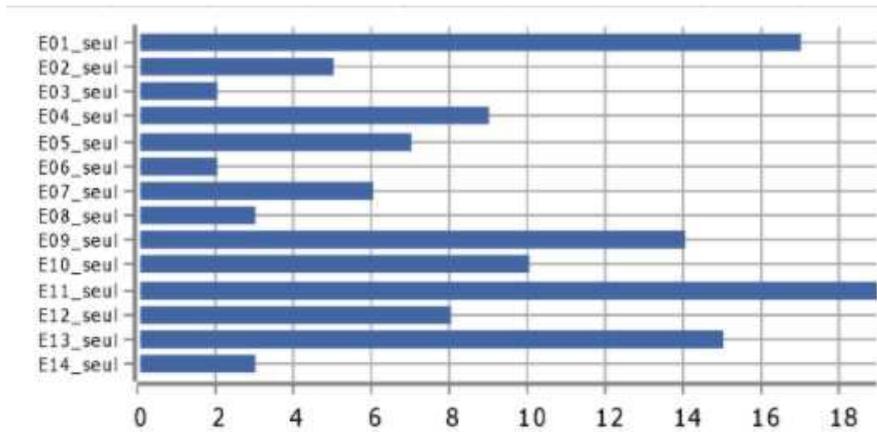
Ainsi, en consultation libre, l'impression ressort que ce sont des causes extérieures et plus particulièrement les patients qui sont à l'origine de l'attente. Ce sont eux qui ont décidé de l'heure à laquelle ils viennent consulter, ce sont eux qui décident de rester en salle d'attente même si il y a beaucoup de monde. Il n'y a pas de temps fixe dédié pour la consultation donc le patient est plus libre de demander plusieurs choses ou de faire attendre les autres. Rien que dans le fait même du choix d'organisation les médecins se dédouanent : ils évoquent souvent une notion de contexte historique pour justifier des consultations libres. C'est comme s'ils n'avaient pas vraiment décidé de cette organisation, que c'était comme une fatalité et qu'ils n'avaient pas de maîtrise là-dessus.

Pour pousser plus loin, ce serait même les patients qui choisiraient cette organisation :  
« Mais encore faut-il que la clientèle veuille venir sur rendez-vous ! »E10.

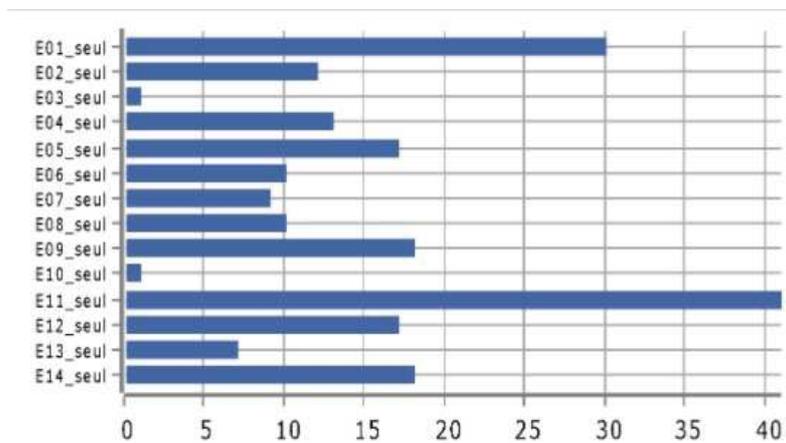
Ainsi dans le discours, le médecin donne plutôt l'impression de subir l'attente. Il pourra se considérer comme stressé, ce stress se portera surtout sur le nombre de patients présents en salle d'attente et à l'idée qu'il va finir tard. Il est conscient que les patients vont peut-être attendre beaucoup, mais il semble moins culpabiliser puisqu'il a tendance à considérer qu'ils l'ont choisi et donc l'acceptent plus facilement.

A l'inverse, chez les médecins faisant du rendez-vous, on ressent que cette organisation est une volonté de leur part car ils arrivent plus facilement à argumenter leur choix. En consultation sur rendez-vous, on ressent plus facilement que c'est le médecin qui est aux commandes. C'est lui qui a décidé du nombre de rendez-vous qu'il souhaite avoir dans la journée et de l'amplitude horaire à laquelle il veut les faire, il décide également de la longueur des créneaux de consultations. Ainsi, il dicte des règles et le patient doit s'y formater. Si le médecin estime qu'un rendez-vous n'est pas nécessaire à intercaler, il se sent en droit de le reporter ou de le refuser. Bien sûr, ceci est en dehors des urgences, c'est souvent dans le cas où il estime que le motif va demander du temps et qu'il pourra faire en sorte de consacrer un créneau ultérieur plus long.

En rendez-vous le médecin se dit plus stressé par un impératif horaire à respecter. Si le patient attend, il considérera plus facilement que c'est de sa faute. La cause du retard sera alors plutôt rejetée sur son organisation globale, sur l'éducation qu'il a réussi à instaurer chez ses patients et sur sa fermeté avec eux.



**Graphique 1 :** Fréquence du mot « attente » en fonction des entretiens (analyse Wordstat®)



**Graphique 2 :** Fréquence du mot « retard » en fonction des entretiens (analyse Wordstat®)

### III. Confrontation des résultats à la littérature :

#### 1. La consultation longue

Les résultats de notre étude laissent à supposer que l'une des premières causes de retard est une mauvaise gestion du temps de consultation. Les médecins ont pointé du doigt des consultations longues, ayant tendance à déborder dans le temps.

Selon la Drees, la durée moyenne d'une consultation chez un médecin généraliste français serait de 18 minutes (13). De là, on peut comprendre que la plupart des médecins sur rendez-vous ne consacrant que 15 minutes aux consultations sont déjà à risque de retard. Mais ce problème est aussi valable en consultation libre, car plus la consultation dure, plus le nombre de patients en salle d'attente risque d'augmenter, majorant ainsi l'attente (9).

Une étude effectuée par la Drees en 2006 se concentrait sur le temps de consultation des médecins généralistes français. Aucune autre étude plus récente et du même type n'a été retrouvée, c'est pourquoi la discussion qui suit portera surtout sur cette étude de 2006. Les chercheurs mettaient alors bien en évidence une variation du temps de consultation en fonction du profil du patient, de son motif de consultation et de la variation des pratiques du médecin généraliste (14).

##### **a. Le motif**

Il a été prouvé que certains motifs de consultation demandent une séance chez le médecin généraliste plus longue.

C'est bien le cas des consultations pour motifs psychologiques et psychiatriques (14, 15). Les consultations les plus longues concerneraient même plus spécifiquement des patients consultant pour un motif psychologique (15).

Des chercheurs ont également montré une corrélation entre le temps de consultation et le nombre d'ALD que possède le patient. Les durées de consultation seraient supérieures de 12 % dès que le patient présente au moins une ALD, et de 24 % pour deux ALD ou plus (14). Ceci peut correspondre, dans notre étude, à la notion de poly-pathologie décrite par les praticiens.

Les patients consultant pour le premier diagnostic ou la déstabilisation d'une affection chroniques sont aussi bien connus pour avoir des consultations plus longues (14).

Les enfants, contrairement à ce que retrouvent nos résultats, n'auraient pas forcément les consultations les plus longues (14). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les consultations pédiatriques concernent majoritairement des motifs infectieux, à diagnostic rapide, avec probablement un examen clinique moins approfondi, sans déshabillage complet ni prise rigoureuse des constantes (taille, périmètre crânien, poids nu). On peut s'imaginer que dans notre étude, ce qu'évoquent les médecins par « consultation pédiatrique » correspond plutôt à des consultations de suivi, notamment des nourrissons, impliquant plus de temps qu'un motif infectieux. En effet la notion de suivi vaccinal ou de nourrisson à déshabiller revient à plusieurs reprises. La Drees retrouve cette notion avec des consultations longues pour les jeunes enfants essentiellement (14).

Il a également été retrouvé que les consultations où le médecin réoriente le patient ou souhaite l'hospitaliser sont plus longues (14).

Les visites à domicile seraient également plus longues, ce qui n'est pas forcément ressorti lors de nos entretiens (14). En effet, les visites ont seulement été citées en

entretien comme cause de retard par leur caractère imprévu et non par leur aspect long. Peut-être les médecins prévoient-ils des créneaux plus longs pour les visites programmées, ce qui fait que ce n'est pas forcément le genre de consultation longue à l'origine de retard. Il est aussi possible que l'échantillonnage n'ait pas permis de sélectionner des médecins généralistes faisant beaucoup de visites, ceci n'ayant pas été pris en compte dans les critères de sélection.

#### **b. Le patient**

Certains types de patient sont également connus pour avoir des consultations longues. Nous avons cité plus haut les jeunes enfants mais ce serait aussi bien le cas des personnes âgées. Il y aurait même une corrélation entre le nombre d'année supplémentaire d'âge du patient et le temps de consultation (14). Hormis la perte de mobilité et les difficultés d'habillage, on peut aussi penser que le taux d'ALD augmentant avec l'âge rentre en compte (16).

Il est également à noter que les personnes âgées et les enfants sont les types de patient le plus souvent accompagnés lors des consultations (14, 17). Or, il a été retrouvé un temps majoré pour les consultations avec accompagnant, ce qui n'est pas forcément ressorti en temps que tel dans notre étude (14). On peut en effet penser que le temps de paroles et d'explications soit augmenté si les personnes sont plusieurs lors de la consultation. Mais peut-être que ces consultations accompagnées correspondent plus à ce que les médecins ont évoqué dans les entretiens comme « motifs multiples » ou « consultations à plusieurs », les accompagnants demandant une prise en charge pour eux-mêmes sans avoir prévenu (17).

Par contre, les patients plus précaires ayant notamment la CMU complémentaire auraient des consultations moins longues contrairement à ce que laissent penser nos résultats (14). Possiblement parce que, comme le pensent les médecins interrogés ici et dans d'autres études, ce type de patiente consulte globalement plus régulièrement et de manière urgente, amenant à des prises en charge rapides (18, 19). Pourtant ce type de population précaire serait aussi plus souvent malade, avec une fréquence majorée d'ALD et de motifs psychologiques que dans le reste de la population. Ce qui, on l'a vu, correspond à des facteurs de consultations longues (20, 21)...

Apparemment, les cadres et le fait que le patient soit une femme augmenterait également le temps de consultation (14, 15). Notre étude n'a pas permis de faire ressortir ce type de patients dans les causes de consultation longue. Les chercheurs de la DREES précisent cependant que les cadres ont tendance à consulter des médecins de secteur 2 qui consacrent des créneaux de consultation plus longs par rapport aux médecins de secteur 1 (14). Ce type de population pourrait alors ne pas avoir d'incidence sur l'attente. De même concernant les femmes, l'explication des chercheurs consistant à supposer que les femmes ont une nature plus bavarde que les hommes semble peu convaincante et stéréotypée (15). Cependant, ce sont les femmes qui consultent pour des motifs gynécologiques par nature plus longs. De plus, elles seraient plus fréquemment malades, et auraient des consultations plus spécifiques que les hommes, nécessitant une adaptation de la prévention à leur égard (22). On peut aussi imaginer qu'elles intercalent plus facilement leurs enfants lors de leurs propres consultations, si ceux-ci ont des symptômes infectieux, rallongeant ainsi le temps de consultation prévu (17). La DREES signale bien que l'effet consultation plus longue pour le sexe féminin s'affaiblit en résonnant toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire en prenant en compte les autres caractéristiques du patient et le motif de consultation (14).

### c. Le médecin

La longueur de la consultation dépend également du médecin (14, 15). En effet, certains motifs et plus particulièrement la prévention et les problèmes psychologiques auraient une grande variabilité inter-médecin (14).

Les médecins de sexes féminins, par exemple, auraient tendance à faire des consultations plus longues (14). On peut donc penser qu'elles aient plus de retard que les hommes. L'étude du Dr Christophe a bien retrouvé une fréquence de retard plus élevée chez les femmes médecins, mais ce retard serait en moyenne moins important que celui des hommes médecins (5). Car les femmes auraient aussi tendance à organiser leur emploi du temps de manière moins chargée (23). Ainsi, on peut penser qu'elles prévoient plus facilement que les hommes des créneaux adaptés et longs, faisant qu'elles majorent leur temps de consultation sans pour autant avoir un retard majeur. Dans notre étude, il est à noter qu'en consultation sur rendez-vous, ce sont uniquement les femmes interrogées qui affirment adapter le créneau au motif. Bien souvent elles disent faire cette adaptation essentiellement pour de la gynécologie et du suivi pédiatrique. Il est aussi possible que les hommes soient moins portés sur ce type de consultations un peu plus spécialisées (24).

Quoiqu'il en soit, il sera difficile d'agir sur la personnalité propre du médecin. Mais il a bien été démontré que celle-ci influe sur la durée de consultation des patients et donc par extension très probablement sur l'attente (15). Ainsi les médecins qui portent préférentiellement leur attention sur l'aspect psychologique du patient auraient un temps de consultation augmenté (15). Et on l'a vu, lorsque les praticiens mettent en cause les patients qui ont tendance à être bavards et à s'étaler, ils opposent souvent ce fait avec l'une des qualités essentielles du métier de médecin qu'est l'écoute. Selon la

WONCA Europe l'exercice du métier de médecin généraliste demande six compétences fondamentales dont les soins centrés sur la personne et la médecine holistique (25). Ainsi, couper court au temps de parole du patient serait contraire à l'exercice de ce métier et d'autant plus qu'il est demandé au médecin une certaine empathie. De plus, ces compétences exigées renforcent le devoir du médecin d'aller chercher au delà du motif de consultation, en prenant en compte le patient dans sa globalité.

Concernant l'expérience du médecin, les résultats de notre étude retrouvent une ambivalence. En effet, les médecins évoquent une augmentation du temps de parole avec l'expérience et le renforcement de la relation médecin-malade, tout en signalant une augmentation du temps médical pour les jeunes médecins, par la méconnaissance des caractéristiques médicales des patients. Dans la littérature, il a été retrouvé que les praticiens installés depuis plus longtemps ont des consultations en moyenne plus longues (14). Mais ils seraient également mieux organisés, se tourneraient majoritairement vers des consultations sur rendez-vous et limiteraient leur retard (24). Ainsi une meilleure connaissance des patients et de sa propre pratique médicale pourrait aider à réguler l'attente. Il faut cependant noter que les jeunes médecins de notre étude ne se considéraient pas forcément avec des temps d'attente longs.

#### **d. L'environnement**

L'environnement a bien une action directe sur la durée de consultation. Par exemple, les consultations en milieu urbain dureraient en moyenne plus longtemps qu'en campagne (15). On peut émettre l'hypothèse qu'en campagne, les médecins sont plus surchargés et abrègent plus facilement leurs consultations qu'en ville. Car en cas de

volume important d'activité, les médecins auraient tendance à réduire leurs temps de consultation (13).

Un effet saison a également été retrouvé dans la littérature (14). Les consultations seraient plus courtes en hiver, lors de périodes d'épidémies. Les consultations pour motifs infectieux étant en général plus courtes car à diagnostic rapide, et les cas étant majoritairement semblables en période d'épidémie, il est probable que cela induise un temps de consultation raccourci. Mais les chercheurs émettent aussi l'hypothèse qu'en ces périodes, le nombre de patients à voir augmente et que de ce fait, le médecin abrège plus facilement ses consultations pour ne pas avoir trop d'attente et lui permettre de voir tout le monde en fin de journée. C'est plutôt cette hypothèse qui est ressortie au cours de notre étude. Car le temps de consultation diminuerait aussi avec la grosseur de la patientèle (15). En cas de grosse patientèle, le médecin est donc plus probablement obligé d'abrèger ses consultations pour permettre un accès aux soins à tous ses patients. Il est donc possible que le temps d'attente n'augmente pas forcément en temps d'épidémie ou en cas de grosse patientèle si le médecin raccourcit ses consultations. Mais s'il abrège ses consultations dans le but de diminuer l'attente, le problème reste le même. Car ce que nous voulons éviter en essayant de comprendre l'origine du retard, c'est bien ces conséquences néfastes dont la réduction du temps de consultation pouvant entraîner des erreurs et des effets négatifs autant sur la prise en charge du patient que sur le médecin.

**Il existe donc bien des variables prévisibles pouvant induire des consultations longues, augmentant le risque d'attente des patients avant leur consultation. Prendre en compte ces variables afin d'essayer de les maîtriser par le biais de créneaux de consultation**

**adaptés pourrait être une réponse pour réguler cette attente. Cela implique alors de préférer une organisation des consultations sur rendez-vous.**

## 2. Les tâches annexes au métier de médecin

Le métier de médecin ne consiste pas seulement en la réalisation de consultations avec le patient. En effet, pour un temps moyen d'activité estimé de 54 heures par semaine, les consultations et visites ne représenteraient que 44 heures et 30 minutes (13). Les autres tâches annexes inhérentes au métier de médecin représenteraient donc environ 18% de l'activité et peuvent créer de l'attente pour les patients en empiétant sur les consultations.

Ces autres tâches comprennent notamment l'administratif divers, les temps de formation, les temps de garde ou d'astreinte, les temps d'activité salariée annexes dans des centres de soins variés, l'entretien du cabinet (26)...

### a. L'administratif

La notion d'activité administrative qui revient souvent est assez vague. Une étude sur l'emploi du temps des médecins généralistes français divisait les tâches administratives inhérentes au métier de médecin en trois catégories (23). En premier lieu une partie médicale correspondant à la lecture de biologies, au remplissage des dossiers patients, à la rédaction des courriers... Ensuite, une partie administrative pure correspondant à ce que les médecins appellent communément « paperasse » et qui comprend tout ce qui concerne la sécurité sociale et les dossiers administratifs des patients (prises en charge

ALD, bons de transport, dossiers COTOREP, télétransmission). Et enfin, une partie correspondant à la gestion du cabinet, soit essentiellement la comptabilité (23). La WONCA Europe, quant à elle, définissait le métier de médecin généraliste en 3 principales actions, l'une d'entre elle étant la gestion du cabinet seule (25).

Cette part administrative est donc, après les soins, l'une des tâches annexes les plus importantes du métier de médecin. Il n'est donc pas étonnant que les médecins de notre étude l'incriminent comme cause d'attente des patients. Les médecins généralistes consacraient, par exemple, 6,4H par semaine en moyenne à l'administratif patient dont la tenue de l'agenda et 90min en moyenne par semaine aux conseils téléphoniques, sans compter les appels pour diverses autres raisons (26).

Ainsi la gestion du cabinet et l'administratif en général devraient consacrer une place entière dans l'emploi du temps du médecin généraliste. Cependant, selon l'IRDES, celui-ci a tendance à ne pas définir de plage horaire pour tout ce qui est administratif (26). Ces tâches peuvent donc s'intercaler entre les consultations et majorer l'attente comme le suggère notre étude, même s'il a aussi été montré que le médecin essaiera de les décaler sur ses temps libres, de repos ou de vacances lorsque c'est possible, affectant alors plutôt sa qualité de vie (26).

#### **b. Activités annexes**

Ici, nous allons essentiellement aborder les activités annexes que le médecin réalise en fonction de ses formations ou des nécessités. Car on l'a vu, parfois le médecin ne se consacre pas essentiellement à des consultations de médecine générale. Il peut arriver qu'il fasse des consultations plus spécialisées par choix ou pour répondre à une demande de sa patientèle. Dans les zones rurales, par exemple, le médecin est plus

souvent amené à faire des spécialisations (27). Il aura également plus tendance à avoir des activités annexes notamment en hôpital ou en institutions pour personnes âgées (27). Les médecins consacraient en moyenne 2h par semaine à ce type d'activité (13). Ces dernières activités institutionnelles ne sont pas forcément ressorties lors de nos entretiens comme cause de retard, alors que l'on peut facilement s'imaginer que cela en fasse partie, étant donné que ça peut demander beaucoup de temps et amener plus d'imprévus. Peut-être les médecins interrogés n'étaient-ils pas concernés par ce type d'activité.

Le médecin peut également décider d'être MSU. Comme dans notre étude, la littérature retrouve une dualité dans le fait d'accueillir des étudiants sur l'attente des patients. En effet, le Dr Vivot (28) retrouve un gain de temps avec les SASPAS quand les stages niveau 1 rallongeraient la consultation et le temps de travail (29). Ainsi, un étudiant en fin de cursus et de ce fait plus autonome pourrait être une aide pour réguler l'attente et décharger le médecin de certaines tâches, quand un jeune étudiant aura tendance à demander plus de temps de formation et d'explication.

**Suite à cette analyse, il semblerait intéressant de penser à garder des créneaux dédiés pour des tâches administratives à certains moments de la semaine afin de ne pas les intercaler inopinément et créer de l'attente. Prendre un secrétariat, de quelle sorte qu'il soit, pourrait aussi aider à décharger quelques-unes de ces tâches. Se former pour accueillir des étudiants en fin de cursus pourrait aussi permettre une certaine aide.**

### 3. Les imprévus

Les imprévus peuvent correspondre, on l'a vu, à des consultations ou des tâches annexes à réaliser rapidement, voire en urgence, et qui risquent ainsi d'augmenter le temps d'attente des patients. Il peut aussi s'agir d'autres événements imprévus comme le retard des patients ou du médecin lui-même.

Les médecins ont souvent cité comme cause de retard les consultations imprévues de dernière minute, à caractère urgent vrai ou ressenti, qu'ils sont obligés d'intercaler aux consultations. Il peut s'agir de vraies urgences et celles-ci ne devraient pas être négligées en exercice libéral de médecine générale (30). En effet, les consultations urgentes correspondraient à 12% de l'activité des médecins généralistes français, dont 1,2% avec mise en jeu du pronostic vital (19). Le risque d'avoir à prendre en charge des urgences serait même majoré en milieu reculé sans hôpital à proximité (30). Il semble donc important de prendre ces éventualités en compte lors de l'élaboration de son emploi du temps et dans l'organisation de son cabinet, en ayant par exemple comme certains médecins interrogés l'ont suggéré, une salle dédiée.

L'attente elle-même a également été classée dans les imprévus car elle peut générer une sorte de cercle vicieux. Cependant, en cas de retard sur les consultations, les médecins auront tendance à vouloir accélérer (3, 7). Leur but étant alors, comme certains l'ont dit dans notre étude, de ne plus être en retard. Par conséquent, là aussi, la génération de l'attente par l'attente est à modérer. Mais il n'en reste pas moins que cette accélération est néfaste en majorant le risque d'erreur et en diminuant la disponibilité du médecin. Il est alors d'autant plus important de limiter le temps d'attente pour ne pas générer cette réaction en chaîne.

Sont également cités dans cette catégorie les motifs imprévus exposés qu'en fin de consultation et qui vont induire une consultation plus longue s'il s'agit de motifs importants non reportables et ainsi une majoration de l'attente. Mais il est à noter que cela peut être en partie de la faute du patient qui n'a pas voulu en parler avant ou qui a oublié. La longue attente, par exemple, peut aussi induire une sensation de stress chez le patient et lui faire omettre certains motifs volontairement ou non (5, 7). On peut également se dire que c'est le rôle du médecin de rechercher les motifs et que si ceux-ci n'ont pas été exposés au tout début de la consultation, c'est peut-être parce que le praticien ne les a pas bien cherchés ou n'a pas été assez à l'écoute. En effet, les médecins auraient tendance à couper régulièrement la parole de leurs patients et à ne leur laisser qu'un faible temps de parole (31). Ce manque d'attention et d'écoute de la part du médecin serait d'autant plus vrai en cas de retard (3). Laisser le patient s'exprimer en début de consultation et lui proposer d'exposer la liste complète de ses motifs, comme certains médecins de cette étude le suggèrent, pourrait ainsi éviter ce genre de situation. Il serait alors possible de hiérarchiser ces motifs en fonction de leur gravité et d'envisager avec le patient d'en reporter certains si possible, pour ne pas rallonger le temps de consultation.

Enfin, les visiteurs médicaux ont également été cités dans d'autres études comme prenant une part entière des activités du médecin généraliste et pouvant ainsi être une cause de retard (3, 27). Mais cela n'a pas été évoqué au cours de notre étude. Peut-être aurait-il fallu axer certaines questions en ce sens pour faire ressortir cet effet. Cependant avec les différentes réglementations, on peut aussi penser que ces visites médicales soient moins fréquentes et que les médecins prennent plus de distance (32, 33).

Ainsi on pourrait proposer diverses méthodes organisationnelles pour limiter l'impact des imprévus sur le temps d'attente des patients. Garder des créneaux libres, par exemple, à certains moments de la journée et ne les remplir qu'au dernier moment pourrait être une réponse. Ces créneaux pourraient être adaptés en fonction de la surcharge attendue selon la période et la zone géographique. On peut imaginer que si ces créneaux ne sont pas remplis, à ce moment-là, les médecins pourraient les utiliser pour récupérer un éventuel retard ou s'occuper de tâches administratives.

Concernant le retard, on pourrait penser à éduquer d'une certaine façon le patient en lui demandant d'arriver à l'heure voire un petit peu en avance afin de limiter son propre retard et de prévenir en cas d'annulation du rendez-vous. Lui demander de hiérarchiser ses motifs et lui laisser la possibilité de les exposer en début de consultation pourrait également aider.

#### 4. « L'éducation des patients »

Ce qui revient à plusieurs reprises afin d'éviter l'attente, c'est cette notion d'« éducation » du patient. Cette notion peut comprendre une partie thérapeutique afin de réguler les fréquences de consultation et les motifs. Mais cela peut aussi correspondre à une éducation plus pragmatique du fonctionnement du cabinet et du médecin.

Encore une fois, selon la définition du métier de médecin généraliste établie par la WONCA Europe, ce métier reposerait sur 3 principales actions dont la communication avec les patients (25). Celle-ci est essentielle et peut comprendre une part d'éducation thérapeutique en aidant le patient à mieux connaître sa maladie et ses traitements. Ce qui pourrait permettre une adhérence à une certaine régularité de suivi et une limitation

des incompréhensions pouvant amener à des conseils répétés en dehors des consultations. Ceci, bien que selon une revue de la littérature de 2019, aucun effet significatif positif de l'éducation thérapeutique n'ait été démontré en médecine de ville, avec des études ayant tendance à se contredire (34).

Cela peut aussi comprendre une part d'éducation médicale plus simple, afin d'apprendre aux patients quand s'inquiéter et demander une consultation en urgence, et quand cela est moins nécessaire. On peut également penser que cette communication puisse porter sur les règles de fonctionnement du cabinet afin de ne pas détériorer la relation en cas de non-respect involontaire de certaines de ces règles.

Dans cette éducation, revient également souvent la notion de refus ou du fait de différer certaines demandes non urgentes. Refuser le traitement de certains motifs au-delà d'un certain nombre par consultation pourrait ainsi éviter les consultations à motifs multiples. Tout comme de refuser les demandes de tiers imprévues et non urgentes qui se rajoutent au fil de la consultation lorsque le patient est accompagné. Les médecins proposent également de différer certaines tâches administratives inhérentes au patient quant elles ne sont pas urgentes. Mais certains médecins, du fait de leur personnalité ou de leur conception de la pratique médicale se disent en difficulté pour refuser certaines demandes. Une étude concernant les demandes de tiers lors des consultations suggérait de faire un travail réflexif pour comprendre sa propre conception de la médecine et éviter les états de dissonance et de souffrance que peut ressentir le médecin dans ce type de situation (17). Pour que le patient ne soit pas décontenancé, la communication sur ces refus semble essentielle. Elle pourrait notamment permettre d'en éviter les effets néfastes, ces refus faisant également partie des causes d'agression des médecins (8). L'affichage en salle d'attente est notamment ressorti comme une aide à cette communication. L'affiche réalisée par le CNOM « pour une relation patient-médecin en

toute confiance » pourrait être utilisée à ces fins car elle reprend certaines règles de bases pour les consultations tout en les expliquant afin de faciliter la compréhension des patients (ANNEXE 2).

## 5. L'organisation sur rendez-vous versus libre

Les médecins de notre étude pensent tous que les consultations sur rendez-vous permettent de limiter l'attente des patients. On peut comprendre qu'en rapport aux consultations libres, être sur rendez-vous permet de mieux réguler le flux des patients et d'adapter ses temps de consultation. En effet, le fait d'être organisé sur rendez-vous aurait notamment un effet positif en permettant de filtrer le nombre de patient par journée et de l'adapter en fonction de la saison (35).

En connaissance de cause, cela permet également aux médecins d'adapter les créneaux de consultation en les rallongeant en fonction du motif indiqué ou du patient lui-même selon ses caractéristiques et sa personnalité (36). En permettant d'organiser des consultations plus longues, cela pourrait aussi aider à éduquer plus facilement le patient afin que ses consultations soient pertinentes, avec des motifs bien définis. En effet, il a été montré que les consultations longues augmentent la satisfaction du patient et permettent une meilleure éducation (37). Vouloir réduire le temps d'attente au détriment du temps de consultation, comme font certains médecins en cas de retard, serait même inutile pour satisfaire le patient selon une étude anglaise (38). Selon cette étude, les patients porteraient plus d'attention au temps passé en consultation qu'au temps d'attente en salle d'attente.

Cependant, en consultation sur rendez-vous les médecins indiquent avoir plus de difficultés à voir des urgences et à prévoir des créneaux horaires pour celles-ci, ce qui renverrait plus facilement sur les services d'urgences (35). La consultation sur rendez-vous est également vue comme moins rentable car elle nécessite un secrétariat pour aider à gérer les créneaux et elle limiterait aussi la surcharge qui, comme on l'a vu, bien qu'elle crée de l'attente, crée également du revenu (35).

L'organisation sur consultation libre de son côté a pour inconvénient une absence totale de maîtrise, avec une absence d'horaire de fin déterminé (23). Elle est vue comme plus stressante et d'autres études le confirment, l'attente y serait bien plus longue (35). Le temps d'attente dans ce cas dépendrait surtout de l'ordre de passage et serait donc majoré en cas de période de surcharge, et ce d'autant plus si les consultations sont longues (9). Depuis quelques années, avec le développement des nouvelles technologies, apparaissent des applications diverses pour permettre au patient de suivre en temps réel l'affluence en salle d'attente de son médecin (DocZen®, DoctoWait®, MyDoctéo®, Hellocare®...) Ces applications sont nombreuses et leur efficacité n'a pas vraiment été prouvée, mais leur principe est intéressant en permettant d'aider l'autorégulation du flux dans la salle d'attente par les patients.

## 6. Avoir un secrétariat

Au premier abord, les médecins de cette étude disaient souvent ne pas voir d'intérêt à un secrétariat pour réguler le temps d'attente des patients, si ce n'est dans un but de réassurance lorsqu'il était présentiel. C'est en creusant plus profondément et en

mettant le doigt sur certaines tâches (téléphone, prise de rendez-vous, documents en tous genres...) que le secrétariat revenait alors à leurs yeux comme une évidence.

La présence d'un secrétariat est bien une aide à la régulation de l'attente (5, 26). Il existe essentiellement 3 sortes de secrétariat : présentiel, téléphonique ou en ligne. Chacun possède ses propres avantages et il est possible de les accumuler pour potentialiser leurs effets positifs.

Le secrétariat en ligne est le moins coûteux. Il ressort dans notre étude comme pouvant sélectionner la patientèle car il ne serait pas accessible à tous (personnes âgées, zone à faible couverture internet...). Cependant avec le développement du réseau de la fibre et de l'informatisation, on peut s'imaginer que cet effet soit minime. Les Dr Bonnette et Fauché ne trouvaient pas d'inégalité franche dans la population pour l'accès aux soins avec un secrétariat en ligne (39). Ils expliquaient cela car même si les personnes ne peuvent pas utiliser internet, elles ont toujours la possibilité de téléphoner pour prendre leur rendez-vous.

Le secrétariat par internet aurait aussi pour avantage de limiter les oublis du patient en envoyant un SMS de rappel (39). La plateforme en ligne Doctolib affirme même qu'elle permet de diviser par 3 le nombre de rendez-vous non honoré en empêchant aux patients de prendre un nouveau rendez-vous au bout de 3 absences (40). Mais ce type de pratique peut être délétère pour le patient, car le fait de manquer un rendez-vous pourrait aussi être associé à un risque de mortalité plus élevé toute cause confondue. (41).

Le secrétariat présentiel est celui qui est le plus plébiscité par les médecins lors de notre étude. Il aurait l'intérêt d'une aide personnalisée avec des secrétaires connaissant parfaitement le fonctionnement du cabinet, des médecins et les patients. Selon une étude faite sur les secrétaires, celles-ci estiment avoir un rôle à jouer dans la

régulation de l'attente (42). En dehors de la délégation de certaines tâches administratives chronophages, elles estiment par exemple participer à l'éducation des patients et des médecins. Elles considèrent comme faisant partie de leur tâche le fait d'améliorer la gestion du temps du médecin en proposant des adaptations du planning et de l'agenda qu'elles gèrent. Elles estiment aussi avoir un rôle social de réassurance et de gestion de l'urgence même si elles regrettent de ne pas avoir de formation médicale. C'est souvent l'expérience dans ce métier qui leur permet de trier ces urgences (42). Leur rôle se situe donc bien souvent entre une activité administrative pure et une activité paramédicale et sociale.

Le nouveau métier d'assistant médical découle de la connaissance de ce double rôle. Les médecins et les patients émettent des réticences devant ce nouveau métier qui redessine la pratique de la médecine générale (43). Seul l'avenir pourra nous dire si cela permet une vraie aide et un gain de temps pour le médecin, impactant l'attente des patients en salle d'attente.

## 7. La surcharge de travail

La surcharge de travail a été révélée dans notre étude comme en lien avec une attente prolongée des patients. En effet, on peut assimiler la surcharge à une grande quantité de patients à prendre en charge, augmentant ainsi le nombre de consultations, de tâches annexes à remplir et d'imprévus. Bien souvent, cette surcharge de travail est inhérente à l'environnement du cabinet médical.

En effet, le fait que les lundis et les matins en général soient surchargés est aussi retrouvé dans la littérature (23, 42). Les périodes d'épidémies, surtout en hiver seraient

également plus surchargées, majorant le taux de consultations imprévues et relativement urgentes (23). Il apparaît aussi que selon la zone géographique, l'été peut être plus chargé, notamment en récupérant des patientèles de médecins alentours en congés et non remplacés (23).

Il est également connu qu'en milieu rural la surcharge de travail est majorée (26). Les principaux freins à l'exercice en milieu rural seraient même l'isolement professionnel et la surcharge de travail ce qui ne fait qu'empirer cet isolement et cette surcharge (44).

Mais cette surcharge peut aussi venir de l'organisation intrinsèque du cabinet. Les médecins femmes, par exemple, qui ont des temps de retards moins conséquents que les hommes (5) auraient plutôt tendance à organiser un emploi du temps moins chargé que ceux-ci (23, 24). Ainsi, il y a une part de volonté du médecin au fait de travailler beaucoup. Cependant, en période de surcharge, la rémunération est aussi plus grande au vu de la tarification à l'acte, ce qui fait que les médecins s'en accommodent plus facilement (23). Il s'y oppose également une nécessité d'accès aux soins pour tous en zone sous-dotée.

**Prendre en compte les périodes de surcharges selon la zone géographique et le calendrier afin d'adapter son emploi du temps pourrait alors permettre de limiter l'attente des patients. Par ailleurs, les auto-questionnaires en salle d'attente ont montré qu'ils pouvaient aider à pallier un manque de temps en permettant une aide au diagnostic et en constituant une information médicale complémentaire pour les patients (45). On peut alors penser qu'ils puissent apporter une certaine aide dans l'éducation thérapeutique et la prise en charge des patients en cas de surcharge. Ces auto-questionnaires n'ont pas été évoqués au cours de cette étude, peut-être par méconnaissance des médecins à ce sujet.**

## 8. La pénurie de médecin :

Le milieu rural est donc connu pour être un milieu surchargé en médecine générale, mais il faut émettre une nuance. Car lorsque les études parlent de milieu rural, elles parlent surtout de zone sous-dotées en médecins. C'est le fait qu'il y ait un manque de médecins généralistes et de spécialistes dans certaines zones, et plus particulièrement en campagne, qui va créer la surcharge des médecins présents.

Par ailleurs, il est plus difficile de réduire son retard en zone sous-dotée. Augmenter le temps de consultation, par exemple, et diminuer ainsi le nombre de consultation par jour impliquerait de réduire sa patientèle afin de pouvoir répondre correctement aux besoins de celle-ci. Mais ceci n'est pas possible en zone sous-dotée si l'on souhaite permettre l'accès aux soins à un maximum de personnes.

De plus, le devoir d'assistance à personnes en danger implique de prendre en charges plus d'urgences et d'imprévus qu'en milieu doté, comme dans certaines zones urbaines où les services d'urgences sont plus déployés.

La pénurie de médecin est une réalité en France et devrait encore s'aggraver dans les prochaines années qui viennent. En effet, il a été montré une baisse de 9% du nombre de médecins généralistes depuis 2010. Ce chiffre devrait encore baisser avec une prévision de 81925 praticiens en activités en 2025 contre 86102 recensés en 2020 (46). Cette pénurie risque d'être d'autant plus importante que l'INSEE prévoit une augmentation croissante de la population française (passant de 69,1 millions d'habitants en 2025 contre 67,8 millions actuellement) avec un vieillissement de celle-ci (47). La charge des médecins généralistes aura alors plutôt tendance à s'aggraver, d'où l'intérêt de la prendre en compte pour la rendre le plus minime possible.

Cette problématique de pénurie de médecin n'est pas modulable à notre échelle. S'aider en recrutant des confrères serait la meilleure solution. Les secrétaires et assistants médicaux peuvent également pallier d'une certaine façon au manque humain en remplissant certaines fonctions annexes chronophages. Mais il n'est pas facile de les rémunérer lorsque le médecin exerce seul. Le fait d'accueillir des étudiants dans cette situation peut d'autant plus être une aide car il a été montré que le fait d'accueillir des étudiants en milieu rural aurait un effet positif sur la productivité sans effet négatif sur la satisfaction des patients (48).

Sinon, une certaine organisation personnelle pourrait aider à ne pas se disperser lors des consultations. Dans ce cas en particulier, il pourrait être intéressant de se servir du temps d'attente comme d'une aide au déroulement de la consultation. Une étude canadienne propose par exemple d'utiliser le temps d'attente pour demander aux patients de dresser la liste de leurs objectifs pour le rendez-vous et d'établir leurs priorités. Elle propose également de s'aider de questionnaires pour effectuer une part de dépistage et de prévention et ainsi gagner du temps sur les explications. (49).

## 9. L'argent

Les médecins opposent un manque de moyens financiers pour leur permettre de s'organiser au mieux et de limiter le temps d'attente des patients.

Ainsi comme on l'a vu, l'une des principales propositions pour limiter l'attente des patients serait d'organiser des consultations plus longues. Ceci implique donc d'être organisé sur rendez-vous et donc d'avoir un secrétariat pour aider à la gestion de ceux-

ci. Mais les médecins trouvent le service de secrétariat cher en rapport à leurs moyens (50). Le choix du secrétariat serait même conditionné en fonction du coût et donc des moyens du médecin (23, 50). Un secrétariat présentiel, par exemple, qui correspond au plus coûteux des types de secrétariat mais aussi au plus plébiscité pour réduire le temps d'attente, ne serait abordable qu'avec la présence de 3 médecins financeurs (50). Un médecin exerçant seul ne pourra donc pas se permettre ce type de secrétariat.

Ceci est d'autant plus marqué que réduire le temps d'attente des patients est souvent synonyme de réduction du revenu perçu par le médecin. Par exemple, augmenter le temps de créneaux alloué à chaque patient ou à certains plus chronophages implique de réduire le nombre de consultations effectuées par jour. Car si l'on veut que le médecin voie le même nombre de patients par jour, cela implique d'augmenter les horaires de travail par semaine. Et ceci semble compliqué, le temps de travail par semaine d'un médecin généraliste libéral français étant déjà très élevé (54h par semaine en moyenne comme on l'a vu plus haut) (13). Mais réduire le nombre de consultation par jour signifie aussi de réduire le montant du salaire perçu par le médecin compte tenu de la tarification à l'acte, considérant la consultation comme un seul acte, indifféremment de sa durée.

Pour pouvoir se permettre d'employer des secrétaires, on pourrait alors penser qu'augmenter la rémunération de l'acte de consultation pourrait aider. Mais l'étude des Dr Auge et Dr Gonsolin montre une ambivalence sur ce fait de la part des médecins. En effet les médecins estiment majoritairement que la consultation n'est pas assez payée mais culpabilisent aussi à l'idée d'avoir à demander au patient de les régler (18). La rémunération parallèle par ROSP semble alors contourner ce problème. Celle-ci permet entre autre depuis 2016, avec le forfait structure de l'assurance maladie, d'avoir une rémunération supplémentaire afin de moderniser son cabinet. Celui-ci permet de

faciliter la gestion du cabinet au quotidien en aidant le financement de l'équipement informatique (51).

Plus récemment la signature de l'avenant 7 à la convention médicale le 20 juin 2019 permet une aide à la rémunération des assistants médicaux sous forme de ROSP (52). Cependant pour être éligible à cette aide, il faut exercer en cabinet de groupe et avoir une patientèle assez importante. En contrepartie, le médecin devra prouver d'un accroissement de la taille de sa patientèle ou du maintien de celle-ci si elle est déjà très importante. L'aspect bénéfique en termes de temps d'attente semble alors discutable car un médecin exerçant seul en zone sous-dotée par exemple ne pourra pas bénéficier de cette aide financière. De plus, même si le médecin est éligible, il devra probablement accroître sa patientèle ce qui, comme on l'a vu, augmente le risque de retard (52). Il faudra alors que l'assistant médical compense au-delà de cet accroissement pour avoir un impact sur l'attente des patients.

En milieu rural, les médecins auraient alors tendance à se tourner vers le salariat pour se consacrer sur les soins et limiter le temps administratif (44). Selon le CNOM en 2020, 61,9% des nouveaux inscrits à l'ordre en 2020 déclarent une activité salariée dont 11,5% en exercice libéral exclusif (46). Le salariat permettrait également d'augmenter les temps de consultations sans modifier la rémunération du médecin, même s'il voit moins de personnes dans la journée. Mais il n'empêche que réduire le volume de la patientèle en zone sous-dotée reste impossible si l'on veut permettre un accès aux soins pour tous.

## 10. Travailler en cabinet de groupe

Le fait d'être en cabinet de groupe peut avoir des effets sur le temps d'attente des patients selon certains médecins interrogés.

Dans la littérature, on retrouve des liens indirects avec l'attente sur le fait de travailler en groupe, notamment sur la surcharge. Les médecins exerçant en groupe auraient, par exemple, un temps de travail diminué de 2 à 4H par semaine (27) et passeraient moins de temps en activités extrahospitalières (environ une demi-heure de moins par semaine en moyenne) (26).

Les MSP sont également un critère d'attractivité pour les jeunes médecins afin de s'installer en milieu rural (53, 54, 55). Et ce, d'autant plus si ces MSP proposent un exercice salarié (54, 55). Créer une MSP pourrait donc permettre d'attirer des jeunes médecins dans son secteur d'activité et ainsi diminuer l'effet de désert médical. L'exercice en groupe pourrait également permettre une aide des professionnels paramédicaux comme des infirmiers. En 2019, 57% des médecins généralistes français seraient en association avec au moins un autre médecin généraliste, et 21% seraient associés à des infirmiers. Ces chiffres sont en hausse par rapport aux années précédentes (53).

Mais les médecins interrogés évoquent aussi un lien plus direct avec l'attente grâce à la possibilité du partage de dossier lorsque l'on est associé à d'autres médecins généralistes. En étant à plusieurs et en partageant les dossiers des patients, les médecins peuvent alors mieux s'organiser pour toujours garder une plage entière de consultation libre dédiée à un médecin et permettant d'accueillir les consultations imprévues et

urgentes de tous les patients de la structure. Cela libère alors les autres médecins travaillant en rendez-vous.

On ne retrouve pas d'étude dans la littérature sur le partage de dossier au sein d'un même cabinet médical et ses avantages. Cependant, le dispositif général du DMP lancé en 2004 et ayant pour atout de favoriser la prévention, la coordination et la continuité des soins est aussi présenté comme une aide à l'efficacité de la prise en charge des patients (56). Cela conforte l'idée que l'on puisse gagner du temps dans certaines situations avec un partage d'information interprofessionnel et facile d'accès.

#### IV. Propositions :

Ainsi le retard est dépendant de plusieurs facteurs différents. Il semble donc difficile de créer un modèle d'organisation standardisé pour assurer un raccourcissement du temps d'attente des patients. C'est chaque médecin, individuellement, en fonction de son exercice, des caractéristiques de sa patientèle et de l'environnement de son cabinet qui pourra décider de ce qui est le mieux le concernant.

Il aurait cependant été dommage d'arrêter cette étude sans proposer des axes d'actions en lien avec les résultats retrouvés. Les propositions qui suivent émergent des idées exposées dans cette étude. Elles ne sont bien entendu pas validées, ni exhaustives, mais elles pourront éventuellement être approfondies lors d'études ultérieures. Elles ont pour but unique d'exposer des axes de réflexion pour limiter l'attente des patients en salle d'attente aux médecins qui le souhaiteraient.

**Les 3 principales aides à la gestion de l'attente semblent être :**

- de **consulter sur rendez-vous**,
- d'**avoir un secrétariat médical** (de préférence présentiel, voire une assistante médicale)
- de **travailler en cabinet de groupe**

Tout en sachant que ces trois aides dépendent les unes des autres : le fait d'être sur rendez-vous nécessite un secrétariat pour pouvoir gérer plus facilement l'emploi du temps et ne pas être dérangé par les patients. Les secrétariats les plus accessibles sont les secrétariats en ligne et téléphoniques.

Pour pouvoir rémunérer un secrétariat présentiel voire un assistant médical il est préférable d'être en association pour partager les frais et accéder à certaines aides financières gouvernementales complémentaires.

En dehors de tout ceci, le médecin peut **envisager de se former pour être maître de stage** et accueillir des étudiants, de préférence en fin de cursus pour qu'ils aient une bonne autonomie. Ainsi, bien que cela soit à double tranchant, il pourra peut-être augmenter sa productivité et se libérer du temps pour d'autres tâches.

Sinon, **envisager une activité salariée** qui pourrait permettre de libérer le temps de gestion du cabinet et des télétransmissions afin de consacrer cet espace temporel à d'autres tâches. Le salaire fixe pourrait aussi permettre d'augmenter le temps de consultation sans influencer sur la rémunération, qui serait la même peu importe le nombre de patients vus en fin de journée. Cela est cependant peu applicable en cas de grosse patientèle comme en milieu sous-doté, où le nombre de consultation restera important pour satisfaire l'accessibilité aux soins de la population mais avec une rémunération qui pourra alors être sous-évaluée avec un salariat.

Enfin si rien de tout cela n'est envisageable, **réfléchir à comment « éduquer » sa patientèle** afin qu'elle ait conscience des comportements dérangeants l'organisation et de comment elle peut aider son médecin traitant afin d'avoir une consultation de qualité sans dépenser du temps. Le médecin pourrait par exemple s'appuyer sur des affiches explicatives préexistantes à place en salle d'attente comme celle faite par le CNOM (ANNEXE 2).

**Propositions d'aides pour « éduquer » la patientèle :**

- Demander aux patients de limiter leurs motifs de consultation à 3 maximums
- Demander aux patients de hiérarchiser leurs motifs de consultation et de tous les exposer en début de consultation.
- Demander aux personnes de respecter la règle 1créneau=1personne
- Demander aux personnes d'être ponctuelles voire d'arriver 5min en avance et de prévenir en cas de retard ou d'annulation d'un rendez-vous.
- Prendre le temps de réflexion pour comprendre sa propre conception de la médecine et ce que l'on pense acceptable ou non en termes de refus.

**Proposition d'organisation au cours de la consultation :**

- Commencer par laisser le patient exposer ses motifs et l'aider à les hiérarchiser
- Ne pas bâcler l'examen clinique afin de ne pas à avoir à le refaire
- Ne pas hésiter à reporter les dossiers administratifs ou un motif non urgent à une consultation dédiée (notamment de la prévention/éducation thérapeutique...)
- Ne pas hésiter à refuser une demande d'un tiers en lui expliquant pourquoi
- Optimiser les temps : remplissage du dossier et ordonnances durant que le patient se rhabille...

**Proposition d'adaptation de l'emploi du temps :**

**-En général**

Premièrement être majoritairement sur rendez-vous et augmenter tant que possible le temps de consultation : ainsi consacrer de 15 à 20 minutes aux consultations standards en fonction de la grosseur de la patientèle. Adapter les créneaux de consultation tant que

possible aux motifs et à la personne. Ainsi on peut garder des créneaux de 20 à 30 minutes au moins pour des motifs tels que :

- suivi pédiatrique,
- consultation gynécologique,
- consultation d'ordre psychologique ou psychiatrique,
- éducation thérapeutique / prévention,
- première consultation avec demande de médecin traitant
- présence de plus d'1 ALD
- remplissage d'un document administratif/ certificat
- consultation plus spécialisée si le médecin en pratique (échographie, acupuncture...)

Et proposer un créneau plus long également à certains profils de patients particuliers :

- patient âgé
- patient connu pour demander plus de temps (bavard, maîtrisant peu la langue...) Ceci dépendra alors de l'expérience du médecin et de l'acceptation du patient.

Penser à garder des créneaux de rendez-vous libres en fin de matinée ou dans l'après-midi pour rattraper le retard, s'occuper de documents administratifs ou gérer les imprévus et les urgences. Ces créneaux pouvant être plus courts étant donné qu'en général les problèmes urgents non graves sont souvent rapidement traités.

Penser également à garder des créneaux à un moment de la semaine pour gérer l'administratif du cabinet

#### **-Adaptation sur une semaine**

Etant donné que le lundi et le vendredi semblent être les journées les plus chargées on pourrait adapter les créneaux de consultation en gardant plus de créneaux libres

d'urgences ces jours-là. De même, comme les matins semblent être les plus chargés on pourrait ainsi garder plus de créneaux libres en fin de matinée que les après-midi.

Ceci dépend également de l'affluence au cabinet qui peut différer d'un cabinet à l'autre notamment en fonction de l'environnement (jour de marché, jour de congé d'un confrère...). Le médecin pourra ainsi s'adapter en fonction des caractéristiques d'affluence de son cabinet.

Adapter les créneaux réservés à l'administratif un jour de semaine de faible affluence, de préférence en matinée ou début d'après-midi afin de pouvoir joindre les instances administratives qui ont des horaires d'ouvertures réduits.

En cas de présence d'un secrétariat présentiel à mi-temps, il serait alors préférable de le réserver aux périodes de forte affluence comme les matins et les jours extrêmes de la semaine.

#### **-Adaptation sur une année**

Ceci serait également à adapter sur l'année en fonction de la zone géographique et des épidémies. Ainsi on pourrait penser à garder plus de créneaux libres pour les consultations de dernière minute l'hiver ou en périodes particulières d'affluence (foires, vacances des confrères, retour de vacances...).

Enfin si tout cela est impossible et que le médecin préfère exercer en consultations libres, les nouvelles technologies pourraient être utiles en aidant les patients à s'informer en temps réels de l'affluence via certaines applications par exemple.

Quoiqu'il en soit, relativiser et ne pas stresser en cas de retard éventuel. Accélérer les consultations n'est pas la solution, ceci pouvant exposer le patient et le médecin à de nombreux effets indésirables.

## Conclusion

Cette étude nous montre que l'attente des patients en salle d'attente des médecins peut avoir plusieurs origines et qu'elle est généralement due à une accumulation de causes premières plus ou moins marquées selon le contexte plutôt qu'à une raison en particulier.

Certains paramètres semblent des variables essentielles du temps d'attente sur lesquelles on pourrait agir. C'est le cas du type de consultation en lui-même avec certains motifs ou type de patients plus chronophages (motif psychiatrique, gynécologique, patient âgé, poly-pathologique, nourrisson...). Cela est aussi le cas des tâches annexes accomplies par le médecin, notamment avec l'administratif, ou des imprévus comme les urgences vraies ou relatives qui s'intercalent aux consultations.

Ainsi l'organisation du cabinet pourrait permettre de limiter cette attente en préférant un exercice sur rendez-vous avec adaptation des créneaux, en s'aidant d'un secrétariat, en particulier présentiel, ou en exerçant en cabinet de groupe.

Mais certains paramètres sont plus difficilement modulables. C'est le cas du patient, qui, de par sa régularité de suivi, sa personnalité et son éducation, lorsqu'il ne prévient pas d'un retard ou qu'il monopolise le temps d'écoute, peut augmenter les temps d'attente. Une certaine éducation comprenant autant une éducation thérapeutique avec de la prévention médicale, qu'une éducation propre aux règles de fonctionnement du cabinet pourrait interagir. Cependant la personnalité du médecin et ses devoirs professionnels s'opposent parfois à celle-ci en impliquant des qualités d'écoute et d'empathie ainsi qu'une permanence et une accessibilité des soins.

L'environnement, avec certaines variables comme le fait d'exercer dans un désert médical, d'être en période d'épidémie ou aux approches des week-ends n'aide également pas le médecin en créant une surcharge et des difficultés organisationnelles.

Car au-delà de tout cela, une tendance globale se dégage et mène vers un seul et même constat : la pénurie de médecins n'aide pas au temps d'attente des patients. En effet, les motifs de retard s'accumulent plus facilement si la patientèle à prendre en charge sur une journée est grande et qu'il n'existe aucun moyen annexe de s'en décharger. Ceci est le cas en situation de désert médical, le médecin n'ayant d'autres choix que de prendre en charge, seul, un nombre important de patients pour assurer l'accès aux soins. Et ce, avec un élargissement de ses compétences pour pallier au manque de spécialistes.

Associé à cette pénurie, se pose aussi la question de la rémunération des médecins. Car l'aide d'une personne physique, comme d'une secrétaire ou d'assistants médicaux, qui semblent être les solutions les plus plébiscitées, est onéreuse et peu accessible à un médecin exerçant seul. De plus, le système de tarification à l'acte peut limiter certains médecins dans l'allègement de leur emploi du temps lorsque cela implique de diminuer le nombre de consultations. Le système d'aide à la rémunération par ROSP permet une aide financière conséquente mais peut aussi augmenter la charge administrative en demandant certaines contreparties. Le salariat, paradoxalement, pourrait permettre plus de liberté pour réguler l'attente.

Ainsi, bien qu'il ne puisse pas modifier seul les problèmes actuels de démographie médicale et de rémunération, le médecin généraliste peut essayer d'agir à son niveau pour limiter l'attente de ses patients. Cette étude, en identifiant les variables de l'attente, permet d'émettre des propositions afin de l'aider dans ses choix. Il serait alors intéressant de vérifier la pertinence de ces propositions dans une autre étude, en quantifiant la répercussion de leur mise en place sur l'attente.

VU et approuvé  
Strasbourg, le 10 FEB 2021  
Administrateur provisoire de la Faculté de  
Médecine, Maternité et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILLA



VU

Strasbourg, le 10 FEB 2021

Le président du Jury de

Thèse

Professeur Pascal BILBAULT

**Professeur P. BILBAULT**  
 Chef de Pôle et Responsable de Service  
 Pôle Urgences / SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation  
 Service des Urgences Médico - Chirurgicales Adultes  
**NOUVEL HOPITAL CIVIL**  
 1 Place de l'Hôpital - BP 426 - 67091 STRASBOURG Cedex  
 Tél. : 03 69 55 04 66 - 03 69 55 05 86 - Fax : 03 69 55 18 56

## Annexes

Annexe 1 :

**GUIDE D'ENTRETIEN**

- 1/ Pouvez vous décrire l'organisation de vos consultations et de votre cabinet ?
- 2/ Pourquoi avoir choisi d'exercer de cette façon ?
- 3/Que pensez-vous de l'attente de vos patients en salle d'attente ?
- 4/Vous arrive-t-il de faire beaucoup attendre vos patients en salle d'attente et si oui pourquoi ?
- 5/Est-ce que vous trouvez que certains paramètres jouent sur la durée d'attente des patients en salle d'attente?
  - le fait d'avoir un secrétariat ou non?
  - le fait d'être sur rendez-vous ou en libre ?
  - le fait d'exercer en ville ou en campagne ?
  - le fait d'exercer en groupe ?
- 6/Trouvez-vous que la longue attente des patients a des conséquences sur vos consultations et si oui lesquelles ?
- 7/ Quelles autres conséquence la longue attente des patients a-t-elle selon vous ?
- 8/Qu'avez-vous tendance à faire en réponse à une longue attente de vos patients ?
- 9/Qu'est-ce qui vous semble essentiel pour limiter l'attente des patients en salle d'attente ?
- 10/ Voyez-vous d'autres choses à rajouter au sujet de l'attente des patients et de son origine ?

Annexe 2 : Affiche CNOM « Pour une relation patient-médecin en toute confiance. »

## POUR UNE RELATION PATIENT - MÉDECIN EN TOUTE CONFIANCE



Conseil National des Médecins  
Grand Palais de Paris

<p>Si votre médecin est informé d'un retard, il peut mieux gérer les consultations de l'ensemble des autres patients.</p>	<p>Pensez à prévenir votre médecin en cas de retard ou d'empêchement.</p>
<p>Examiner deux personnes prend plus de temps que de n'en examiner qu'une seule.</p>	<p>Pensez à informer votre médecin du nombre de personnes devant consulter.</p>
<p>Moins votre médecin consacre de temps à l'administratif, plus il consacre de temps à votre santé.</p>	<p>Pensez à préparer votre consultation : apportez votre dossier médical (radios, résultats de laboratoire, anciennes ordonnances, lettres...), votre carte vitale mise à jour, votre attestation de prise en charge (CMU-C, AME, ACS) ...</p>
<p>La délivrance d'un document médical nécessite un examen, donc une consultation.</p>	<p>Pensez à prendre rendez-vous. L'examen est nécessaire à la rédaction d'un certificat médical, d'une prescription, d'un arrêt de travail, d'une prise en charge de transport... Votre médecin peut ne pas être autorisé à établir le document que vous demandez.</p>
<p>Un dossier médical est un document strictement personnel.</p>	<p>Votre dossier ne peut être remis à une personne autre que vous, sauf disposition légale particulière.</p>

## Bibliographie

- 1- Bosman L. La salle d'attente : lieu de vie culturelle et d'échanges ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Tours (FRA) : Université de Tours Faculté de Médecine ; 2018
- 2- Turon Lacarieu S. Attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste : impact du retard sur la qualité des soins primaires. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse (FRA) : Université Toulouse III-Paul Sabatier Facultés de Médecine ; 2018.
- 3- Chaabane S. Le médecin généraliste en retard sur ses consultations : vécu et ressenti du médecin et impact sur sa prise en charge. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Rouen (FRA) : Université de Rouen UFR Médecine et Pharmacie ; 2018.
- 4- Métois C. Le point de vue de patients sur le retard de leur médecin généraliste : étude quantitative dans 16 cabinets de Loire Atlantique. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Nantes (FRA) : Université de Nantes faculté de Médecine ; 2013.
- 5- Christophe N. Retentissement de l'attente dans les cabinets de médecine générale au travers du ressenti des patients : enquête dans l'arrondissement de Cholet [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine DES de médecine générale]. Angers (FRA) : Faculté de médecine de l'Université d'Angers ; 2015.
- 6- El Hafdi S. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Amiens (FRA) : Université de Picardie Jules Vernes Faculté de Médecine d'Amiens ; 2016.
- 7- Coiffier A. Représentation et enjeux de la salle d'attente: points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Nancy (FRA) : Université Henri Poincaré Nancy I Faculté de médecine; 2010.
- 8- Vacas F., Observatoire de la sécurité des médecins en 2019. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019.
- 9- Heaney DJ, Howie JG, Porter AM. Factors influencing waiting times and consultation times in general practice. Br J Gen Pract. 1991 Aug ; 41(349) : 9-315.
- 10- Assurance Maladie. [Annuaire santé] ; Disponible sur <http://annuaresante.ameli.fr>

- 11-FRQSC. [Déclaration d'Helsinki de L'AMM - Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains]; Disponible sur : [http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Declaration\\_Helsinki\\_2013.pdf/bbd74fa1-a232-40d6-9468-cf405129d1d8](http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Declaration_Helsinki_2013.pdf/bbd74fa1-a232-40d6-9468-cf405129d1d8)
- 12-Légifrance. [Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine]; 2016; Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033394083?tab\\_selection=all&searchField=ALL&query=D%C3%A9cret+n%C2%B0+2016-1537+&page=1&init=true](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033394083?tab_selection=all&searchField=ALL&query=D%C3%A9cret+n%C2%B0+2016-1537+&page=1&init=true)
- 13-Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A., Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Études et Résultats (DREES). 2019/05/05, n°1114.
- 14-Breuil-Genier P., Goffette C., La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats (DREES). 2006 ; 481.
- 15-Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ (Clinical research ed.)* 2002; 325 (n°7362): 472.
- 16-Païta M., Rivière S., Tala S., Fagot-Campagna A. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005. CNAM, Points de repère. 2016, juin ; (n°46) : 1-17.
- 17-Dorthe C., Maillot R. Le tiers et sa demande de soins en consultation programmée : vécu, attitudes des médecins généralistes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse (FRA) : Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de Médecine ; 2019.
- 18-Auge S., Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Marseille (FRA) : Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales Aix-Marseille Université ; 2020.
- 19-Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Série Statistique (DREES). 2006, avril ; (n°94) : 1-53.
- 20-Allonier C., Boisgguérin B., Le Fur P. Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Etudes et Résultats (DREES, IRDES). 2012, mars ; (n°793) : 1-8.

- 21-Brunet C. Motifs de consultation, en médecine générale, des bénéficiaires de la CMU-C, Analyse à partir de l'étude ECOGEN. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Grenoble (FRA) : Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble ; 2013.
- 22-Moubarak C., Darmon D. Recours aux soins des femmes : des besoins spécifiques au-delà de la gynécologie et de l'obstétrique. *Exercer*. 2014, mars ; 25 (n°113) : 141.
- 23-Micheau J., Molière E. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossier solidarité et santé (DREES). 2010 ; (n°15) : 1-15.
- 24-Micheau J., Molière E. Activité et emplois du temps des médecins libéraux. *Études et Recherches (DREES)*. 2010 ; (n°98) : 1-92.
- 25-Allen J, Gay B, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Europe: WONCA ; 2002.
- 26-Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C., Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la Santé (IRDES)*. 2009 juillet; (n°144): 1-8.
- 27-Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Études et résultats (DREES)*. 2007, novembre (n° 610) : 1-8.
- 28-Vivot E-M. La maîtrise de stage en médecine générale : un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Mesure qualitative par " focus group " de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Nancy (FRA) : Université de Lorraine faculté de Médecine de Nancy ; 2012
- 29-Nicolas F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Rouen (FRA) : Faculté mixte de médecin et de pharmacie de Rouen ; 2014.
- 30-Potin M., Pittet V., Burnand B., Staeger P., Vallotton L., Yersin B., Urgences vitales au cabinet médical: implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours. *Journal Revue Médicale Suisse*. 2008 Septembre ; 4 (n°167) : 72-1768.

- 31-Long S. 23 secondes, le temps de parole d'un patient en France, vrai ou faux ? Le Quotidien du médecin. 2017 avril 15. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/23-secondes-le-temps-de-parole-dun-patient-en-france-vrai-ou-faux>
- 32-Haute Autorité de la Santé, Rapport d'élaboration du référentiel de certification de l'activité d'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments. 2017 mars ; N° ISBN 978-2-11-139130-7
- 33-Hunsinger V., Visiteurs médicaux: mais où sont-ils passés? Egora.fr. 2017 avril 18. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/medicaments/26114-visiteurs-medicaux-mais-ou-sont-ils-passes?nopaging=1>
- 34-Dreumont A., Effet de l'éducation thérapeutique sur les maladies chroniques en ville : revue de la littérature. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lille (FRA) : Université de Lille Faculté de Médecine Henri Warembourg ; 2019.
- 35-Bahut K., et Abadie S. Consultations avec ou sans rendez-vous : comprendre le choix des médecins généralistes. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse (FRA) : Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de Médecine ; 2019.
- 36-Cheng A., Durée de consultation en médecine générale sur rendez-vous au cabinet médical IPSO : écart entre durée prévue et durée réelle, recherche de facteurs prédictifs. [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Paris (FRA) : Université Paris Diderot-Paris 7 UFR de Médecine ; 2018.
- 37-Wilson A. Consultation length in general practice: a review, Journal of General Practice, 1991 March. 41 (n°344): 119-122.
- 38-Anderson RT., Camacho FT., Balkrishnan R., Willing to wait? : The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. BMC Health Services Research. 2007 feb 28. 7 (N°31) 1-5.
- 39-Bonnette C., Fauché J. La prise de rendez-vous sur Internet, modifie-t-elle la corrélation entre l'accès aux soins et la vulnérabilité sociale ? [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Grenoble (FRA) : Université Grenoble Alpes UFR de Médecine de Grenoble ; 2018.
- 40-Doctolib. [Outils de réduction des rendez-vous non honorés] ; Disponible sur : <https://info.doctolib.fr/outils-reduction-rdv-non-honores/>

- 41-Vinçot J. [Les rendez-vous manqués - que signifient-ils et sont-ils importants ?] Médiapart, Le BLOG de Jean Vinçot. 2020, mai; disponible sur : <https://blogs.mediapart.fr/jean-vincot/blog/110520/les-rendez-vous-manques-que-signifient-ils-et-sont-ils-importants>
- 42-De Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes : étude qualitative auprès des secrétaires. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Poitiers (FRA) : Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie ; 2018.
- 43-Raguideau C., Levesque L. Le nouveau métier d'assistant médical en cabinet de médecine générale : représentations des médecins généralistes et des patients, une étude qualitative en miroir. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Marseille (FRA) : Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales Aix-Marseille Université ; 2019.
- 44-Arnaud C., Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Grenoble (FRA) : Université Joseph Fourier- Grenoble UFR de Médecine ; 2013.
- 45-Audran F. Intérêt de l'utilisation d'auto-questionnaires en salle d'attente de médecine générale. Revue de littérature. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Angers (FRA) : Université D'Angers UFR Santé ; 2016.
- 46-Bouet P., Atlas de la démographie médicale en France, Tome 1, situation au 1<sup>er</sup> janvier. CNOM. 2020 Janvier 1.
- 47-Blanpain N., Buisson G., Projection de population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personne de 75ans ou plus qu'en 2013. INSEE Résultats. 2016 Novembre 3 ; n°187.
- 48-Worley P., Kitto P., Hypothetical model of the financial impact of student attachments on rural general practices. Rural and Remote Health. 2001 march 2; 1 (83): 1-5.
- 49-Sherwin HN., McKeown M., Evans MF., Bhattacharyya OK., L'«attente» dans la salle d'attente : De nuisance à opportunité. Canadian Family Physician. 2013 May; 59 (5): 222-224.

- 50-Gravier M. Choix des médecins généralistes en matière de secrétariat médical. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Lyon (FRA) : Université Claude Bernard Lyon 1 UFR de Médecine Lyon-Est ; 2018.
- 51-Assurance Maladie. [Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure] ; 2016. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
- 52-Légifrance. [Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016], JORF n°0192 du 20 août 2019 Texte n° 13. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038934376>
- 53-Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A., Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Etudes et Résultats (DREES). 2019 mai ; (n°1114) : 1-2.
- 54-Téxier H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluri-professionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. [Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine]. Bordeaux (FRA) : Université Bordeaux 2 UFR des Sciences Médicales ; 2013.
- 55-Veauvy C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Tours (FRA) : Université François-Rabelais Faculté de Médecine de tours ; 2014.
- 56-L'Assurance Maladie. [Le Dossier Médical Partagé, Découvrir le DMP] ; disponible sur : <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre>

Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR***Document avec signature originale devant être joint :*

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MEYER Prénom : Adeline

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

A CLERDANT-FEJANUS le 05/02/24

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.