

UNIVERSITE TOULOUSE III- PAUL SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

---

Année 2018

2018 TOU3 - 1055

## THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

---

# ATTENTE PROLONGEE DANS LA SALLE D'ATTENTE DU MEDECIN GENERALISTE :

## IMPACT DU RETARD SUR LA QUALITE DES SOINS PRIMAIRES

ÉTUDE QUANTITATIVE AUPRES DE 107 MEDECINS GENERALISTES  
DE L'EX-REGION MIDI-PYRENEES

---

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2018

Par Madame Sara TURON LACARRIEU

Dirigée par Docteur Pierre BORIES

### JURY:

M. le Professeur Mesthé, Pierre .....Président

Mme le Docteur Delahaye, Motoko.....Assesseur

Mme le Docteur Latrous, Leila.....Assesseur

M. le Docteur Bories, Pierre.....Assesseur



## REMERCIEMENTS

---

*Aux membres du jury,*

***A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, président du jury***

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.*

***A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE,***

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et pour votre soutien et vos conseils lorsque vous étiez ma tutrice à Rodez.*

*Merci pour votre engagement auprès des internes de médecine générale.*

***A Madame le Docteur Leila LATROUS,***

*Merci de vous être intéressée à ce projet et d'avoir accepté de participer à ce jury.*

*Veuillez trouver l'expression de mes sincères remerciements, et de ma gratitude.*

***A mon directeur de thèse Monsieur le Docteur Dr Pierre Bories :***

*Vous avez immédiatement accepté de m'encadrer avec enthousiasme et bienveillance.*

*Vous m'avez fait confiance, et m'avez soutenue dans ce projet de thèse atypique.*

*Recevez le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

---

***Au Dr Hélène Turon,***

***Enseignant chercheur en économie et professeur d'économie à l'Université de Bristol, département Economie, Finance et Management.***

*Merci de m'avoir apporté tes compétences en mathématiques statistiques, discipline au combien complexe et exigeante.*

## ***A ma famille et mes amis,***

### ***A mes parents :***

*Merci pour vos encouragements tout au long de mes longues études médicales et pour votre soutien inconditionnel y compris dans les moments difficiles. Avec toute ma tendresse.*

### ***A Quentin et Malo :***

*Quentin, je t'ai rencontré en première année de médecine à Paris. Maintenant nous voilà parents d'un merveilleux petit garçon toulousain de 3 ans. Quelle fierté d'être de votre famille ! La vie est belle et douce auprès de vous.*

### ***A mes sœurs :***

*Merci à Hélène, Anne et Laura, pour mon enfance auprès de vous. Vous êtes un soutien indéfectible et une source de grande fierté.*

*Une fois de plus merci à toi Chichi Hélène pour ton investissement dans mon travail. Bien que tu vives sur ton île de l'autre côté de la Manche, tu as su te rendre disponible quand j'en avais besoin. Bien que la Médecine ne soit pas ta spécialité, tu as eu la patience de m'écouter et de t'intéresser. Ton regard croisé de statisticienne et tes remarques en tant que patiente du système de soin anglais sont venus enrichir ma réflexion. Reçois toute ma gratitude et mon admiration Big Sister.*

### ***A Marine :***

*Merci pour ton aide si précieuse pendant l'élaboration de ma thèse. Et merci, pour l'exemple de bienveillance que tu donnes à suivre. Tu seras, je le sais, un médecin généraliste très humaniste.*

### ***A mes amis :***

*A Benoit, Claire, Clément, Marie, Marine et Martin et maintenant vos petits Louis et Pia. Depuis le premier stage de l'internat en Gériatrie à Montauban, on ne s'est plus quitté. Je suis fier d'avoir grandi à vos côtés pendant ces quatre années dans cette belle ville rose.*

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2017**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

**P.A Médecine générale**

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

## P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

### P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve      Médecine Générale

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale  
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOLAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Leila

<b>INTRODUCTION</b> .....	4
<b>CONTEXTE ET MOTIFS DE RECHERCHE</b> .....	6
I. Contexte : vers une définition de la qualité des soins primaires.....	6
A. Définition des soins primaires.....	6
B. Définition de la qualité des soins.....	7
C. Mesurer la qualité des soins en médecine générale.....	9
II. Etats des connaissances sur le retard.....	10
A. Facteurs prédictifs du temps d'attente.....	10
B. Le point de vue des patients.....	10
III. Questions en suspens.....	11
IV. Objectifs de recherche.....	11
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	12
I. Sélection et description des participants.....	12
A. Population source.....	12
B. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	12
C. Processus de recrutement et randomisation.....	12
II. Type d'étude.....	13
A. Justification du type d'étude par rapport à l'objectif principal.....	13
B. Conception du questionnaire.....	13
C. Méthode de recueil.....	14
III. Définition du critère de jugement principal.....	14
IV. Analyse statistique.....	15
V. L'éthique.....	15



<b>RESULTATS</b> .....	16
I. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié:.....	16
II. Résultat de l'objectif principal : .....	17
A. Analyse descriptive :.....	17
1. Impact du retard sur la relation médecin-patient .....	17
2. Impact du retard sur les dix items définissant la qualité des soins primaires.....	18
B. Analyse comparative : déterminants de l'impact du retard sur les soins.....	19
III. Résultats des objectifs secondaires .....	20
A. Impact du retard sur le vécu de l'exercice médical .....	20
B. Analyse comparative : déterminants du stress engendré par le retard .....	21
C. Impact du retard sur la qualité de la vie privée .....	22
 <b>DISCUSSION</b> .....	 23
I. Synthèse et mécanismes des principaux résultats .....	23
A. Le retard a un impact sur le déroulement des consultations suivantes pour 87% des médecins étudiés. ....	23
B. Le retard est un facteur prédictif négatif de la qualité des soins, touchant avant tout l'aspect administratif des missions du médecin généraliste. ....	24
C. La ponctualité est importante pour 93% des médecins, et le retard est stressant.....	25
D. Le retard altère la qualité de vie personnelle et familiale des médecins. ....	25
II. Les limites de l'étude.....	26
A. Représentativité de l'échantillon : .....	26
B. Biais de sélection .....	27
C. Montage de l'étude.....	27
III. Forces de l'étude .....	28
A. Bonne acceptabilité du questionnaire et du thème de l'étude.....	28
B. Impacts de l'étude et perspectives .....	29

<b>CONCLUSION</b> .....	30
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	31
<b>ANNEXES</b> .....	33
Annexe 1 : le questionnaire et sa lettre de présentation .....	33
Annexe 2 : le diagramme de flux.....	36
Annexe 3 : Propositions d'explication de l'absence d'impact du retard sur la relation médecin-patient. ....	37
Annexe 4 : Importance de la ponctualité.....	37
Annexe 5 : Analyses des « temps d'attente estimés» ou « retard moyen » avant consultation.....	38
Annexe 6 : Les durées d'attente maximales acceptables .....	39
Annexe 7 : Simulation des probabilités du retard des médecins à chaque heure de consultation passée, par Dr H. Turon.....	40
<b>RESUME</b> .....	42
<b>ABSTRACT</b> .....	43

## INTRODUCTION

Le retard (ou un temps d'attente prolongé avant une consultation) est un problème universel touchant tous les médecins et toutes les spécialités comme le retrouve notamment une étude écossaise dans laquelle 95% des médecins généralistes étaient en retard en fin de la journée (1).

Les enquêtes européennes interrogeant les patients sur leur système de santé montrent que l'un des points majeurs à améliorer est le respect de l'heure du rendez-vous par le médecin, ou autrement-dit le temps passé en salle d'attente (2).

En France, les patients estiment même que c'est le premier aspect sur lequel leurs médecins généralistes devraient progresser. Le délai pour obtenir un rendez-vous et la durée de la consultation n'arrivent qu'en deuxième et en troisième position (3).

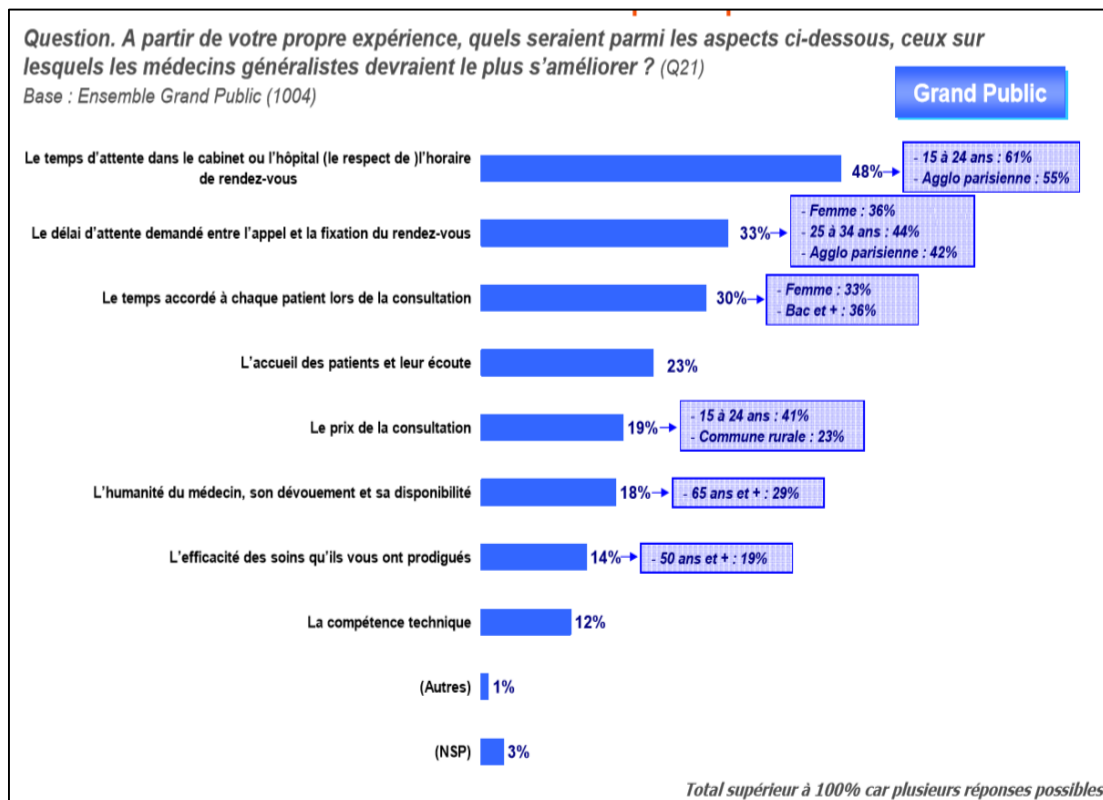


Figure 1 : Issue de l'étude BVA 2008 pour l'Académie Nationale de médecine menée sur 1004 patients « Le rôle et la place du médecin généraliste en France ».

L'attente prolongée représente un frein au soin : 20% des patients s'estiment capable de renoncer à consulter à cause de l'attente. Un quart des patients prennent en compte le temps d'attente dans le choix de leur médecin traitant (4).

Ce retard est aussi source de tensions verbales et physiques de la part des patients envers leurs médecins. D'après les résultats de 2016 de l'Observatoire de la Sécurité des médecins, il existe une augmentation des agressions. Ces violences concernent surtout les médecins généralistes ; et 10% d'entre elles sont causés par un temps d'attente jugé excessif (5).

L'étude qui suit a pour objectif d'évaluer un phénomène peu étudié, qui est pourtant concret, universel et quotidien. Le retard, source de souffrance des deux côtés de l'acte de soin, a été principalement étudié du point de vue des patients.

L'originalité de ce travail réside dans le fait d'interroger des médecins généralistes et non plus des patients. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins et d'évaluation des pratiques professionnelles.

### I. Contexte : vers une définition de la qualité des soins primaires

#### A. Définition des soins primaires

D'après la WONCA<sup>1</sup>, les soins primaires représentent le système de santé où s'établit le premier contact avec un professionnel de santé. Ils apportent une réponse à une grande majorité de besoins individuels (6). Selon l'IRDES<sup>2</sup>, les soins primaires s'appuient sur trois notions : « premier interlocuteur », « proximité géographique » et « délai de réponse court » (7).

Il existe des différences de définitions en fonction du pays et de son organisation du système de soins. Pour la France, le rôle du médecin généraliste ne se cantonne pas à celui de médecin de premiers recours et les définitions précédentes sont trop réductrices. En effet, les soins primaires français vont au-delà des notions d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins. Ils sont avant tout centrés sur le patient et comprennent un diagnostic, un traitement, et un suivi.

Les missions du médecin généraliste sont décrites dans la loi du code de santé publique de 2009 (8) :

Prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi, dispensation des médicaments, conseil pharmaceutique, orientation des patients dans le système de soin, application individualisée de recommandations, éducation à la santé, et participation à la permanence des soins.

Pour mesurer la qualité des soins offerts par les médecins généralistes, il faudra alors un critère composite qui reflète au mieux chacun de ces aspects. Toute la subtilité du métier de médecin généraliste réside dans cette particularité de prendre en charge l'individu dans sa globalité. Son critère d'évaluation se doit de la restituer.

---

<sup>1</sup> La WONCA (acronyme signifiant World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors) est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

<sup>2</sup> L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé est un organisme français chargé de produire des données statistiques et des analyses sur le système de santé en France.

## B. Définition de la qualité des soins

La qualité des soins est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme la garantie que :

*« Chaque patient doit recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Pour la médecine générale plus spécifiquement, on retrouve dans une revue systématique de la littérature anglo-saxonne (9) et dans un rapport de l'IRDES de 2008 (10) une définition pluridimensionnelle que l'on peut résumer de la façon suivante :

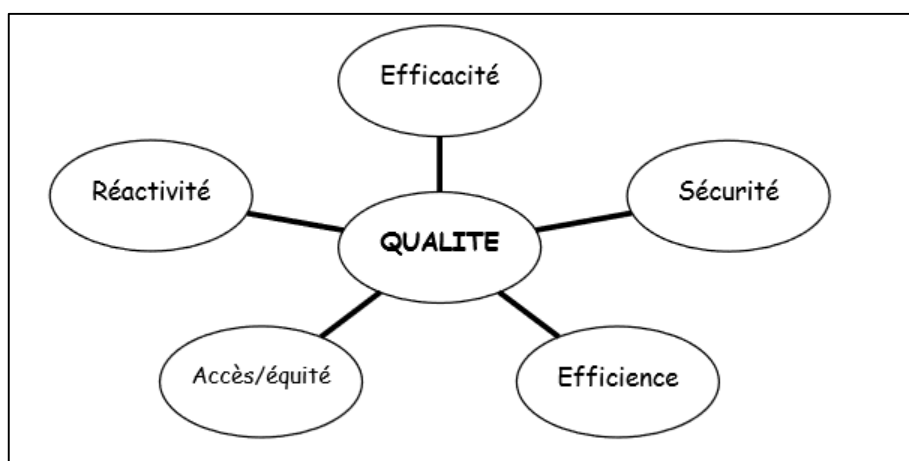


Figure 2 : Les cinq dimensions de la qualité, d'après l'IRDES « La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer? » 2008 (10).

	Les cinq dimensions	Définition et notions associées	Exemple d'indicateur
Echelle individuelle	<b>Efficacité/Pertinence</b>	Les soins fournis correspondent aux besoins cliniques et sont basés sur de solides recommandations médicales.	<i>Indicateurs de mortalité et morbidité.</i>
	<b>Sécurité</b>	Ne pas nuire aux malades. Prévention des événements indésirables, la réduction des défauts de qualité des soins.	<i>Mesurer dans les hôpitaux français par le réseau RAISIN<sup>3</sup>.</i>
	<b>Réactivité Ou « responsiveness » Ou « patient-centeredness »</b>	Ou la sensibilité du système à la demande du patient non liée à la santé : respect, dignité, confidentialité, information libre et éclairée, participation aux choix, soutien social, choix de fournisseurs de soins, écoute, empathie, continuité des soins.	<i>Peu pratiqués en France, existe au Royaume Uni à travers des questionnaires de satisfaction via le PICKER Institute Europe<sup>4</sup>.</i>
Echelle collective	<b>Accessibilité :</b>	Accès aux bons services de santé au bon moment. On y intègre l'équité : le fait de traiter de manière juste tous les patients, quel que soit leur sexe, âge, origine, ressources financières.	<i>Délai médian d'attente pour obtenir un rendez-vous.</i>
	<b>Efficience Ou « coût/résultat »</b>	Capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables. Ce critère ne fait pas l'unanimité chez les soignants	<i>ROPS : Rémunération sur objectifs de santé publique (11)</i>

Tableau 1 : Définitions et exemples des cinq dimensions de la qualité de soins, issu du rapport de l'IRDES de 2008 (10).

La qualité d'un soin est une grandeur composite complexe. La mesure de la qualité ne peut être réduite à la simple mesure de la satisfaction des patients ou des médecins. La conception du critère de jugement principal de cette étude, permettant la mesure de la qualité des soins, s'appuie sur l'ensemble de ces éléments présentés ci-dessus.

<sup>3</sup> RAISIN signifie Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales. Il a été mis en place entre 2001 et 2017. Pas d'équivalent en médecine générale.

<sup>4</sup> Le Picker Institute Europe a été fondé par Harvey Picker et sa femme en 2000. Il s'agit d'une organisation à but non lucratif entièrement dédiée à l'évaluation d'un système de soin par les patients à travers de grandes enquêtes de satisfaction. Ce retour sur expérience des patients permet une évaluation des soins prodigués et participe à l'élaboration de programme de partage des bonnes pratiques.

## C. Mesurer la qualité des soins en médecine générale

À ce jour, la France ne possède pas de cadre national englobant de manière cohérente des stratégies et objectifs pour améliorer la qualité des soins. C'est pourtant une obligation légale depuis la loi du 13 août 2004 portant la réforme de l'assurance-maladie et rendant l'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) obligatoire pour tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice.

On retrouve dans la littérature des ouvrages sur l'évaluation des soins hospitaliers écrits par des spécialistes de la santé publique (12) (13). Mais ce n'est pas toujours adaptable à la médecine générale. La Haute autorité de santé (HAS) a mis en œuvre depuis 2004 un plan pour l'EPP (14) et a publié un guide des indicateurs de qualité des soins (15). Malheureusement, ce ne sont que des indicateurs de nature hospitalière destinés à fournir une accréditation aux établissements de santé.

En médecine générale, des indicateurs spécifiques sont retrouvés par exemple dans une étude anglaise (16) qui évalue la qualité des soins à travers la prise en charge de trois maladies chroniques courantes : coronaropathie, asthme, diabète. Pour la coronaropathie, il fallait relever pendant 14 mois la tension artérielle, la fréquence des symptômes d'angine de poitrine, la prescription d'aspirine et de bêtabloquants, la pratique d'exercice physique, le taux de cholestérol, etc. Ces relevés sont exhaustifs et non réalisables en pratique courante. Ils ne reflètent pas toutes les dimensions de la qualité des soins ni toutes les missions du médecin généraliste.

Il n'existe pas de critère d'évaluation unanime  
de la qualité des soins  
en médecine générale.



## II. Etats des connaissances sur le retard

### A. Facteurs prédictifs du temps d'attente

Dans la littérature, les origines du retard sont parfois recherchées. Les auteurs essayent alors de retrouver les facteurs prédictifs positifs et négatifs du retard :

- C'est l'ordre de passage du patient qui influence le plus le temps d'attente. Les derniers patients sont vus avec davantage de retard que les premiers (1).
- Pas d'influence du sexe, de l'âge des médecins, du type d'activité (seuls ou en groupe) (4).
- Les temps d'attente supérieurs à 45 minutes sont moins fréquents en présence d'un secrétariat (4).

### B. Le point de vue des patients

Dans la littérature, on relève plusieurs éléments intéressants pour l'étude menée :

- Trente minutes d'attente est le seuil à partir duquel la satisfaction des patients chute et à partir duquel apparaît un vécu négatif de l'attente avec sentiments d'ennui, stress, colère, agacement, anxiété (4,17).
- Il existe une synergie entre un temps d'attente long et une consultation courte dans la baisse de la satisfaction des patients. Mais le temps d'attente influence moins la satisfaction des patients que le temps passé auprès du médecin (18) (19).
- les hypothèses des patients pour expliquer le retard de leurs médecins étaient: la prise en charge des urgences, la fréquence et le nombre de consultation par jour trop importants, le manque de médecins généralistes en France (4).

### III. Questions en suspens

Dans la littérature scientifique, on ne retrouve pas d'étude explorant le point de vue des médecins sur la question du respect de l'horaire de rendez-vous. Plusieurs questions en suspens :

- ➔ Sur le plan organisationnel : Comment organiser son planning de rendez-vous pour limiter son retard? La faculté ne propose pas d'enseignement sur la gestion du temps médical. Les médecins expérimentés ne communiquent pas sur leurs astuces et stratégies (consultation tous les quart d'heure, durée des créneaux de rattrapage...).
- ➔ Sur le plan didactique : Quelles sont les causes et les conséquences du retard ?
- ➔ Sur le plan personnel : Quel est le ressenti des médecins généralistes ? Le retard est-il vécu comme une fatalité ? Est-il source d'insatisfaction?

### IV. Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'impact d'une attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste sur la qualité des soins prodigués par les médecins généralistes, en interrogeant les médecins généralistes eux-mêmes.

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- l'impact du retard sur le vécu de la pratique,
- et l'impact du retard sur la qualité de vie des médecins généralistes.

### I. Sélection et description des participants

#### A. Population source

Le but était d'interroger les médecins généralistes libéraux installés ou remplaçants français dans leur activité libérale.

#### B. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- obtention facile des coordonnées électroniques, téléphoniques ou postales ;
- exercice de la médecine générale en milieu libéral au moins en partie
- être installés ou remplaçants
- dans l'ex-région Midi-Pyrénées.

Les critères d'exclusion étaient :

- l'exercice exclusif de la médecine thermique, de l'acupuncture, de la nutrition ou de l'homéopathie (filtres du site de la CPAM).
- Exercer en tant qu'interne (SASPAS ou niveau 1).

#### C. Processus de recrutement et randomisation.

L'accès officiel aux adresses emails des médecins généralistes de la région Occitanie via l'URPS des médecins libéraux<sup>5</sup> prend plusieurs mois avant d'être obtenu. C'est pourquoi une autre stratégie plus rapide a été utilisée. Mais cela s'est fait aux dépens d'une randomisation stricto sensu.

Le nombre de personnes à interroger est évalué à 200. Cela correspond au maximum atteignable dans le budget, le temps et les ressources disponibles.

203 médecins généralistes libéraux installés ou remplaçants ont été inclus dans l'étude de la façon suivante :

- **Participants non randomisés** : 94 médecins généralistes dont j'avais les mails et 14 médecins généralistes dont j'avais les numéros de téléphone portable ont été interrogés par courriers électroniques et SMS respectivement.

---

<sup>5</sup> URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

- **Participants randomisés** : 100 médecins généralistes ont été tirés au sort au sein de la liste des médecins généralistes de Midi-Pyrénées trouvé dans l'annuaire en ligne de la CPAM après activation des filtres suivants : « médecins généralistes », « région Midi-Pyrénées », « sans dépassement d'honoraires », et « acceptant la Carte Vitale ». Au sein de ces 2736 médecins déclinés dans l'ordre alphabétique et numérotés de 1 à 2736, 100 médecins ont été tiré au sort grâce à une liste de 100 numéros aléatoires.

## II. Type d'étude

### A. Justification du type d'étude par rapport à l'objectif principal

Il s'agit d'une **étude épidémiologique descriptive transversale**. Le but était d'obtenir des statistiques et des informations sur la fréquence et l'ampleur de l'impact du retard sur les soins en médecine générale. Ce sujet a été traité de façon quantitative tout en sachant que ce thème aurait pu être analysé au préalable d'une manière qualitative.

### B. Conception du questionnaire

Le recueil des données a été réalisé à travers un auto-questionnaire anonyme (annexe 1). La méthodologie pour élaborer l'ensemble des questions s'est basée sur l'étude de la littérature et sur les questions soulevées par les différents travaux sur le sujet (4) (17).

Le questionnaire était court, se remplissait en 3 minutes et était divisé en deux parties :

- La première partie comprenait 10 questions (choix unique ou multiple) : 7 d'entre elles permettaient de répondre aux **objectifs principaux et secondaires** ; et 3 d'entre elles avaient pour but de remettre en situation les médecins interrogés (temps d'attente estimé, satisfaction vis-à-vis de cette durée, durée d'attente minimal acceptable pour leurs patients).
- La deuxième partie interrogeait les médecins sur leurs **caractéristiques sociodémographiques** (6 questions : âge, sexe, exercice seul ou en groupe, type de secrétariat, milieu d'exercice, consultations sur rendez-vous ou non).

Le questionnaire a d'abord été testé auprès de trois médecins généralistes pour en vérifier l'intelligibilité. Puis il a été corrigé et envoyé à la population sélectionnée.

### C. Méthode de recueil

Le questionnaire a été adressé de trois façons différentes : mail, SMS et la Poste.

Le mail ou le SMS (envois faits le 11 février 2018) fournissait un lien pour participer qui renvoyait sur une page web de Google Form<sup>6</sup>. Ce questionnaire électronique était à remplir en ligne. Les réponses s'intégraient automatiquement dans un fichier type tableur (Microsoft EXCEL<sup>®</sup>).

Le questionnaire papier envoyé le 19 mars 2018 par la poste tenait sur une feuille recto-verso et devait être retourné dans une enveloppe préaffranchie fournie. La recueil des réponses a été clôturé un mois après, le 18 avril 2018. Ces réponses ont été reportées manuellement dans un questionnaire en ligne Google Form<sup>®</sup>.

## III. Définition du critère de jugement principal

Dans cette étude, le critère de jugement principal est la **proportion de médecins impactés négativement par le retard.**

Ce critère est ensuite divisé en **dix items** recouvrant l'ensemble des missions du médecin généraliste exposés dans les prolégomènes.

1. La qualité d'écoute
2. L'empathie
3. La prévention
4. L'examen clinique
5. L'esprit critique sur l'ordonnance à renouveler
6. La vérification des interactions médicamenteuses
7. Le temps de parole laissé aux patients
8. La durée des consultations
9. La disponibilité pour résoudre les problèmes sociaux et administratifs
10. La disponibilité pour répondre au téléphone

---

<sup>6</sup> Google Form est un outil gratuit en ligne fournit par Google. Il permet de concevoir un questionnaire, de l'envoyer via un lien et d'obtenir les réponses détaillées ou synthétisées.

Il ne s'agit pas d'une liste validée mais plutôt d'une proposition de grille d'évaluation.

#### IV. Analyse statistique

Il s'agit d'une analyse descriptive puis comparative.

Les calculs des intervalles de confiance pour les proportions ont été faits grâce au site internet [sample-size.net](http://sample-size.net) et calculés avec un risque alpha de 5% ; le calcul est fait en approchant une loi binomiale vers une loi normale.

Pour l'analyse comparative, le site BiostaTGV a permis de réaliser les tests exacts de Fisher. Ce test permet de tester l'indépendance entre deux variables qualitatives X et Y à  $n_x$  respectivement  $n_y$  modalités pour des échantillons petits.

Il est possible d'aller plus loin en réalisant une analyse multi variée, qui pourra faire l'objet d'un autre travail.

L'analyse statistique a été faite avec la contribution du Dr Hélène Turon, Professeur d'économie à l'Université de Bristol, département Economie, Finances et Management (Royaume-Uni).

#### V. L'éthique

Cette étude a respecté la Déclaration d'Helsinki.

## RESULTATS

Après sollicitation de 203 médecins, l'étude a recueilli 107 auto-questionnaires. 41 réponses électroniques et 66 réponses par voie postale. Cela représente un taux de réponse global à **52,7%** (39,8 % par voie électronique, 66% par voie postale), sans relance. Le diagramme de flux est disponible sur l'annexe 2.

### I. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon étudié:

	nombre d'hommes	nombre de femmes	Total général
Plus de 60 ans	26	4	30 (28%)
Entre 50 et 60 ans	10	11	21 (20%)
Entre 40 et 50 ans	3	11	14 (13%)
Moins de 40 ans	13	29	42 (39%)
Total général	52 (49%)	55 (51%)	107 (100%)

Tableau 1 : Sexe et âge des médecins étudiés (Questions 11 et 12)

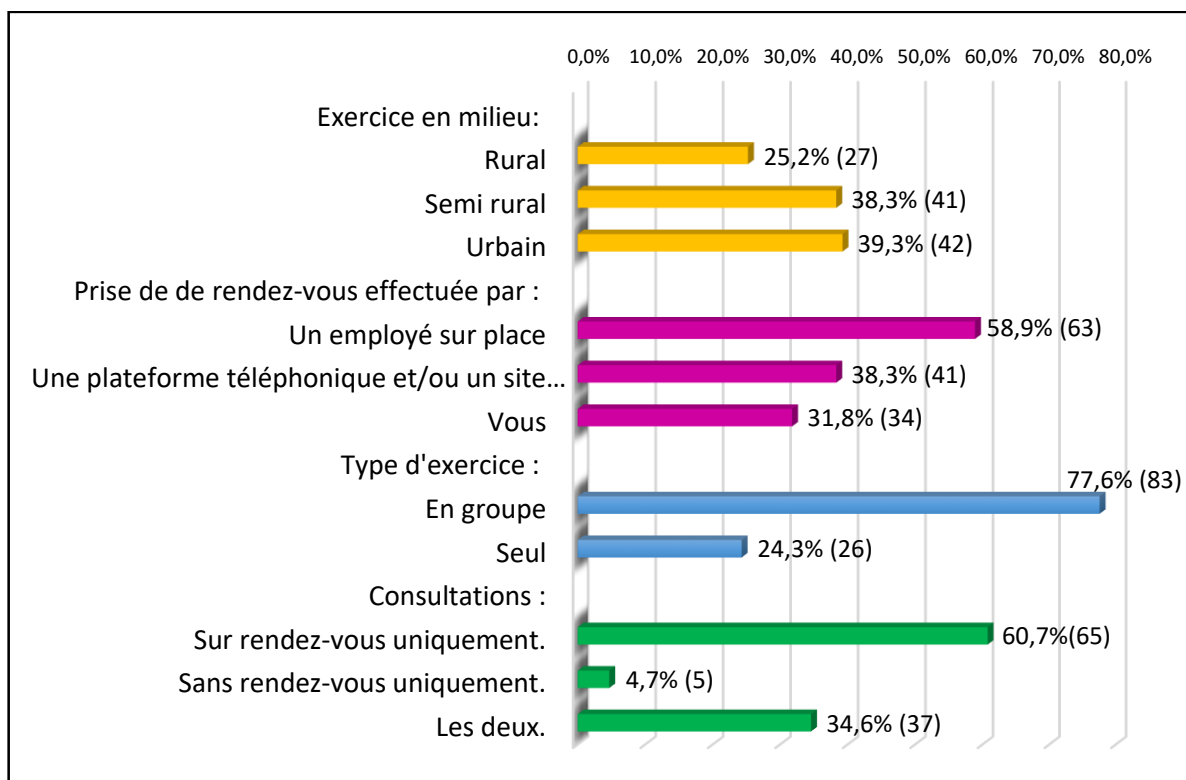


Figure 1 : Modes d'exercice des médecins étudiés (Questions 13 à 16)

## II. Résultat de l'objectif principal :

### A. Analyse descriptive :

#### 1. Impact du retard sur la relation médecin-patient

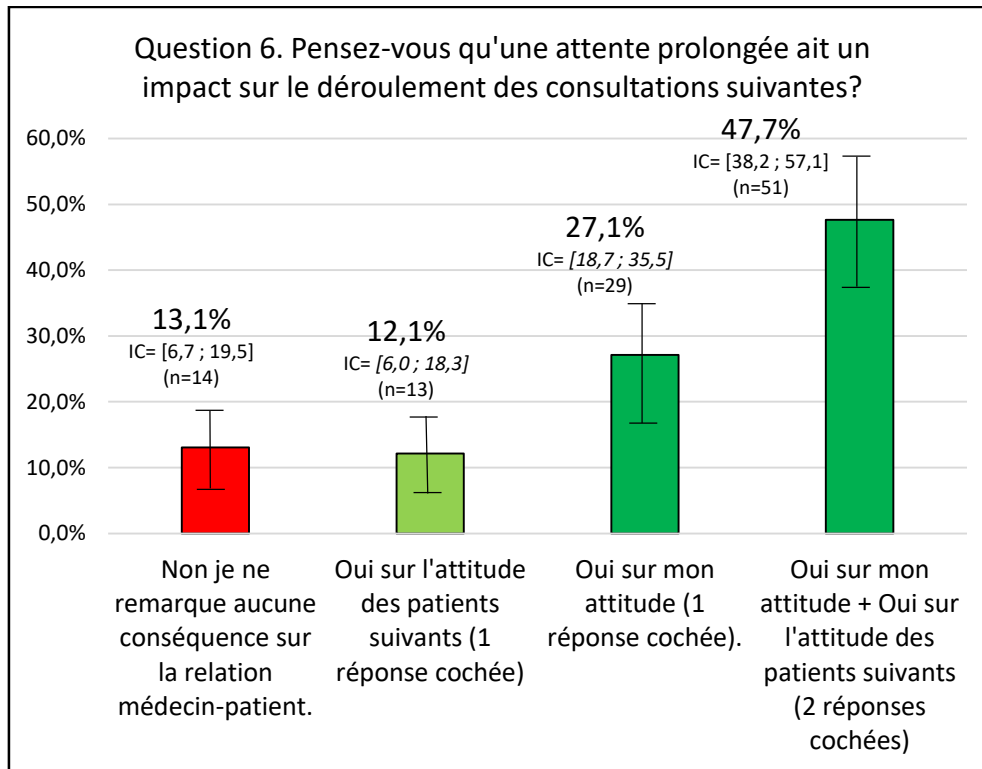


Figure 2 : Impact du retard sur la relation médecin-patient (n=107), question 6

**Pour 86,9%** (IC = [80,5 ; 93,3], n=93) des médecins étudiés, le retard a un impact sur sur leur attitude et/ou celle des patients suivants.



2. Impact du retard sur les dix items définissant la qualité des soins primaires

<b>Question 7 : « Si oui, le retard a-t-il un impact négatif sur ? »</b>			
<b>Les dix items de la qualité des soins</b>	<b>Effectifs (n=)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Intervalle de confiance</b>
<i>L'examen clinique</i>	6	6,6%	[1,5 ; 11,7]
<i>L'attention dans la vérification interactions médicamenteuses</i>	14	15,4%	[8,0 ; 22,8]
<i>L'esprit critique sur l'ordonnance à renouveler</i>	21	23,1%	[14,4 ; 31,7]
<i>L'empathie</i>	22	24,2%	[15,4 ; 33,0]
<i>La qualité d'écoute</i>	31	34,1%	[24,3 ; 43,8]
<i>La durée des consultations suivantes (écourtée)</i>	39	42,9%	[32,7 ; 53,0]
<i>La prévention</i>	40	44,0%	[33,8 ; 54,2]
<i>Le temps de parole laissé aux patients</i>	41	45,1%	[34,8 ; 55,3]
<i>La disponibilité pour répondre au téléphone</i>	54	59,3%	[49,2 ; 69,4]
<i>La disponibilité pour résoudre les problèmes sociaux et administratifs</i>	80	87,9%	[81,2 ; 94,6]
<b>Total des réponses</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>	
Exclusion d'une réponse (médecin ayant répondu « Non » à la question 6) et deux données manquantes (2 médecins ayant répondu « Oui » à la Q6 n'ont pas répondu). Le total est supérieur à 100% car il était possible de cocher plusieurs réponses.			

Tableau 2 : Impact du retard sur la qualité des soins primaires, question 7

Certaines réponses libres apportaient des idées nouvelles non incluses dans le critère combiné défini : « La qualité des explications/informations données au patient », « L'accueil de patients supplémentaires non programmés dans les rendez-vous » et « la qualité d'écoute et de concentration du patient ».

Les médecins pour lesquels le retard n'influence pas la relation médecin-patient représentent une faible proportion de l'échantillon (13%). La question explorant les raisons de cette absence d'impact n'a donc recueilli que 14 réponses. Il semble néanmoins utile d'en annoncer les résultats en annexe pour un souci de cohérence (annexe 3).

## B. Analyse comparative : déterminants de l'impact du retard sur les soins

On étudie l'influence de l'âge et de la présence d'un secrétariat physique (c'est-à-dire une personne sur place, et non pas un site internet ou une plateforme téléphonique) sur les réponses des médecins à la question 6 (« Pensez-vous qu'une attente longue ait un impact sur le déroulement des consultations suivantes ? »).

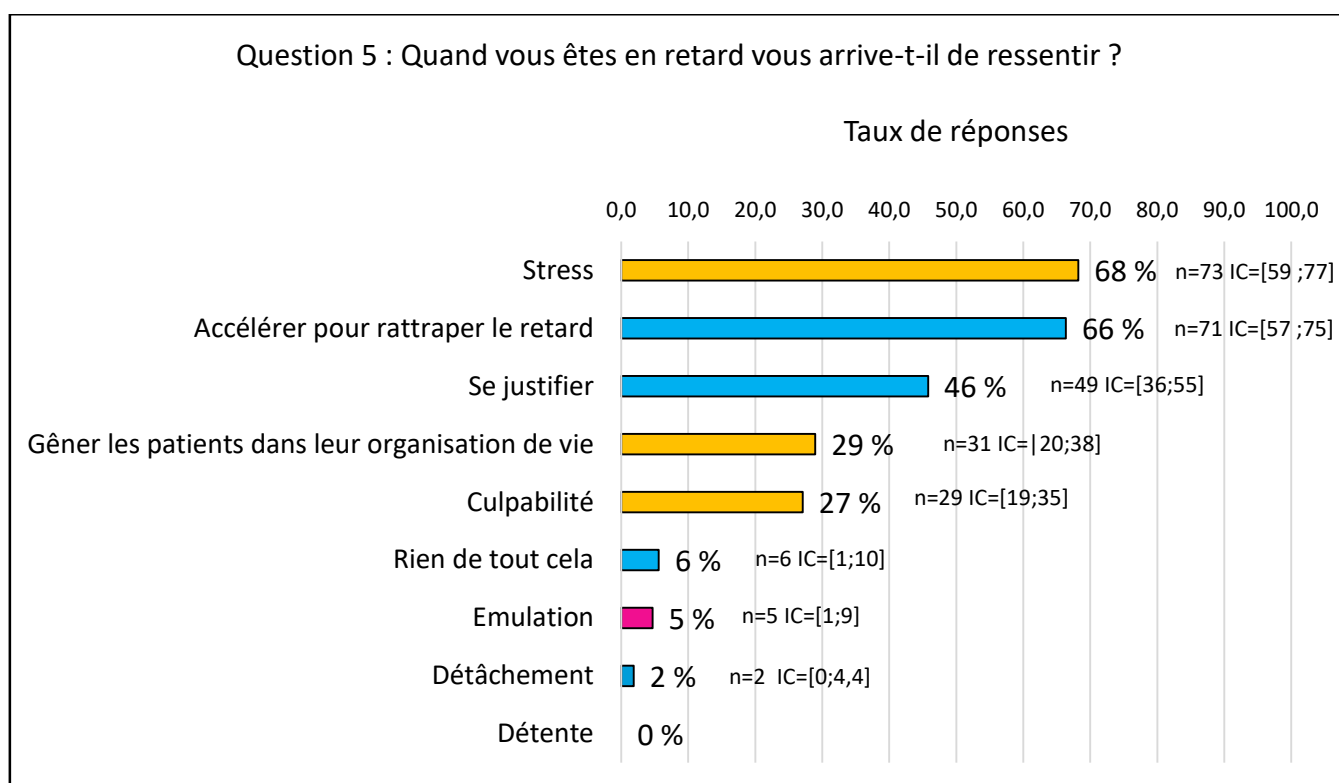
Les déterminants		Médecins modifiant leur attitude en cas de retard		Fisher
		Effectifs (n=)	Pourcentage	
Sexe	Femme	42	74%	<b>p=0,82</b> OR=1,18 IC= [0,45 ; 0,13]
	Homme	38	73%	
Age	<b>Moins de 40 ans</b>	34	81%	<b>p =0,26</b> OR=1,74 IC= [0,63 ; 5,18]
	Plus de 40 ans	46	71%	
Secrétariat sur place	Présence	44	71%	<b>p =0,37</b> OR = 0,61 IC= [0,22 ; 1,65]
	<b>Absence</b>	36	80%	
Mode d'exercice	Seul	18	75%	<b>p=1</b> OR=1,02 IC= [0,33 ; 3,55]
	Groupe	62	75%	
Milieu d'exercice	<b>Rural ou semi-rural</b>	50	77%	<b>p=0,49</b> OR= 0,70 IC= [0,26 ; 1,89]
	Urbain	28	70%	
Consultations	<b>Sur rendez-vous uniquement</b>	52	80%	<b>p=0,17</b> OR=1,99 IC= [0,75 ; 5,32]
	Sans rendez-vous ou les 2	28	67%	
Durée habituelle de l'attente	<b>Supérieur à 30 min.</b>	63	79%	<b>p=0,13</b> OR=2,16 IC = [0,74 ; 6,15]
	Inférieur à 30 min.	17	63%	

Tableau 3 : Déterminants d'une attitude médicale modifiée par le retard

### III. Résultats des objectifs secondaires

**La ponctualité est « assez » ou « très » importante pour 93% des médecins étudiés** avec n=99 et IC = [87 ; 97] (réponses à la question 1, annexe 4).

#### A. Impact du retard sur le vécu de l'exercice médical



Les émotions positives sont représentées en rose, les émotions négatives en jaune, et les autres (neutres) en bleu.

Figure 3 : Impact du retard sur le vécu des médecins (n=107), question 5

Les remarques libres ont été :

- « Je me sens gêné de faire attendre surtout les nourrissons. »
- « Détachement, moins de proximité avec le patient. »
- « La nécessité de faire comprendre aux patients suivants qu'on ne peut traiter correctement cinq motifs de consultations chronophages sans continuer à accumuler du retard. »
- « Sentiment de devoir s'excuser. »
- « Je reste très fataliste.

B. Analyse comparative : déterminants du stress engendré par le retard

Les déterminants		Médecins stressés par le retard		Fisher
		Effectifs (n=)	Pourcentage	
Sexe	<b>Femme</b>	40	<b>73%</b>	p=0,41 OR=1,53 IC= [0,62 ; 3,79]
	Homme	33	63%	
Age	<b>Moins de 40 ans</b>	31	<b>74%</b>	p =0,40 OR=1,54 IC= [0,63 ; 4,04]
	Plus de 40 ans	42	65%	
Secrétariat	<b>Sur place ou à distance</b>	62	<b>73%</b>	p =0,06 OR = 2,67 IC= [0,87 ; 8,22]
	Aucun	10	50%	
Mode d'exercice	Seul	14	58%	p=0,32 OR=0,59 IC= [0,21 ; 1,71]
	<b>Groupe</b>	57	<b>70%</b>	
Milieu d'exercice	<b>Rural ou semi-rural</b>	45	<b>69%</b>	p=0,67 OR= 0,83 IC= [0,33 ; 2,09]
	Urbain	26	65%	
Consultations	<b>Sur rendez-vous uniquement</b>	46	<b>71%</b>	p=0,53 OR=1,34 IC= [0,54 ; 3,32]
	Sans rendez-vous ou les deux	27	64%	
Durée habituelle de l'attente	Supérieur à 30 min.	18	67%	p=0,82 OR=1,10 IC = [0,38 ; 3,02]
	<b>Inférieur à 30 min.</b>	55	<b>69%</b>	

Tableau 4 : Déterminants du stress des médecins en situation de retard

### C. Impact du retard sur la qualité de la vie privée

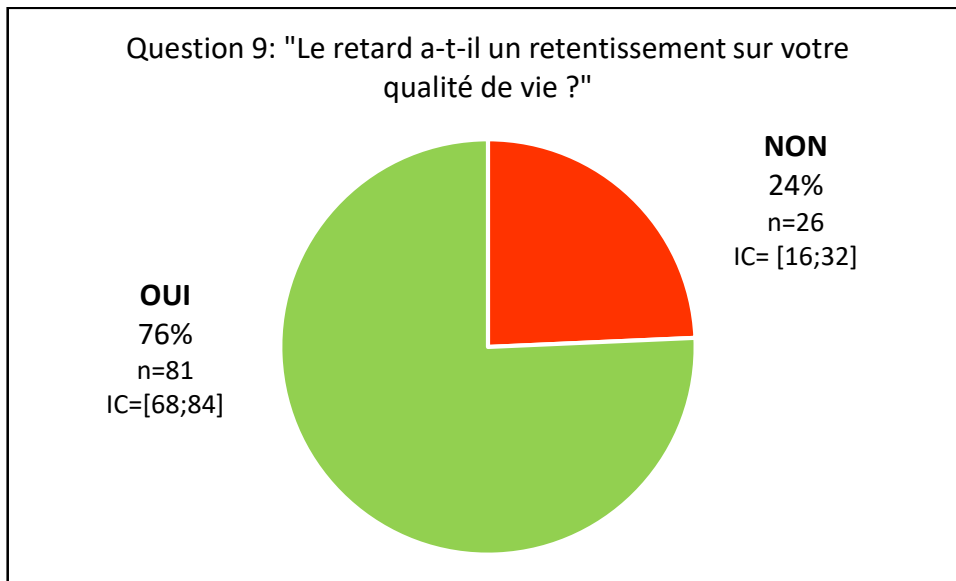


Figure 4 : Retentissement du retard sur la qualité de vie (n=107)

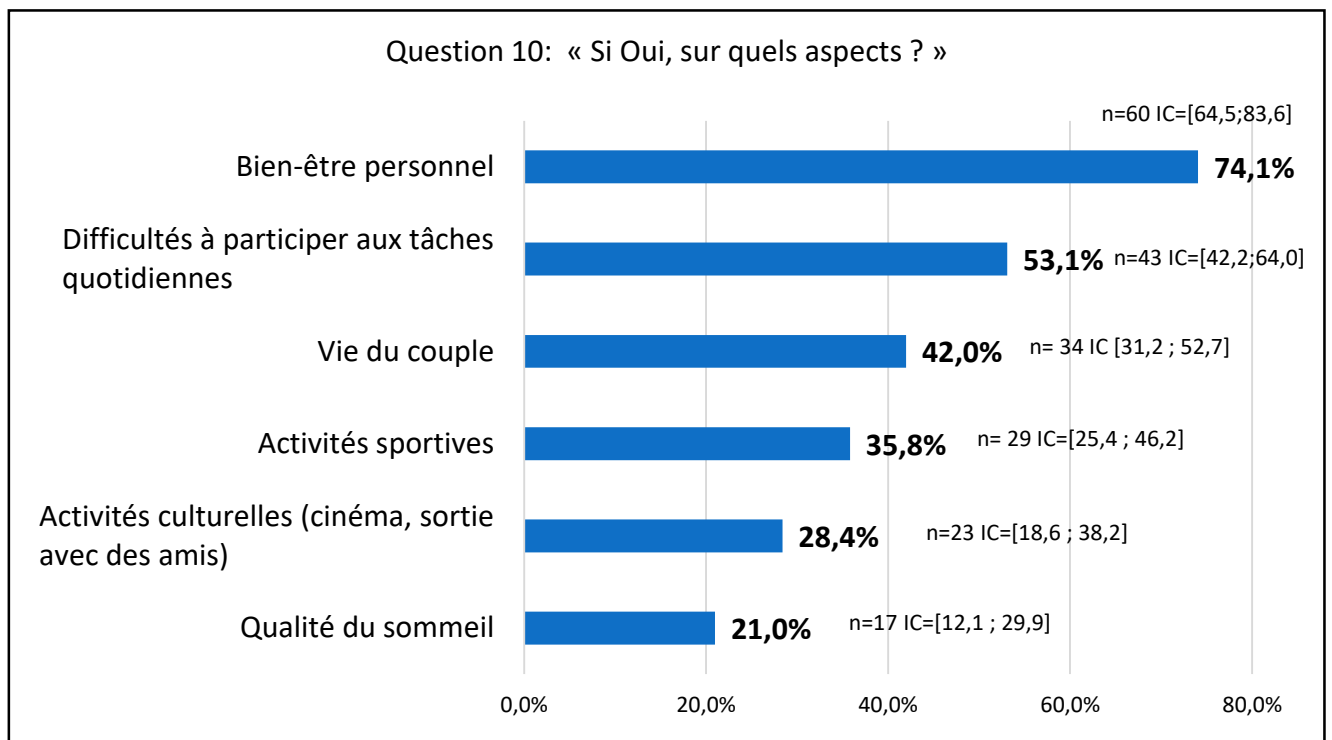


Figure 5 : Retentissement du retard sur six aspects de la qualité de vie des médecins (n=81)

## DISCUSSION

### I. Synthèse et mécanismes des principaux résultats

#### A. Le retard a un impact sur le déroulement des consultations suivantes pour 87% des médecins étudiés.

75% des médecins modifient leur attitude en cas de retard,  
60% des médecins voient l'attitude de leurs patients changer.

Dans l'analyse croisée, on a cherché à mettre en évidence des facteurs prédictifs positifs et négatifs de l'impact du retard sur **l'attitude des médecins**.

Il semble exister un effet protecteur de l'âge (et donc de l'expérience), de la présence d'un secrétariat sur place (et pas seulement un site internet ou une plateforme), d'un exercice urbain, d'une organisation incluant au moins quelques créneaux sans rendez-vous et des durées habituelles d'attente inférieures à 30 minutes. Mais aucun déterminant ne donne de résultats statistiquement significatifs.

En revanche, il ne semble pas y avoir de lien entre la modification de l'attitude du médecin en cas de retard et le sexe ou le mode d'exercice (seul versus en groupe). Les Odds Ratio ou rapports des chances sont proches de 1 pour ces deux déterminants. On peut donc suspecter fortement cette indépendance. Il faudrait conduire une étude sur un échantillon plus grand pour obtenir un résultat significatif.

Le retard altère fortement le comportement des médecins, en particulier celui des médecins :

- les plus jeunes,
- sans secrétariat sur place,
- exerçant à la campagne,
- uniquement sur rendez-vous
- et ayant des durées d'attentes longues (supérieures à 30 minutes).

B. Le retard est un facteur prédictif négatif de la qualité des soins, touchant avant tout l'aspect administratif des missions du médecin généraliste.

Divisons les dix items de la qualité des soins en trois catégories : administrative, quantitative et qualitative. Aucune de ces catégories n'a été épargnée par l'impact d'une attente prolongée.

L'aspect le plus touché est l'**aspect administratif** : Parmi les médecins qui modifient leur attitude en situation de retard,

- 88% des médecins déclarent être moins disponibles pour aider leurs patients à avancer dans leurs problèmes administratifs
- 60% d'entre eux laissent de côté la possibilité d'être joints par téléphone.

Cela paraît logique : il est de bonne pratique de hiérarchiser les motifs en cas de retard. Les problèmes sociaux et administratifs ne sont que rarement des urgences.

Il est tout aussi logique de retrouver une altération de l'aspect quantitatif de la consultation en cas de retard. Il s'agit pour le médecin de rééquilibrer le temps qui lui reste. D'où ce résultat :

**Aspect quantitatif** : Parmi les médecins qui modifient leur attitude en cas de retard,

- 45% des médecins réduisent le temps de parole laissé aux patients quand ils sont en retard,
- 43% cherchent à écourter les consultations suivantes.

L'aspect qualitatif est tout aussi touché. L'attitude réflexe qui consiste à essayer de rattraper son retard est probablement à l'origine de la nette détérioration des deux qualités humaines primordiales du médecin généraliste : écoute et empathie.

**Aspect qualitatif** : Parmi les médecins qui modifient leur attitude en cas de retard,

(Qualités humaines)

- 34% des médecins estiment être moins à l'écoute
- 24% sont moins empathiques avec les patients suivants.

(Compétences techniques)

- 44% laissent de côté prévention en cas de retard,
- 23% ont moins l'esprit critique sur l'ordonnance à renouveler,
- 15% sont moins vigilants dans la vérification des interactions médicamenteuses.

L'examen clinique est le critère le moins touché (7%). Un médecin en retard va quand-même prendre le temps de faire un examen clinique même sommaire.

### C. La ponctualité est importante pour 93% des médecins, et le retard est stressant.

Aucun médecin n'a répondu que la ponctualité n'avait aucune importance. C'est un résultat marquant, bien éloigné des idées reçues.

Le vécu du retard est négatif. On retrouve une prédominance du stress chez les 107 médecins étudiés :

- 68% des médecins ressentent du stress quand ils sont en retard,
- 27% de la culpabilité
- et 29% ont l'impression de gêner les patients dans leur organisation de vie.

Dans l'analyse comparative, il semble que le retard engendre plus souvent un stress chez les femmes médecins ( $p=0,41$ ), les médecins de moins de 40 ans ( $p=0,40$ ), exerçant en groupe ( $p=0,32$ ), et ayant au moins un type de secrétariat ( $p=0,06$ ).

Le seuil de significativité n'est pas atteint mais l'étude semble suggérer fortement ce dernier lien paradoxal :

Les médecins qui ont un secrétariat, qu'il soit sur place ou via un site internet ou une plateforme à distance, sont plus stressés (73%) que les médecins qui font tout eux-mêmes (50%),  $p=0,06$ .

Enfin l'étude semble suggérer l'indépendance entre le stress engendré par le retard et les types de consultation, les durées d'attentes habituelles. En effet, les OR sont relativement proches de 1.

### D. Le retard altère la qualité de vie personnelle et familiale des médecins.

76 % des médecins étudiés retrouvent un retentissement du retard sur leur qualité de vie.

74% le vivent à travers une « altération de leur bien-être personnel ». Il s'agit aussi d'une difficulté à participer aux tâches de la vie quotidiennes comme faire les courses, aller chercher les enfants à l'école, être présent pour le dîner pour 53% des médecins.

C'est donc une altération de tout le quotidien du médecin qui a été mise en évidence.



## II. Les limites de l'étude

### A. Représentativité de l'échantillon :

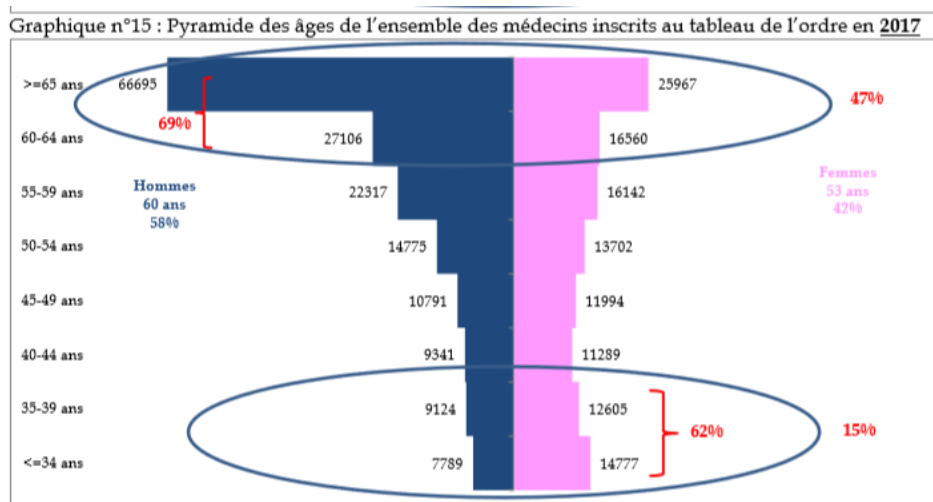


Figure 6: Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrit à l'ordre en 2017 d'après le CNOM (20)

Tranches d'âge		nombre		Proportion: effectif/population totale		Total H+F	Proportion totale
		d'hommes	de femmes	Homme	Femme		
> 60 ans	Etude	26	4	24%	4%	30	28%
	Population générale	93801	42527	32%	15%	136328	47%
50-60 ans	Etude	10	11	9%	10%	21	20%
	Population générale	37092	29844	13%	10%	66936	23%
40-50 ans	Etude	3	11	3%	10%	14	13%
	Population générale	20132	23283	7%	8%	43415	15%
< 40 ans	Etude	13	29	12%	27%	42	39%
	Population générale	16913	27382	6%	9%	44295	15%
Total	Etude	52	55	49%	51%	107	100%
	Population générale	167938	123036	58%	42%	290974	100%

Tableau 5 : Pyramide des âges comparés entre population générale et médecins de l'étude

Il existe une légère inversion des proportions hommes/femmes et une surreprésentation des jeunes, notamment des jeunes femmes comme le montre la comparaison des deux pyramides des âges (figures 13 et 14). En effet, les médecins de moins de 40 ans

représentaient en 2017 15% de la totalité des médecins d'après les données du conseil de l'ordre des médecins (20) tandis que dans l'étude leur proportion est doublée (39%).

## B. Biais de sélection

La première des limites est celle de l'absence de véritable randomisation par manque d'accès aux données des médecins : mails et caractéristiques sociodémographiques non disponibles. Pour obtenir une représentativité de l'échantillon des médecins généralistes, il aurait fallu effectuer la méthode des quotas appliqués aux variables sexe, âge, région, mode d'exercice. Mais ce biais de sélection pourra être facilement corrigé dans une étude de plus grande envergure si les grandes instances de médecine générale nous y aident en fournissant les données manquantes.

## C. Montage de l'étude

Les temps d'attente sont seulement estimés par le médecin et non mesurés. Bien que cela n'ait pas été étudié, les temps d'attente perçus sont vraisemblablement proches des temps d'attente réel.

Certains médecins interrogés m'ont notifié par voie postale que la question des « temps d'attente avant consultation » les mettait mal à l'aise. En effet, d'après eux il aurait fallu différencier le retard avant les consultations sur rendez-vous des temps d'attente dans les créneaux sans rendez-vous. Ces questions avaient été ainsi rédigées pour pouvoir tenir l'engagement fait d'un questionnaire non fastidieux à remplir.

Ces deux biais de confusion ne semblent pas réellement affaiblir l'étude. Quantifier les temps d'attente ne faisait pas partie des objectifs énoncés. Ces questions servaient uniquement à remettre la problématique dans son contexte pour que les médecins interrogés puissent répondre au questionnaire sans effort d'imagination.

Pour finir, cette étude épidémiologique descriptive aurait pu bénéficier d'une première phase qualitative. Cela aurait permis l'émergence d'idées nouvelles non retrouvées par la bibliographie ou non envisagée par l'auteur. Ce travail pourra être effectué par un futur chercheur.

### III. Forces de l'étude

#### A. Bonne acceptabilité du questionnaire et du thème de l'étude

Cette étude a bénéficié d'un excellent taux de réponses à 52% sans relance. L'étude a bénéficié d'une bonne réception du thème par mes confrères et consœurs qui ont été nombreux à demander les résultats de l'étude et à me joindre une note enthousiaste et encourageante. Cela s'explique par plusieurs éléments :

- L'originalité de l'envoi par voie postale. Cela a été le meilleur outil de communication avec un taux de réponse de 66%. En effet, nous sommes très sollicités par mail pour répondre à des questionnaires de thèse. Le format court et concis du questionnaire papier sur une feuille était attractif.
- Le sujet abordé est original. Il n'a pas été beaucoup étudié en témoigne la bibliographie.
- Le sujet est concret et fréquent et pourtant mal défini. L'art de la gestion du planning médical n'est pas enseigné, mais plutôt appris par la pratique et perfectionné par l'expérience. Il n'y a pas de recommandation en la matière. Les médecins sont donc curieux de connaître le vécu des autres praticiens vis-à-vis de l'organisation que chacun d'entre eux a choisi.
- Le sujet est universel et les conclusions pourront probablement être généralisées à d'autres spécialités.

## B. Impacts de l'étude et perspectives

On peut tirer 4 conclusions fortes de l'étude :

Conclusion 1 : Le retard modifie la relation médecin-patient vers des soins de moins bonne qualité.

- Impact : les résultats sont sans appel. La ponctualité doit faire partie des priorités.
- Perspectives : Il faut développer la recherche en ce sens pour aider les médecins et les pouvoirs publics dans les réformes de notre système de soin.

Conclusion 2 : Les médecins tiennent à cœur la ponctualité.

- Impact : Disons-le aux patients qui n'en sont pas persuadés.
- Perspective : Augmenter le dialogue permettrait de désamorcer leur agressivité.

Conclusions 3 et 4 : Le retard est un facteur prédictif positif de la souffrance du médecin au travail et de l'altération de la qualité de vie privée.

- Impact : On peut imputer au retard un rôle dans les syndromes d'épuisement professionnels et dans les syndromes dépressifs des médecins. Il contribue à une dévalorisation du médecin généraliste perçu comme submergé par les patients.
- Perspective : Remettre en avant les 10 missions du médecin généraliste permettrait de mettre le retard en perspective avec le service médical rendu. Donc, éduquons nos patients à tolérer l'attente. Le métier de médecin ne peut pas être chronométré. Valoriser le métier de médecin généraliste est la clé de voûte d'un apaisement de l'attente. Cela permettrait d'améliorer le vécu de l'attente des deux côtés de la relation médecin-patient

Puis l'étude permet de formuler l'hypothèse suivante pour la construction d'une future étude analytique :

Hypothèse : Le retard est un facteur prédictif négatif de la qualité des soins.

Quand un médecin est en retard, il est moins à l'écoute et moins empathique.

Sa prescription se ferait avec un risque d'iatrogénie accru.

- Perspective : Travailler sur les indicateurs de la qualité des soins pour pouvoir mesurer différemment ce phénomène.

## CONCLUSION

L'étude réalisée a montré un triple impact du retard sur le quotidien du médecin généraliste.

L'attitude du médecin qui fait attendre ses patients se modifie au prix d'une altération de la qualité des soins prodigués. L'exercice médical est alors vécu comme stressant, le retard est culpabilisant et oblige le médecin à accélérer, à se justifier. Tout cela retentit de façon négative sur sa vie personnelle et familiale.

Pourtant ce retard apparaît comme inéluctable et les quelques études menées sur le sujet le confirme. Pour quelles raisons? Après avoir ici exploré les conséquences du retard, il serait intéressant d'en étudier les causes. Les objectifs des futures études pourraient être : description des mécanismes à l'origine du retard, solutions imaginées par les médecins pour enrayer le problème, et enfin évaluation de l'efficacité des mesures imaginées sur la réduction des temps d'attente. Ce sont-là des questions fondamentales à explorer si l'on veut pouvoir exercer le métier de médecin généraliste d'une façon durable et apaisée.

Enfin, ce travail fait prendre conscience de l'étendue des missions du médecin généraliste, rendant l'évaluation de la qualité des soins qu'il dispense ardue. La première recherche pourrait être celle d'une grille d'évaluation adaptée à cette mesure.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Heaney DJ, Howie JG, Porter AM. Factors influencing waiting times and consultation times in general practice. *British Journal of General Practice*. août 1991;41(349): 315–319.
2. R Grol, M Wensing, J Mainz, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*. nov 2000;882-7.
3. Hermange M, Ambroise T, Couturier D, Loisançe D. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. France: Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine; 2008 avr. Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/le-role-et-la-place-du-medecin-generaliste-en-france/>
4. 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]. Faculté de médecine de l'Université d'Angers; 2015.
5. Résultats de l'observatoire de la sécurité des médecins 2016 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2017 [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2097>
6. Allen J, Gay B, Crebolder H. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Europe: WONCA; 2002.
7. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. IRDES; 2007 nov. Report No.: Rapport n° 537 (biblio n° 1675).
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
9. Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *BMJ Quality & Safety*. 1 sept 2001;10(3):152-8.
10. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer? Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2008 déc. Report No.: DT 19.
11. Assurance Maladie - Site de la convention médicale 2016 [Internet]. [cité 8 nov 2017]. Disponible sur: <http://convention2016.ameli.fr/>
12. Giraud A. Evaluation médicale des soins hospitaliers. *ECONOMICA*; 1992.
13. Giraud A, Boissel J-P, Fervers B. La nouvelle évaluation médicale. *ECONOMICA*. 2000.

14. Haute Autorité de Santé - L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification (ex-accréditation) des établissements de santé - juin 2005 [Internet]. [cité 24 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_436571/fr/l-evaluation-des-pratiques-professionnelles-dans-le-cadre-de-la-certification-ex-accréditation-des-etablissements-de-sante-juin-2005](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436571/fr/l-evaluation-des-pratiques-professionnelles-dans-le-cadre-de-la-certification-ex-accréditation-des-etablissements-de-sante-juin-2005)
15. Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins. HAS; 2012 sept.
16. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 6 oct 2001;323(7316):784.
17. 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 DES de médecine générale]. Université de Nantes, faculté de médecine; 2013.
18. Camacho F, Anderson R, Safrit A, Snow Jones A, Hoffman P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. *NC Med J*. déc 2006;
19. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*. 28 févr 2007;7:31.
20. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 [cité 17 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>

## ANNEXES

### Annexe 1 : le questionnaire et sa lettre de présentation

THESE DE MEDECINE GENERALE

## ATTENTE EN SALLE D'ATTENTE : IMPACT SUR LA QUALITE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE

Chère consœur, Cher confrère,

Je réalise dans le cadre de ma thèse de médecine générale une étude prospective descriptive quantitative multicentrique. J'écris à 100 médecins généralistes de Midi-Pyrénées tirés au sort. La question est de savoir s'il existe un impact sur la qualité de nos soins lorsque nous recevons nos patients avec du retard.

C'est pourquoi je vous propose de répondre à mon questionnaire. Celui-ci comporte 15 questions simples et se complète en 3 minutes. Il est anonyme. Vous disposez d'une enveloppe déjà affranchie pour me faire parvenir votre réponse.

Pour ce travail, j'ai la chance d'être dirigée par le Dr Pierre Bories. Le Président de mon jury sera le Pr Pierre Mesthé.

Je vous remercie de l'intérêt et du temps que vous m'accorderez.

Confraternellement.

Toulouse, le 7 mars 2018.

Sara TURON LACARRIEU

DES médecine générale

Faculté de Médecine de Toulouse



## PARTIE A METTRE DANS L'ENVELOPPE

### PARTIE 1 : LE QUESTIONNAIRE

Ronds : une seule réponse.

Carrés : plusieurs réponses possibles

1. Dans votre exercice médical, la ponctualité est-elle importante ?

- Non, pas du tout.
- Peu importante.
- Assez importante.
- Oui, très importante.

2. En général, combien de temps vos patients attendent en salle d'attente ?

- Moins de 5 minutes.
- Entre 5 et 15 minutes.
- Entre 15 et 30 minutes.
- Entre 30 et 45 minutes.
- Entre 45 minutes et une heure.
- Plus d'une heure.

3. Comment trouvez-vous cette durée d'attente ?

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

4. Estimez la durée d'attente maximale acceptable pour vos patients ?

- 5 minutes.
- 10 minutes.
- 15 minutes.
- 20 minutes.
- 30 minutes.
- 40 minutes.
- 50 minutes.
- Autre :

5. Quand vous êtes en retard vous arrive-t-il de ressentir :

- Du stress.
- De la culpabilité.
- De la détente.
- De l'émulation.
- Sentiment que de devoir accélérer pour rattraper le retard.
- Sentiment de devoir se justifier.
- L'impression de gêner les patients dans leur organisation de vie.
- Rien de tout cela.
- Autre :

6. Pensez-vous qu'une attente longue ait un impact sur le déroulement des consultations suivantes ?

- Oui sur mon attitude.
- Oui sur l'attitude des patients suivants.
- Non je ne remarque aucune conséquence sur la relation médecin-patient.

7. SI OUI, le retard a-t-il un impact négatif sur :

- Votre qualité d'écoute.
- Votre empathie.
- Le temps de parole laissé à vos patients.
- La durée des consultations suivantes (écourcée).
- Votre disponibilité à résoudre les problèmes sociaux et administratifs.
- Votre attention dans la vérification des interactions médicamenteuses.
- La prévention.
- Votre examen clinique.
- Votre esprit critique sur l'ordonnance à renouveler.
- Votre disponibilité pour répondre au téléphone.
- Autre :



SUITE AU VERSO

## PARTIE 2 : VOS CARACTERISTIQUES

8. **SI NON**, le retard n'a aucun effet sur vous car vous considérez que :
- Dans le soin il est impossible de raisonner de façon minutée.
  - C'est aux patients d'attendre, pas au médecin.
  - D'avoir deux minutes entre deux patients n'est pas utile. C'est trop court pour commencer une tâche ou pour faire une pause (café...).
  - Vous pratiquez le surbooking pour pallier aux annulations inopinées de vos patients.
  - Vous partez du principe que la durée d'une consultation est imprévisible.
  - Autre :

Ronds : une seule réponse.

Carrés : plusieurs réponses possibles

11. **Vous êtes ?**
- Une femme.
  - Un homme.
12. **Quel âge avez-vous ?**
- Moins de 30 ans.
  - Entre 30 et 40 ans.
  - Entre 50 et 60 ans.
  - Plus de 60 ans.
13. **Votre milieu d'exercice :**
- Urbain.
  - Semi rural.
  - Rural.
14. **Le secrétariat et la prise de rendez-vous sont effectués par :**
- Vous.
  - Un employé sur place.
  - Une plateforme téléphonique et/ou un site internet.
15. **Vous exercez ?**
- Seul.
  - En groupe.
16. **Vous consultez ?**
- Sur rendez-vous uniquement.
  - Sans rendez-vous uniquement.
  - Les deux.

9. **Le retard a-t-il un retentissement sur votre qualité de vie ?**

- Oui
- Non

10. **SI OUI** sur quels aspects :

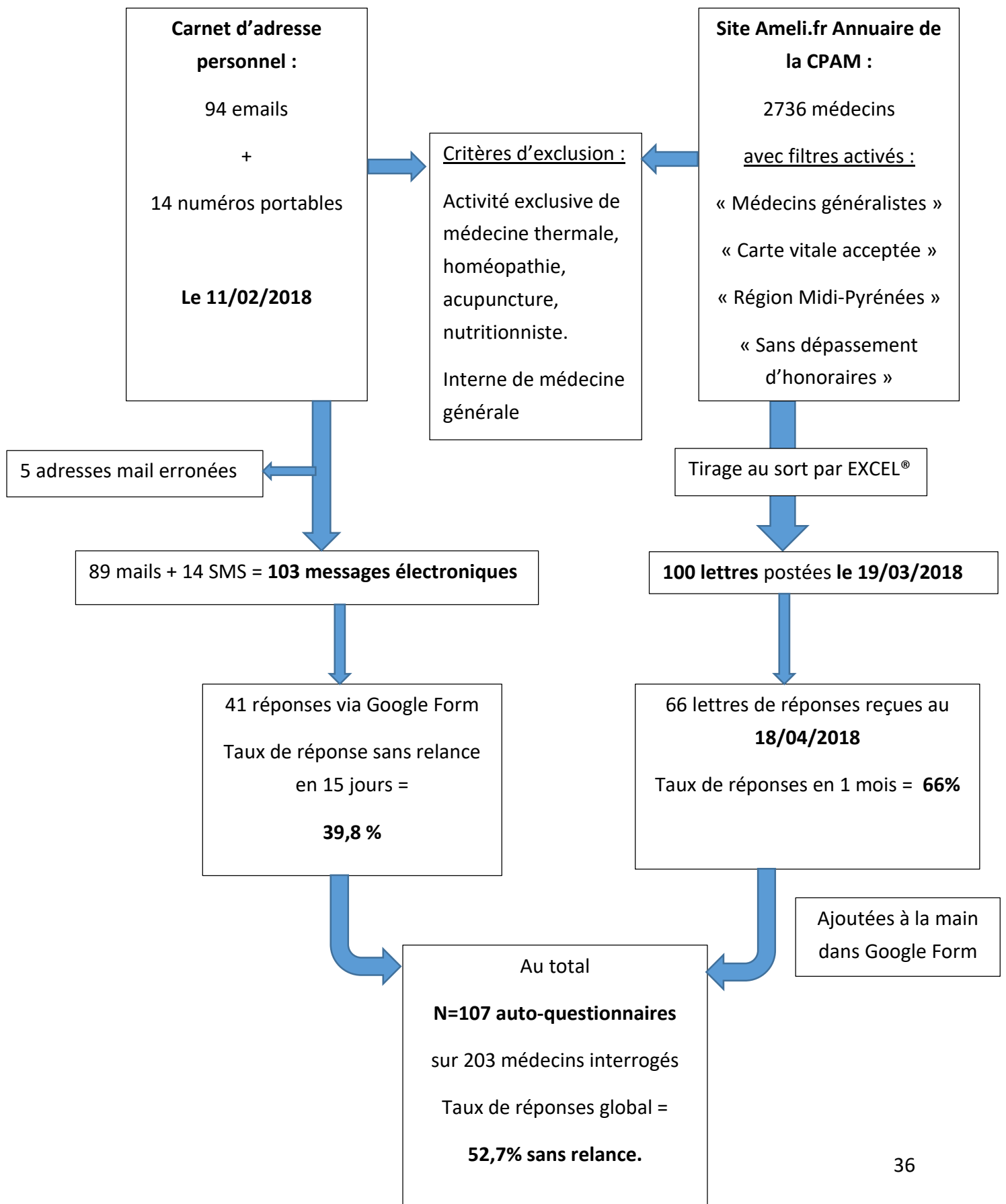
- Activités culturelles (cinéma, sortie avec des amis)
- Activités sportives
- Vie du couple
- Bien être personnel
- Difficultés à participer aux tâches quotidiennes : participer au dîner, faire les courses, aller chercher les enfants à une heure précise...
- Qualité du sommeil
- Autre :

Pliez et glissez votre questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie s'il vous plaît.



Merci pour votre temps, je sais qu'il est précieux.

Annexe 2 : le diagramme de flux



Annexe 3 : Propositions d'explication de l'absence d'impact du retard sur la relation médecin-patient.

<b><u>Question 8 : « Si Non, le retard n'a aucun effet sur vous car vous considérez que : »</u></b>			
<b>Items proposés (choix multiples)</b>	<b>Effectif (n=)</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Intervalle de confiance</b>
Durée imprévisible d'une consultation.	10	71%	[48 ; 95]
Dans le soin, impossible de raisonner de façon minutée	9	64%	[39 ; 89]
C'est aux patients d'attendre, pas au médecin.	4	29%	[5 ; 52]
Avoir deux minutes entre deux patients n'est pas utile.	2	14%	[0 ; 33]
Pratique du surbooking pour pallier aux annulations inopinées.	0	0%	[0 ; 23]
<b>Total réponses</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>	

Les médecins avaient la possibilité d'ajouter des explications. Mais aucun commentaire libre n'a apporté de nouvelle idée.

Annexe 4 : Importance de la ponctualité

<b><u>Question 1 : « Dans votre exercice médical, la ponctualité est-elle importante ? ».</u></b>		
<b>Une réponse possible :</b>	<b>Effectif (n=)</b>	<b>Pourcentage</b>
Non, pas du tout.	0	0
Peu importante.	8	7,5%
Assez importante.	61	57,0%
Oui, très importante.	38	35,5%
<b>Total réponses</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

Annexe 5 : Analyses des « temps d'attente estimés » ou « retard moyen » avant consultation

<b>Question 2 : « En général, combien de temps vos patients attendent en salle d'attente ? »</b>		
<b>Tranches de temps proposées</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 15 minutes	41	38%
Entre 15 et 30 minutes	39	36%
Entre 30 et 45 minutes.	20	19%
Entre 45 minutes et une heure.	5	5%
Plus d'une heure.	2	2%
<b>Total général</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

Tableau 6 : Temps d'attente avant consultation estimé par les 107 médecins interrogés

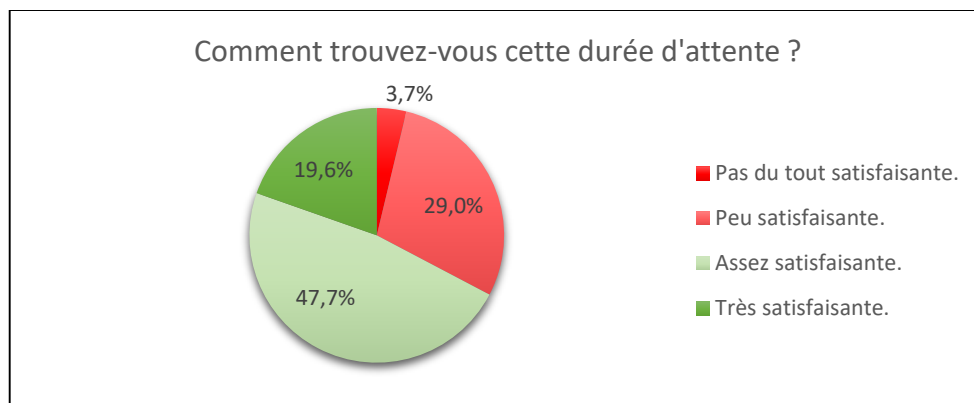


Figure 8 : Satisfaction des médecins vis-à-vis du retard moyen avec lequel ils reçoivent leurs patients, question 3

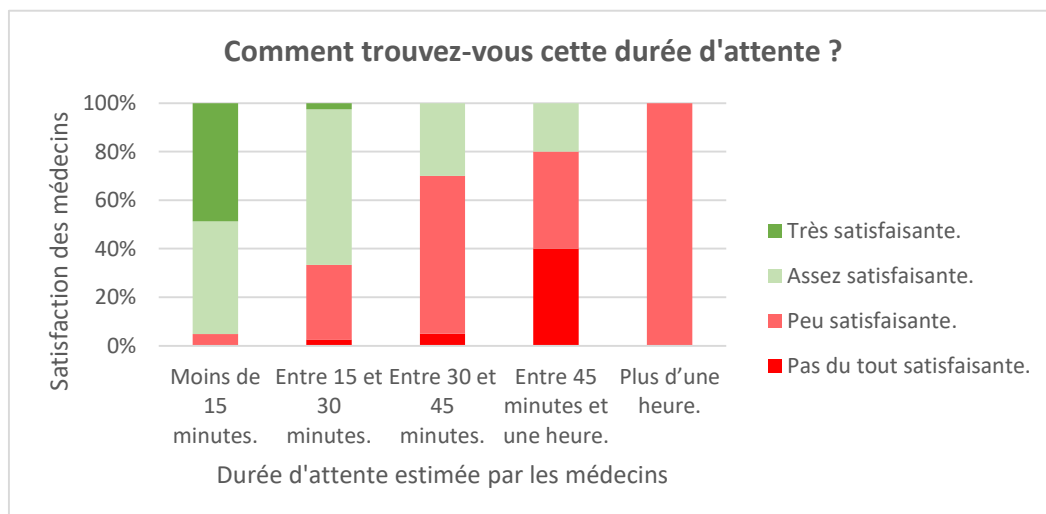


Figure 9 : Satisfaction des médecins en fonction de leur durée d'attente habituelle

## Annexe 6 : Les durées d'attente maximales acceptables

<b>Question 4 : « Estimez la durée d'attente maximale acceptable pour vos patients. »</b>			
<b>Temps proposés</b>	<b>Nombre de réponses</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
5 minutes	0	0%	0,0%
10 minutes	5	4,7%	4,7%
15 minutes	14	13,1%	17,8%
20 minutes	16	15,0%	32,7%
30 minutes	41	38,3%	71,0%
40 minutes	12	11,2%	82,2%
50 minutes	10	9,3%	91,6%
1H ou plus	5	4,7%	96,3%
Illimitée	4	3,7%	100,0%
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Tableau 7: Répartition des durées d'attente maximales acceptables

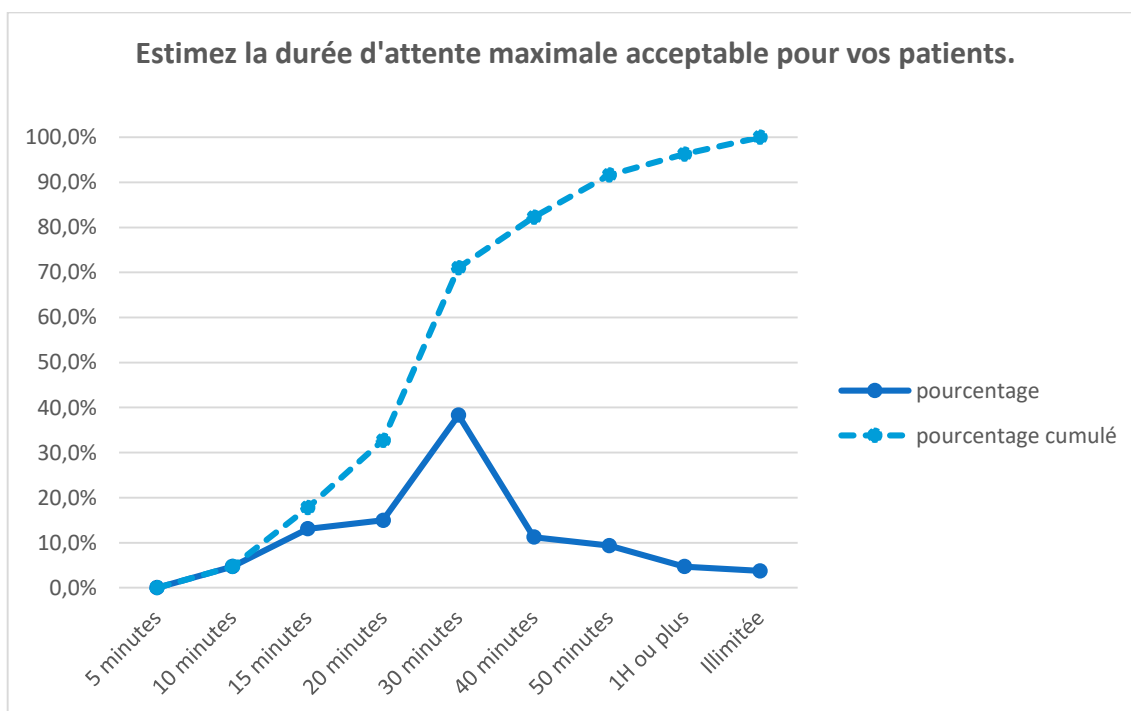


Figure 7 : Répartition des durées d'attente maximale acceptable

## Annexe 7 : Simulation des probabilités du retard des médecins à chaque heure de consultation passée, par Dr H. Turon

On formule l'hypothèse que le retard que l'on va calculer dans cette matrice est lié à quatre sources courantes de retard en médecine générale. Chaque heure le retard peut être dû à :

1. *Plusieurs appels téléphoniques dont la durée cumulée est estimée de façon empirique à 10 minutes,*
2. *un patient qui est déprimé pour lequel il faut accorder 20 minutes d'écoute supplémentaires,*
3. *une urgence grave et/ou complexe (exemple suture, suspicion d'infarctus ou d'AVC avec nécessité d'appeler le SAMU) : durée de retard estimée à 60 minutes,*
4. *les patients en retard de 10 minutes.*

Ces durées sont arbitraires mais cohérentes avec la pratique. Faisons l'hypothèse que chacun de ces retards ne peut se produire qu'une seule fois par heure.

Le tableau suivant expose avec quelle probabilité chaque source de retard se produit à chaque heure de consultation :

*Tableau 8 : Probabilités du retard supplémentaire chaque heure pour les quatre sources de retard sélectionnées*

<i>Source du retard</i>	<i>Probabilité que cela se produise chaque heure</i>	<i>Durée du retard supplémentaire</i>
<i>patient en retard</i>	33%	10 minutes
<i>appel téléphonique</i>	33%	10 minutes
<i>patient déprimé</i>	12%	20 minutes
<i>urgence</i>	5%	60 minutes

On peut ensuite calculer la fréquence de chaque quantité de retard à chaque heure de consultation :

*Tableau 9 : Distribution du retard supplémentaire chaque heure*

<i>retard (minutes)</i>	0	10	20	30	40	50	>= 1h	total
<i>fréquence</i>	20%	52%	14%	8%	1%	0	5%	100%

On suppose qu'il est prévu un créneau de rattrapage chaque heure de 10 minutes. Donc avec ce temps de rattrapage, on obtient la distribution suivante pour chaque quantité de retard :

*Tableau 10 : distribution du retard additionnel avec créneaux de rattrapage compris :*

<i>retard (minutes)</i>	0	10	20	30	40	50	>= 1h	total
<i>fréquence</i>	72%	14%	8%	1%	0%	5%	0	100%

Puis on calcule la probabilité du retard qui s'accumule à chaque heure de consultation passée en fonction du retard obtenu à l'heure précédente :

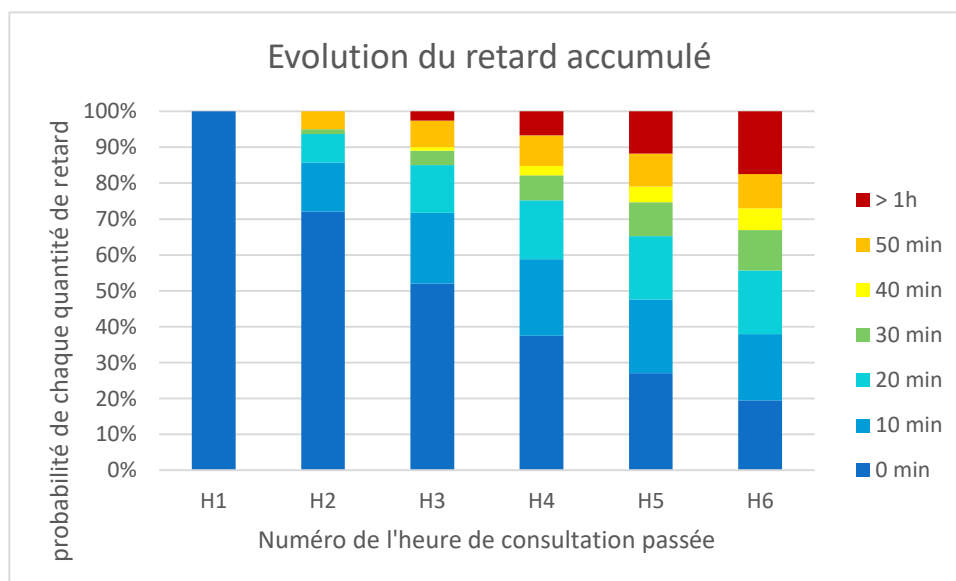
Tableau 11 : Matrice de transition du retard accumulé, d'une heure à la suivante

	Après	0	10	20	30	40	50	> 1h	
Avant									
0		0,72	0,14	0,08	0,01	0,00	0,05	0,00	1,00
10		0,00	0,72	0,14	0,08	0,01	0,00	0,05	1,00
20		0,00	0,00	0,72	0,14	0,08	0,01	0,05	1,00
30		0,00	0,00	0,00	0,72	0,14	0,08	0,06	1,00
40		0,00	0,00	0,00	0,00	0,72	0,14	0,14	1,00
50		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,72	0,28	1,00
> 1h		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00

Tableau 12 : Distribution du retard au début de chaque heure passée

Retard	Heure numéro :			
	1	2	3	4
0	1,00	0,72	0,52	0,37
10	0,00	0,14	0,20	0,21
20	0,00	0,08	0,13	0,16
30	0,00	0,01	0,04	0,07
40	0,00	0,00	0,01	0,03
50	0,00	0,05	0,07	0,09
> 1h	0,00	0,00	0,03	0,07
	1,00	1,00	1,00	1,00

Figure 8 : Evolution du retard accumulé de la première à la sixième heure de consultation





## RESUME

**Titre :** Attente prolongée dans la salle d'attente du médecin généraliste : Impact du retard sur la qualité des soins primaires. Étude quantitative auprès de 107 médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées.

**Contexte :** Un retard avant un rendez-vous programmé ou des temps d'attente longs avant la consultation chez le médecin généraliste sont à l'origine d'un stress bien connu pour les patients et d'une baisse de leur satisfaction. Cependant, les médecins généralistes n'ont jamais été interrogés sur les conséquences de ce retard sur leur pratique. Objectif : il s'agit principalement de quantifier l'impact du retard sur la qualité des soins des médecins généralistes. Il s'agit secondairement d'en quantifier l'impact sur le vécu de leur pratique et sur leur qualité de vie privée. **Méthode :** étude épidémiologique descriptive transversale basée sur un auto-questionnaire distribué par mail, SMS et voie postale entre février et mars 2018 à 203 médecins généralistes libéraux de l'ex-région Midi-Pyrénées. Analyse des données de façon descriptive puis comparative. **Résultats :** 107 questionnaires ont été exploités, le taux de réponse était de 53 %. L'impact du retard sur le déroulement des consultations suivantes a été reconnu par 87% des médecins (Intervalle de confiance à 95% = [80 ; 93]). Les principaux critères de qualité des soins touchés par le retard étaient la résolution des problèmes sociaux et administratifs (88%), la disponibilité pour répondre au téléphone (59%), le temps de parole accordé aux patients (45%), la prévention (44%), et la durée des consultations suivantes écourtées (43%). Les analyses secondaires suggéraient un vécu négatif des situations de retard avec un stress généré pour 68% des médecins. La ponctualité était considérée comme importante pour 93% des médecins. D'après 76% des médecins de l'étude, leur qualité de vie était altérée par le retard. **Conclusion :** le retard apparaît comme un facteur prédictif négatif de la qualité de soins. Travailler sur la ponctualité contribuerait donc non seulement à une amélioration de la prise en charge de des patients mais aussi une amélioration du bien-être des médecins dans leur vie professionnelle et privée. La faculté de médecine de Toulouse pourrait être pionnière en la matière en créant une formation sur la gestion de l'agenda médical et la gestion du stress engendré par le retard.

**Mots clés :** amélioration de la qualité des soins, soins primaires, médecine générale, retard des médecins, attente en salle d'attente, organisation du système de soin, évaluation des pratiques professionnelles.

## ABSTRACT

**Title:** The negative influence of patient waiting time on the quality of care in general practice: Observational epidemiological study on 107 general practitioners of the Midi-Pyrénées region.

**Background:** The French literature on patient satisfaction with primary care reveals that the first source of dissatisfaction with health care is having to spend a long time in the physician waiting room. This study examines the influence of patient waiting time on physician's satisfaction with the care provided. **Methods:** This observational epidemiological study has been conducted on a sample of 203 physicians to examine the self-reported impact of a long patient waiting time on the provided care, on the care experience, and on their overall quality of life. The data was collected between February and March 2018 by sending a self-administered survey by email, texting or letters. The data processing was limited to basic sorting and cross sorting. **Results:** 107 surveys were analysed. Long patient waiting time in the office was found to affect the quality of care for 86.9% of the physicians (CI= [80.5; 93.3]). First of all, it was the willingness to help patients with administrative and social issues and the capacity to answer questions by phone which received the highest response rates (respectively 88% and 59%). Secondly, the self-reported care experience and quality of life satisfaction rates showed a similar pattern: long waits also damage seriously those two aspects of physician's life (stress reported in 68% of cases and impact on life's quality for 76% of physicians). **Conclusion:** Our findings confirm that long wait time lead to damage the quality of care, the physician's state of mind and quality of life. Possible strategies should be discussed to reduce average waiting times, for teach to physicians to manage delay's stress and to educate patients to wait with more kindness. Thereby the cost of inevitable delays in doctor's practices could be decreased.

**Key words:** waiting time, primary care, general practitioner, quality of care.

Toulouse, 05/07/2018

**Title:** The negative influence of patient waiting time on the quality of care in general practice: Observational epidemiological study on 107 general practitioners of the Midi-Pyrénées region.

**Background:** The French literature on patient satisfaction with primary care reveals that the first source of dissatisfaction with health care is having to spend a long time in the physician waiting room. This study examines the influence of patient waiting time on physician's satisfaction with the care provided. **Methods:** This observational epidemiological study has been conducted on a sample of 203 physicians to examine the self-reported impact of a long patient waiting time on the provided care, on the care experience, and on their overall quality of life. The data was collected between February and March 2018 by sending a self-administered survey by email, texting or letters. The data processing was limited to basic sorting and cross sorting. **Results:** 107 surveys were analysed. Long patient waiting time in the office was found to affect the quality of care for 86.9% of the physicians (CI= [80.5; 93.3]). First of all, it was the willingness to help patients with administrative and social issues and the capacity to answer questions by phone which received the highest response rates (respectively 88% and 59%). Secondly, the self-reported care experience and quality of life satisfaction rates showed a similar pattern: long waits also damage seriously those two aspects of physician's life (stress reported in 68% of cases and impact on life's quality for 76% of physicians). **Conclusion:** Our findings confirm that long wait time lead to damage the quality of care, the physician's state of mind and quality of life. Possible strategies should be discussed to reduce average waiting times, for teach to physicians to manage delay's stress and to educate patients to wait with more kindness. Thereby the cost of inevitable delays in doctor's practices could be decreased.

**Key words:** waiting time, primary care, general practitioner, quality of care.