

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N°.....

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Nicolas CHRISTOPHE

Né le 23 Décembre 1985 à CHOLET

Présentée et soutenue publiquement le 2 avril 2015

**RETENTISSEMENT DE L'ATTENTE DANS LES CABINETS
DE MEDECINE GENERALE AU TRAVERS DU RESSENTI
DES PATIENTS: ENQUETE DANS L'ARRONDISSEMENT DE
CHOLET**

Président :

Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ

Directeur :

Monsieur le Docteur Charles ROUESSE

Membres:

Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART

Monsieur le Docteur Olivier CAPITAIN

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen Pr. RICHARD

Vice doyen recherche Pr. PROCACCIO

Vice doyen pédagogie Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRÀ, Pr. LE JEUNE, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PENNEAU-FONTBONNE, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. VERRET, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre Physiologie

ASFAR Pierre Réanimation médicale

AUBÉ Christophe Radiologie et imagerie médicale

AUDRAN Maurice Rhumatologie

AZZOUZI Abdel-Rahmène Urologie

BARON Céline Médecine générale

BARTHELAIX Annick Biologie cellulaire

BATAILLE François-Régis Hématologie ; Transfusion

BAUFRETON Christophe Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BEAUCHET Olivier Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

BEYDON Laurent Anesthésiologie-réanimation

BIZOT Pascal Chirurgie orthopédique et traumatologique

BONNEAU Dominique Génétique

BOUCHARA Jean-Philippe Parasitologie et mycologie

CALÈS Paul Gastroentérologie ; hépatologie

CAMPONE Mario Cancérologie ; radiothérapie

CAROLI-BOSC François-Xavier Gastroentérologie ; hépatologie

CHABASSE Dominique Parasitologie et mycologie

CHAPPARD Daniel Cytologie et histologie

COUTANT Régis Pédiatrie

COUTURIER Olivier Biophysique et Médecine nucléaire

DARSONVAL Vincent Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

de BRUX Jean-Louis Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

DESCAMPS Philippe Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

DIQUET Bertrand Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

DUVERGER Philippe Pédopsychiatrie

ENON Bernard Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

FANELLO Serge Épidémiologie, économie de la santé et prévention

FOURNIER Henri-Dominique Anatomie

FURBER Alain Cardiologie

GAGNADOUX Frédéric Pneumologie
GARNIER François Médecine générale
GARRÉ Jean-Bernard Psychiatrie d'adultes
GINIÈS Jean-Louis Pédiatrie
GOHIER Bénédicte Psychiatrie
GRANRY Jean-Claude Anesthésiologie-réanimation
GUARDIOLA Philippe Hématologie ; transfusion
HAMY Antoine Chirurgie générale
HUEZ Jean-François Médecine générale
HUNAULT-BERGER Mathilde Hématologie ; transfusion
IFRAH Norbert Hématologie ; transfusion
JEANNIN Pascale Immunologie
JOLY-GUILLOU Marie-Laure Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACCOURREYE Laurent Oto-rhino-laryngologie
LASOCKI Sigismond Anesthésiologie-réanimation
LAUMONIER Frédéric Chirurgie infantile
LE JEUNE Jean-Jacques Biophysique et médecine nucléaire
LEFTHÉRIOTIS Georges Physiologie
LEGRAND Erick Rhumatologie
LEROLLE Nicolas Réanimation médicale
LERMITE Emilie Chirurgie générale
LUNEL-FABIANI Françoise Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MALTHIÉRY Yves Biochimie et biologie moléculaire
MARTIN Ludovic Dermato-vénérérologie
MENEI Philippe Neurochirurgie
MERCAT Alain Réanimation médicale
MERCIER Philippe Anatomie
NGUYEN Sylvie Pédiatrie
PICHARD Eric Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PICQUET Jean Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PODEVIN Guillaume Chirurgie infantile
PROCACCIO Vincent Génétique
PRUNIER Fabrice Cardiologie
REYNIER Pascal Biochimie et biologie moléculaire
RICHARD Isabelle Médecine physique et de réadaptation
RODIEN Patrice Endocrinologie et maladies métaboliques
ROHMER Vincent Endocrinologie et maladies métaboliques
ROQUELAURE Yves Médecine et santé au travail
ROUGÉ-MAILLART Clotilde Médecine légale et droit de la santé
ROUSSEAU Audrey Anatomie et cytologie pathologiques
ROUSSELET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
ROY Pierre-Marie Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
SAINT-ANDRÉ Jean-Paul Anatomie et cytologie pathologiques
SENTILHES Loïc Gynécologie-obstétrique
SUBRA Jean-François Néphrologie
URBAN Thierry Pneumologie
VERNY Christophe Neurologie
WILLOTEAUX Serge Radiologie et imagerie médicale
ZANDECKI Marc Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Claude Biophysique et médecine nucléaire
ANNWEILER Cédric Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
AUGUSTO Jean-François Néphrologie
BEAUVILLAIN Céline Immunologie
BELIZNA Cristina Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile Hématologie ; transfusion
BOURSIER Jérôme Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUTON Céline Médecine générale
CAILLIEZ Éric Médecine générale
CAPITAIN Olivier Cancérologie ; radiothérapie
CASSEREAU Julien Neurologie
CHEVAILLER Alain Immunologie
CHEVALIER Sylvie Biologie cellulaire
CONNAN Laurent Médecine générale
CRONIER Patrick Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine Physiologie
de CASABIANCA Catherine Médecine générale
DUCANCELLE Alexandra Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DUCLUZEAU Pierre-Henri Nutrition
FORTRAT Jacques-Olivier Physiologie
GOHIER Bénédicte Psychiatrie d'adultes
GUARDIOLA Philippe Hématologie ; Transfusion
HINDRE François Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian Biophysique et médecine nucléaire
JOUSSET-THULLIER Nathalie Médecine légale et droit de la santé
KEMPF Marie Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
LACOEUILLE Franck Biophysique et médecine nucléaire
LERMITTE Emilie Chirurgie Générale
LETOURNEL Franck Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINOT Dominique Biochimie et biologie moléculaire
MARCHAND-LIBOUBAN Hélène Biologie cellulaire
MAY-PANLOUP Pascale Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole Physiologie
MOUILLIE Jean-Marc Philosophie
PAPON Xavier Anatomie
PASCO-PAPON Anne Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence Sociologie
PIHET Marc Parasitologie et mycologie
PRUNIER Delphine Biochimie et biologie moléculaire
PUISSANT Hugues Génétique
ROUSSEAU Audrey Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique Biochimie et biologie moléculaire
SIMARD Gilles Biochimie et biologie moléculaire
TANGUY-SCHMIDT Aline Hématologie ; transfusion
TURCANT Alain Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur HUEZ Jean François

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur ROUESSE Charles

Membres du jury :

Madame le Professeur ROUGE-MAILLART Clotilde

Monsieur le Docteur CAPITAIN Olivier

Monsieur le Docteur ROUESSE Charles

REMERCIEMENTS

-Au président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma plus vive reconnaissance.

-A mes juges :

Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail tant je sais à quel point votre temps est précieux. Recevez le témoignage de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Olivier CAPITAIN

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Recevez le témoignage de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Charles ROUESSE

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Pour vos précieux conseils, votre temps passé à m'aiguiller et me rassurer lors de cet exercice périlleux. Veuillez trouver dans ce témoignage, ma plus sincère gratitude.

-A mes maîtres de stages :

-Au Dr ROUESSE, Dr GUILLOU et Dr PICHON de m'avoir appris la médecine générale mais surtout de m'y avoir converti.

-Au Dr GABARD, Dr NEVEUR et Dr GUERIN pour leur soutien et leurs bons conseils.

-Au Dr CLOSS-PROPHETE du Centre hospitalier du Mans pour m'avoir motivé dans ce labeur et appris la médecine. Merci pour votre gentillesse et votre dévouement auprès de vos patients et de votre service.

-Aux médecins généralistes et patients ayant participé à cette étude :

Merci de votre accueil bienveillant, vos témoignages et votre foi en la médecine générale.

-A ma famille et mes amis :

-A mon père et à ma mère, ma sœur, ma famille, sans qui je ne serais sûrement pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir poussé tout au long de mes études. Vous m'avez appris l'intelligence de l'amour et le sens de l'écoute. Recevez toute ma tendresse.

-A Aline, pour m'avoir supporté déjà tout ce temps. Vivre à tes côtés est le plus beau de mes projets. Je t'aime

-A ma fille Romane, en gage d'amour de ton papa

-A tous mes amis, présents ou absents pour votre soutien et votre amitié, pourvu qu'ils défient le temps.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

METHODE

- I- Type d'étude
- II- Justification d'échantillon
- III- Méthode de réalisation des questionnaires
- IV- Population et critère d'inclusion
- V- Critère de jugement principal
- VI- Déroulement de l'enquête
- VII- Analyse des résultats

RESULTATS

- I- Généralité
- II- Questionnaires « patient »
 - a) Caractéristiques de l'attente
 - b) Comportement dans l'attente
 - c) Comportement du patient vis-à-vis du médecin après attente
 - d) Qualité de la consultation après attente
 - e) Qualité du médecin
 - f) Conséquences sur la relation de soin
 - g) Réponses libres
- III- Questionnaires « médecin »
 - a) Caractéristiques des médecins
 - b) Le secrétariat
 - c) Activité du médecin
 - d) Temps d'installation
 - e) Evaluation par le médecin et prise en compte de l'attente
 - f) Réponses libres

DISCUSSION

- I- Synthèses des principaux résultats
- II- Critiques des résultats
- III- Critiques du montage de l'étude

CONCLUSION

ANNEXE

RESUME

INTRODUCTION

L'attente est aujourd'hui omniprésente dans une société où le temps semble s'écouler de plus en plus rapidement. La santé elle non plus n'attend pas comme en témoignent les nombreuses campagnes de prévention dont les affiches jonchent les salles d'attente. Alors même que les personnes sont de plus en plus frustrées par l'attente, il est un endroit où celui-ci semble avoir une dimension différente : le cabinet du médecin généraliste. Plusieurs études ce sont intéressées à l'aménagement idéal de la salle d'attente^{1,13,14}, au rôle de l'affichage dans celles-ci et leur impact sur les motifs de consultation² ou bien encore au rôle même de celle-ci au travers de questionnaires distribués aux médecins et aux patients. Ces études ont permis de comprendre que l'acceptation de l'attente des patients était déterminée en partie par l'attractivité de la salle d'attente mais surtout de comprendre que la relation entre le médecin et le patient débutait dès leur entrée dans le cabinet. Néanmoins malgré les efforts des médecins concernant l'aménagement du cabinet, reste qu'une attente longue paraît avoir une influence négative sur la relation médecin-patient.

Une étude de 2011 réalisée aux Etats-Unis³, montre que les patients sont en général très satisfaits de leurs médecins, sauf quand ils passent trop de temps en salle d'attente et quand leur consultation dure moins de 5 minutes ce qui vient infirmer l'hypothèse que les patients sont critiques du monde médicale. Les catégories de patients qui sont les plus satisfaits de leur médecin sont les personnes âgées, ceux qui ont passé le moins de temps en salle d'attente et ceux dont les consultations ont duré le plus longtemps. Les plus bas scores sont donnés par les patients les plus jeunes, ceux qui ont attendu longtemps avant d'être pris en charge et ceux qui ont passé moins de cinq minutes avec le praticien. En France⁴, la satisfaction était de 89% en 2008 et les mécontents l'étaient pour une séance trop courte ou un manque d'explications données par le médecin mais n'évoquaient pas le temps d'attente comme critère d'insatisfaction.

Mais alors qu'en est-il en France sur ce temps d'attente si décrié ? A-t-il une influence sur les différentes étapes de la consultation médicale ? A notre connaissance, aucune étude ne permet d'y répondre et l'objectif principal de cette étude était d'y apporter des précisions. Secondairement se posait une autre question afin de comprendre cette attente, est-elle en lien ou non avec certaines caractéristiques des médecins?

METHODE

L'objectif principal était d'évaluer le retentissement de l'attente sur le comportement des patients et par conséquent sur la relation médecin-patient, de la prise de rendez-vous à la consultation médicale. Pour cela, l'étude s'intéressait essentiellement :

- A l'évaluation par le patient de l'attente habituelle et de ses conséquences éventuelles
- Au comportement des patients face à l'attente dans le cabinet
- A l'évaluation par le patient de son comportement envers son médecin après attente
- A l'influence ressentie des patients après attente sur la consultation
- Aux éventuelles répercussions de l'attente dans la relation de soins

I- Type d'étude :

Enquête prospective auprès de 400 patients recrutés auprès de 40 médecins de l'arrondissement de Cholet en Maine et Loire.

II- Justification de l'échantillon :

L'arrondissement du Choletais apparaît comme représentatif de la population du Maine et Loire qui se divise en 4 arrondissements. La population s'élève à près de 200000 habitants pour celui-ci⁵.

Le recrutement a été effectué dans 40 cabinets de médecine générale tirés au sort de façon aléatoire et les patients remplissaient les questionnaires sur la base du volontariat.

Le nombre de questionnaires par médecin a été choisi en tenant compte du nombre d'actes moyen réalisé par jour par les généralistes évalué à 19⁶ selon la littérature. Le nombre de 10 questionnaires a ainsi été retenu soit une demi-journée afin de permettre un recrutement rapide, éviter les perdus de vue et faciliter le travail du médecin et des secrétaires pour la stimulation des patients et ainsi limiter au maximum l'effet du volontariat.

Un nombre de 400 questionnaires a ainsi été retenu sans calcul de taille idéal d'échantillon mais de manière à réaliser l'étude dans des conditions acceptable pour un travail en solo et afin de limiter les perdus de vue.

La période de recrutement s'étale de Février 2014 à Mars 2014 soit une période restreinte de 2 mois permettant d'éviter le risque de fluctuation de fréquentation au cours de l'année.

III- Méthode de réalisation des questionnaires :

Le questionnaire « patient » a été conçu selon le schéma suivant :

- Caractéristiques des patients
- Evaluation des caractéristiques de l'attente par les patients
- Exploration de l'impact de l'attente sur le patient avant la prise de rendez-vous
- Exploration des modifications du comportement par les patients en situation d'attente
- Exploration des comportements envers le médecin après attente
- Exploration des conséquences de l'attente sur la consultation
- Conséquence de l'attente sur la relation médecin-patient

Les questionnaires ont été testés à trois reprises sur un échantillon de patient avant le début du travail de recueil. Les deux premières fois, le patient remplissait le questionnaire à la fin de la consultation puis une analyse des réponses était réalisée afin d'éviter les incompréhensions. La troisième fois, un essai comme présenté dans l'étude a été réalisé. Les réponses nous permettaient de modifier certaines questions mal comprises et de peaufiner les choix de réponses aux questions (exemple : les différents comportements dans l'attente).

IV- Population et critères d'inclusion

Choix des médecins :

D'après la liste obtenue auprès du Conseil Départementale de l'Ordre des médecins, l'arrondissement de Cholet compte 132 médecins généralistes dont 8 identifiés comme ayant une activité exclusive autre que médecine générale type acupuncture, sexologie ; soit 124 médecins à activité générale unique susceptible d'être tirés au sort pour participer à l'étude. Un numéro a été attribué à chaque médecin puis nous avons effectué un échantillonnage par méthode probabiliste avec tirage au sort de 40 numéros par logiciel informatique basé sur un générateur de nombre aléatoire⁷. Liste exploitée dans un tableur Excel.

Choix des patients :

Les participants devaient avoir plus de 18 ans et le questionnaire s'adressait uniquement aux patients venant consulter leur médecin traitant habituel, quelque soit le motif de leur consultation. Les questionnaires s'adressaient aux patients en situation d'attente ce qui explique leur recrutement en salle d'attente.

V- Critère de jugement principal :

D'après l'étude nationale récente¹ du Dr Ruaud, le temps d'attente moyen en salle d'attente dans les cabinets de médecine générale était estimé à 30 minutes par les patients. Cette référence de temps d'attente a été retenue comme seuil de l'attente. Les patients restant en moyenne moins de 30 minutes étaient considérés comme « sans attente » et ceux patientant en moyenne plus de 30 minutes comme « avec attente ». Les critères de jugements principaux sont les différents ressentis des patients aux différentes étapes de la consultation médicale en fonction de leur temps d'attente inférieur ou supérieur à 30 minutes.

VI- Déroulement de l'enquête:

Questionnaires « patient » (Annexe 1)

-Les 10 questionnaires ont été déposés avec une boite par mes soins à l'ensemble des médecins et après appel téléphonique pour obtenir leur accord et juger de leur disponibilité afin de les rencontrer. Ils ont été disposés en salle d'attente accompagnés d'une affichette (Annexe 3) explicative afin de limiter le risque de participation sélective des patients et d'un crayon pour permettre à tous les patients de répondre. Le médecin ou le secrétariat étaient mis à contribution afin de stimuler les patients en situation d'attente pour obtenir un échantillonnage suffisamment représentatif du cabinet. Les questionnaires portaient le nom du médecin afin de limiter le risque de participation par des patients non concernés.

-Le questionnaire était rempli par les patients indépendamment du motif de leur consultation, en salle d'attente ou au décours de la consultation si ils n'avaient pas eu le temps de le remplir. Ils étaient numérotés et anonymisés mais reliés au médecin.

-Récupération des questionnaires dans la boite fermée disposée dans la salle d'attente du médecin pour favoriser l'anonymat.

-Une fois les 10 questionnaires remplis, récupération de ceux-ci par le secrétariat ou le médecin afin qu'il les renvoie via une enveloppe préaffranchie.

Questionnaires « médecin » (Annexe 2)

-Pour chaque médecin, un questionnaire « médecin » à question fermée était remis.

-Le questionnaire était complété en ma présence ou glissé avec les 10 questionnaires « patient » dans l'enveloppe préaffranchie.

En cas de non réponse courrier à 15j, relance par téléphone des médecins dont les questionnaires ne m'étaient pas parvenus.

VII- Analyse des résultats :

Analyse statistique quantitative des réponses obtenues après récupération des données dans un fichier Excel puis analyse avec le logiciel SPSS d'IBM®.

Pour la recherche de différences significatives entre les données des différents tableaux, la méthode du Khi-deux de Pearson permettant la comparaison de deux pourcentages pour des variables qualitatives sera appliquée. Le degré de significativité est établi en utilisant la table de la loi du χ^2 au risque $\alpha=5\%$ soit $p<0,05$.

RESULTATS

I- Généralités

Sur les 40 médecins, 1(2,5%) n'exerçait plus son activité et 3 (7,5%) ont refusé de participer à l'étude pour des raisons personnelles. Sur les 360 questionnaires distribués, 334 (92,8%) dont 96 hommes (28,7%) et 238 femmes (71,3%) ont été récupérés soit 26 (7,2%) perdus de vue. La population la plus représentée est celle des femmes entre 26 et 55 ans représentant à elles seules 51,1% de la population étudiée. Les âges extrêmes sont ceux qui ont le moins participé à l'étude.

II- Questionnaires « patient »

Tableau 1 : Analyses des résultats en fonction du sexe des patients

	Sexe des patients		Significativité p	Total n(%)
	Homme n(%)	Femme n(%)		
Acceptation				
Oui	69	163		232
Non	27	75	p=0,543	102
Total	96	238		334
Compréhension				
Oui	82	215		297
Non	13	21	p=0,194	34
Total	95	236		331
Temps accepté				
Oui (<30 minutes)	79	190		269
Non (>30 minutes)	13	46	p=0,256	59
Total	92	236		328
Dissuasion				
Oui	21	45		66
Non	75	191	p=0,561	266
Total	96	236		332
Départ précipité				
Oui	8	26		34
Non	88	211	p=0,472	299
Total	96	237		333
Modification du comportement				
Oui	49	136		185
Non	47	102	p=0,310	149
Total	96	238		334
Conséquence envers médecin				
Oui	62	149		211
Non	33	89	p=0,649	122
Total	95	238		333
Conséquence envers le médecin à type de respect				
Oui	40	87		127
Non	55	151	p=0,346	206
Total	95	238		333
Influence sur la consultation				
Oui	25	62		87
Non	70	175	p=0,97	245
Total	95	237		332
Attente critère de choix du médecin traitant				
Oui	16	61		77
Non	77	164	p=0,061	241
Total	93	225		318
Changement médecin traitant si attente inconvenable				
Oui	13	38		51
Non	81	196	p=0,586	277
Total	94	234		328
Excuses				
Oui	61	151		212
Non	31	77	p=0,990	108
Total	92	228		320

a) Caractéristiques de l'attente :

228 patients (68%) estiment attendre en moyenne moins de 30 minutes chez leur généraliste. Le temps d'attente moyen est estimé à 33,3 minutes. 80% des patients souhaitent un temps d'attente inférieur à 30 min. La moyenne du temps d'attente acceptable selon les patients est estimée à 29,9 min.

Tableau 2 : Tableau croisé entre temps d'attente inférieur ou supérieur à 30 minutes et réponses des patients

Temps d'attente moyen des patients		Significativité	Total
n (%)	n (%)	p	n (%)
Sexe des patients			
Homme	68	<30 minutes	27
Femme	160	>30 minutes	77
total	228	« Sans attente »	104
		« Avec attente »	
			n (%)
			332
Dissuasion à venir consulter			
Oui	38	<30 minutes	28
Non	188	>30 minutes	76
Total	226	104	
		p=0,033	
Modification du comportement des patients en cas d'attente			
Oui	117	<30 minutes	66
Non	111	>30 minutes	38
Total	228	104	
		p=0,039	
Modification du comportement de façon positive			
Oui	95	<30 minutes	40
Non	22	>30 minutes	26
Total	117	104	
		p=0,001	
Modification du comportement de façon négative			
Oui	39	<30 minutes	39
Non	78	>30 minutes	27
Total	117	104	
		p=0,001	
Conséquence envers le médecin			
Oui	138	<30 minutes	71
Non	90	>30 minutes	32
Total	228	103	
		p=0,142	
Respect pour le médecin dans l'attente			
Oui	85	<30 minutes	41
Non	143	>30 minutes	62
Total	228	103	
		p=0,661	
Influence sur la consultation			
Oui	67	<30 minutes	20
Non	160	>30 minutes	83
Total	227	103	
		p=0,054	
Qualité du médecin en lien avec l'attente			
Oui	92	<30 minutes	55
Non	135	>30 minutes	47
Total	227	102	
		p=0,024	
Demande d'excuses des patients en cas de retard			
Oui	150	<30 minutes	62
Non	70	>30 minutes	36
Total	220	98	
		p=0,390	
Age des médecins			
<50 ans	91	<30 minutes	49
>50 ans	137	>30 minutes	55
Total	228	104	
		p=0,218	
Sexe du médecin			
Homme	143	<30 minutes	75
Femme	85	>30 minutes	29
Total	228	104	
		p=0,094	
Présence d'un secrétariat			
Oui	191	<30 minutes	85
Non	37	>30 minutes	19
Total	228	104	
		p=0,645	
Temps d'installation des médecins			
<20 ans	92	<30 minutes	57
>20 ans	136	>30 minutes	47
Total	228	104	
		p=0,014	

En regroupant les réponses positives (très bien et acceptable) et négatives (long et excessif), on obtient un taux d'acceptation de l'attente de 69,5% contre 30,5% qui ne l'acceptent pas alors que près de 90% des patients comprennent l'attente. Parmi les 10% ne comprenant pas l'attente, il n'y a pas de différence avec le sexe ($p=0,996$) et le temps d'attente estimé ($p>0,05$) par rapport à la population étudiée. Mais on note que ceux-ci sont plus intolérants au retard avec « un temps d'attente acceptable » significativement inférieur ($p=0,0222$).

L'attente peut dissuader jusqu'à 20% des patients interrogés à consulter et près d'1 patient sur 10 a déjà quitté le cabinet du médecin généraliste car l'attente était trop longue.

b) Comportement dans l'attente :

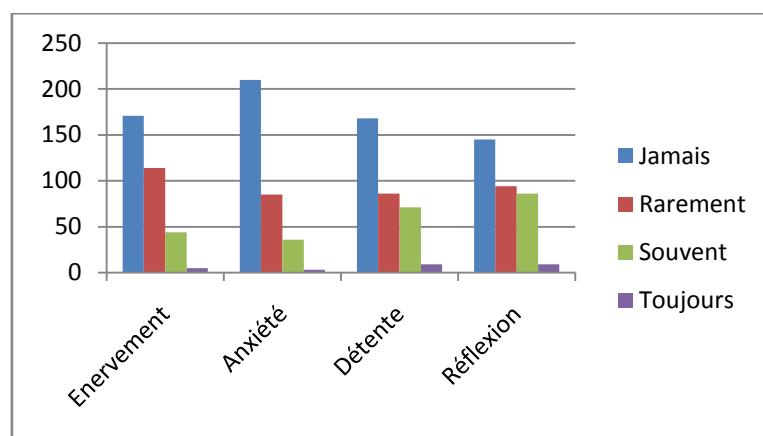
L'attente engendre au moins une modification du comportement chez 185 patients sur 334 (55,4%). Elle est significativement liée ($p<0,05$) au temps d'attente à 30 minutes.

Les différents comportements étudiés sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Répartition des différentes modifications de comportement chez les patients interrogés quelque soit leur temps d'attente

	Enervement	Anxiété	Détente	Réflexion
Jamais	171(51,2%)	209(62,6%)	168(50,3%)	145(43,4%)
Rarement	114(34,1%)	85(25,4%)	86(25,7%)	94(28,1%)
Souvent	44(13,2%)	37(11,1%)	71(21,3%)	86(25,7%)
Toujours	5(1,5%)	3(0,9%)	9(2,7%)	9(2,7%)
Total	334	334	334	334

Graphique 1 : Répartition des différentes modifications de comportement chez les patients interrogés quelque soit leur temps d'attente



Les modifications de comportement à type de détente et réflexion sur la santé ont été classées comme réaction positive à l'attente à l'inverse de l'anxiété et de la nervosité.

30 patients (9%) sur les 185 ont répondu ressentir un comportement négatif et positif. Sur les 155 patients (46,4%) ayant une seule modification de comportement, 107 (69%) ont une réaction positive comme les patients 11 et 31 (Cf Réponses libres) contre 48 (31%) une réaction négative.

Si l'on s'intéresse aux 104 patients (31,3%) estimant attendre plus de 30 minutes, 66 (63%) ont une modification de comportement dans l'attente, mais celle-ci n'est ni négative (39 sur 66) ni positive (40 sur 66) (13 patients ont répondu positivement et négativement).

Le tableau 2 montre néanmoins que chez les patients dont l'humeur se modifie, une attente inférieure à 30 minutes favorise un comportement positif mais que celui-ci devient négatif pour une attente supérieure à 30 minutes. ($p=0,01$)

c) Comportement après attente vis-à-vis du médecin :

L'étude du comportement du patient vis-à-vis de son médecin montre que 211 (63,2%) d'entre eux estiment avoir un comportement différent dans l'attente sans qu'un lien statistique puisse être démontré pour une attente inférieure (« sans attente ») ou supérieure (« avec attente ») à 30 minutes.

Les comportements étudiés sont détaillés dans le tableau 4 :

Tableau 4 : Les différentes modifications de comportement

	Non	Oui	Total
Agressivité	318(95,2%)	15(4,5%)	333
Perte de confiance	322(96,4%)	11(3,3%)	333
Respect pour le médecin	206 (61,7%)	127(38%)	333
Compensation en prenant d'avantage son temps	254(76%)	79(23,7%)	333
Compensation en essayant de faire gagner du temps au médecin	233(69,8%)	100(29,9%)	333

Seulement 3 patients présentent de l'agressivité et une perte de confiance en leur médecin en cas d'attente. Dans ces 2 comportements négatifs au médecin, cela représente 23 patients soit 6,9% des patients interrogés. A l'opposé, l'attente engendre chez 38% des patients du respect. Parmi les 127 patients (38%) ayant répondu avoir du respect pour leur médecin dans l'attente, il n'a pas été mis en évidence statistiquement de caractéristiques particulières dans cette population que ce soit pour l'âge, le temps d'attente, l'acceptation ou encore la compréhension de l'attente par rapport à l'ensemble de la population étudiée.

d) Qualité de la consultation après attente:

Sur les 87 personnes (26%) ayant répondu que l'attente, liée au retard du médecin, avait une influence sur la qualité de la consultation, 31(35,6%) ont répondu qu'elle avait une influence sur les 3 paramètres étudiés de la consultation :

- Consultation écourtée : 75 (22,5%)
- Médecin moins attentif : 53 (15,9%)
- Examen clinique moins approfondi : 50 (15%)

Les analyses ne montrent pas de lien avec le temps d'attente inférieur ou supérieur à 30 minutes. (« sans » et « avec attente »)

e) Qualité du médecin :

Concernant le lien entre qualité du médecin et l'attente au cabinet, 184 patients (56%) ont répondu qu'il n'y avait pas de lien soit 147 (44%) qui associent l'attente à la qualité de leur médecin.

D'après les analyses, la qualité du médecin au travers de l'attente est bien liée au temps d'attente. Donc une attente supérieure à 30 minutes engendre de façon significative un ressenti de qualité du médecin. (Tableau 2). C'est aussi l'impression des patients 12, 23 et 46 qui ont ajouté leur commentaire au questionnaire. (Cf Réponses libres)

f) Conséquences sur la relation de soin :

L'attente est un critère pour le choix de leur médecin traitant pour seulement 25% des patients. Seulement 15,3% d'entre eux, changeraient de médecin à cause d'un temps d'attente qui ne leur conviendrait pas, à l'instar des patients 55 et 39 (cf Réponses libres). A l'inverse du patient 24 qui déclare: « Le Dr X, est un très bon médecin et le temps d'attente parfois long ne me ferait pas changer de médecin. »

Parmi les réponses libres, de nombreux patients (4, 12, 14, 15, 23, 46) privilégièrent la qualité de leur médecin à l'attente qui peut en résulter.

Plus de 72% des patients pensent que les médecins prennent en compte leur attente comme le patient 52. Vis-à-vis de ce retard, 2/3 des patients souhaitent que le médecin s'excuse pour son retard. Les réponses « Oui » étaient parfois accompagnées d'une notion de temps d'attente comme pour les patients 8, 17, 35 et 48 (Cf Réponses libres).

g) Réponses libres

Parmi les 334 questionnaires récupérés, 58 personnes (17,3%) ont souhaité commenter leurs réponses ou apporter des précisions sur le sujet de l'attente. Les réponses ont été classées par thème.

Il en ressort principalement:

- L'importance de pouvoir être reçu en consultation le jour.
- La nécessité de moduler le temps des consultations en fonction des patients reçus.
- L'importance de la qualité de la consultation (notamment l'écoute attentive du médecin) par rapport au temps passé à attendre.
- L'aménagement de la salle d'attente notamment pour les enfants.

Attente générale et avis des patients :

Patient 1 : « L'attente varie en fonction de la fréquentation. »

Patient 9 : « Le médecin fait de son mieux, on peut attendre un peu! »

Patient 10 : « Attention à ne pas claquer la porte de la salle d'attente quand un docteur vient chercher un patient. Très désagréable pour celui qui reste attendre. »

Patient 16 : « L'attente en salle d'attente dépend beaucoup si l'on vient avec ou sans rendez-vous. »

Patient 18 : « C'est au médecin de décider du temps réservé au patient »

Patient 20 : « Consultations avec rendez-vous. Peut-être un manque d'organisation. Tenir compte quand même des urgences et des impondérables. »

Patient 21 : « Faudrait prendre les rendez-vous toutes les 25 minutes car 15 min c'est trop court et il y aurait moins d'attente. »

Patient 26 : « Quelque soit le nombre de patients à attendre, le Dr X, prend toujours le temps nécessaire et a toujours la même qualité d'écoute et de soin. La formule sans rendez-vous a l'inconvénient d'avoir parfois à patienter longtemps mais l'avantage d'être sûr d'être pris en compte le jour même. Peut-être manque t-il juste parfois pour les jeunes enfants du coup de quoi s'occuper en dehors des livres. »

Patient 27 : « Plus le cadre d'attente est agréable, moins l'attente semble longue! »

Patient 28 : « Je pense que l'attente systématique est souvent liée à un médecin qui prend le temps d'écouter et d'ausculter les patients. Aussi serait-il envisageable de tenir compte de la durée moyenne réelle pour chacun dans les prises de rendez-vous? Sachant qu'il y a en plus toujours des impondérables (urgences, enfants difficiles...). Tel médecin aurait des rendez-vous toutes les 15 minutes, tel autre toutes les 20-25 minutes. »

Patient 30 : « Etre informé sur le temps de retard plus souvent. »

Patient 34 : « Rien à redire à ce niveau là. »

Patient 37 : « Réduire le nombre de rendez-vous dans la journée. Selon les pathologies qui pourraient être vues au moment de la prise de rendez-vous, le temps de rendez-vous doit être prévu. Le règlement pourrait se faire auprès de la secrétaire. »

Patient 38 : « L'attente peut être variable suivant les patients consultés. Certains ont besoin de plus de temps que d'autres. Propositions: le temps prévu pour la consultation pourrait être rallongé de 5 minutes. »

Patient 42 : « La consultation sans rendez-vous me convient très bien. Certains médecins prennent que sur rendez-vous et il y a de l'attente aussi longue voir plus! »

Patient 43 : « L'attente est très acceptable car les consultations sont sans rendez-vous. Donc à chaque patient de gérer son attente. Très pratique pour ma part, ne pas changer ce système. »

Patient 44 : « J'apprécie la proximité du médecin qui habite dans ma commune. Je suis sourde et je ne peux donc pas téléphoner, venir sans rendez-vous est pratique. Et au moins le Dr X, n'est plus dérangé par les demandes de rendez-vous par téléphone. Sinon je ne sais pas comment il ferait à part prendre une secrétaire. »

Patient 45 : « Augmenter l'écart entre les consultations »

Patient 47 : « Magazines plus intéressants »

Patient 49 : « Le médecin doit prendre le temps nécessaire pour chacun même si cela doit nous faire attendre. »

Patient 50 : « Si le temps d'attente est trop long, c'est que le médecin a trop de patients à mon avis »

Patient 56 : « Plus de documents sur la santé pour se poser des questions. Préciser qu'un retard du patient entraîne l'éventualité de suppression de sa consultation. »

Patient 58 : « Ce sont parfois les patients qui exagèrent en faisant durer leur consultation. »

Comportement dans l'attente :

Patient 11 : « J'en profite pour lire tranquillement, c'est tout. »

Patient 31 : « Le temps de regarder mes mails... »

Excuses :

Patient 8 : « Je suis concentré sur le motif de ma consultation. J'attends des excuses seulement si l'attente est supérieure à 45 minutes. L'attente en salle d'attente ne dépend pas toujours du médecin, il peut y avoir des imprévus, des patients qui arrivent en retard ou des consultations qui durent plus longtemps que le temps imparti. »

Patient 17 : « Excuses seulement si retard vraiment trop long »

Patient 35 : « Des excuses si le retard dépasse 1 heure »

Patient 48 : « Excuse si >1h »

Attente et enfants :

Patient 2 : « Il est compliqué de faire patienter un jeune enfant en salle d'attente. C'est pourquoi un effort pourrait être fait afin de respecter les horaires de consultations. »

Patient 7 : « C'est difficile quand on est avec des enfants en bas âge. Prévoir plus de temps de consultation pour les bébés. Moins d'attente derrière. Donner des rendez-vous plus espacés. »

Patient 29 : « Concernant l'excuse, cela n'est pas facile car ça n'est pas forcément sa faute. Le problème est que l'on ne pense pas aux urgences que les médecins prennent mais c'est vrai que de toujours attendre c'est long surtout pour les enfants »

Patient 40 : « Avoir des rendez-vous plus faciles pour les enfants quand ils sont malades. »

Patient 51 : « Le plus pénible c'est pour les tout-petits. Une zone de jeu spéciale pour les enfants serait appréciable! Eviter de prendre des commerciaux de laboratoires. »

Patient 57 : « Attente parfois vraiment trop longue...Surtout avec des bébés. Ce qui est plus gênant c'est le temps d'attente pour avoir un rendez-vous. »

Attente et relation de soin :

Patient 4 : « Madame X est très à l'écoute, elle est très agréable. Douce avec les enfants, je ne changerais de médecin pour rien même si il faut attendre en salle d'attente. »

Patient 6 : « L'attente est longue mais le Dr 6 est à l'écoute de ses patients. »

Patient 12 : « L'attente confirme une bonne écoute de chaque patient. Je ne changerais pas pour le temps d'attente quel qu'il soit. »

Patient 14 : « Si notre attente est parfois longue, c'est tout simplement que notre médecin prend la peine de nous expliquer ce qui va se passer. Lorsque vient notre tour nous sommes

heureux qu'il agisse de même pour nous. En sortant de chez lui, on a pas l'impression d'être venu que pour payer une consultation, mais on est rassuré. »

Patient 15 : « Ce qui prime d'abord pour moi, c'est la qualité de la consultation. »

Patient 23 : « Il y a beaucoup de personnes à venir consulter ici car le médecin est bon, c'est pourquoi l'attente est longue. »

Patient 24 : « Le Dr X, est un très bon médecin et le temps d'attente parfois long ne me ferait pas changer de médecin. »

Patient 46 : « S'il y a de l'attente c'est que c'est un bon médecin »

Patient 52 : « L'attente peut modifier mon comportement selon le motif de ma consultation. Il essaye probablement de réduire notre attente mais il n'y arrive pas. C'est un médecin humain, pour moi le médecin de famille au sens noble du mot. »

Patient 53 : « Il examine correctement ses patients et est toujours à l'écoute. »

Le temps d'attente :

Patient 3 : « Attente de manière générale raisonnable. Il m'est arrivé d'attendre 50 min!! »

Patient 5 : « Le temps d'attente est parfois long. En revanche Mr X. nous donne bien souvent un rendez-vous le jour-même. C'est une grande qualité. »

Patient 13 : « Nous n'avons pas le choix si ce n'est d'attendre car peu ou pas de médecin. »

Patient 19 : « Faute de médecins suffisants, ceux en activité sont trop surchargés. »

Patient 22 : « Je travaille et je ne peux pas me permettre de passer plus de 30 min dans une salle d'attente. »

Patient 25 : « Consultation libre ce qui explique en grande partie l'attente. »

Patient 32 : « Il prend le temps avec ses patients. S'il y a une urgence, il les prend entre 2 consultations. Nous connaissons rarement le délai que l'on risque d'attendre avant d'être consulté par notre médecin. »

Patient 33 : « Oui il y a de l'attente mais ça ne change rien aux consultations. Il prend son temps pour nous quand même, attente compréhensible. »

Patient 36 : « J'aime bien savoir dès en arrivant s'il y a du retard et combien de temps environ. »

Patient 39 : « En dessous de 15 minutes, l'attente ne me paraît pas problématique. De très longues attentes occasionnelles peuvent être dues à des imprévus type urgences ou rendez-vous importants pris au dernier moment et compréhensibles. Si cela devenait systématique, cela pourrait me pousser à changer de médecin, mais ce n'est pas le cas aujourd'hui. »

Patient 41 : « L'attente en cabinet est assumée lorsqu'il n'y a pas de prise de rendez-vous. La facilité d'accès est une compensation à la contrainte du rendez-vous. Toutefois, comme c'est une solution très prisée, surtout en période d'insuffisance du nombre de médecin, en particulier en milieu rural, ce système est victime de son succès et c'est "insupportable". C'est vécu comme une régression dans l'accès au soin. »

Patient 54 : « Très peu d'attente »

Patient 55 : « Temps d'attente très raisonnable .J'ai quitté mon dernier médecin traitant à cause de plus d'une heure d'attente à chaque consultation. »

III- Questionnaires « médecin »

a) Caractéristiques des médecins

L'âge moyen lors de notre étude est de 49,9 ans. L'âge des médecins n'apparaît pas être un facteur d'influence sur l'attente estimée par les patients ($p=0,218$) (tableau 2). 24 médecins homme (66,6%) ont été interrogés contre 12 médecins femme (33,3%). Ces données comparées au temps d'attente estimé par les patients ne sont en pas en faveur d'une influence du sexe des médecins sur le temps d'attente des patients pour un temps d'attente de 30 minutes.

Tableau 5 : Lien entre temps d'attente moyen et sexe des médecins

	sexe médecin		Significativité	Total
	Homme	Femme		
	n	n		n
Temps d'attente 15 minutes				
<15 minutes	67	21	p=0,016	88
>15 minutes	151	93		244
Total	218	114		332
Temps d'attente 30 minutes				
<30 min	143	85	p=0,094	228
>30 min	75	29		104
Total	218	114		332
Temps d'attente 45 minutes				
<45 minutes	178	112	p=0,000	290
>45 minutes	40	2	Fischer = 0,106	42
Total	218	114		332

Un temps d'attente court à 15 minutes est lié au sexe du médecin. Les femmes médecins ont plus souvent un retard de 15 minutes que les hommes médecins mais a contrario elles ont tendance à moins dépasser la barrière des 30 minutes d'attente. Seul 2 patients déclarent attendre en moyenne plus de 45 minutes chez leurs médecins femmes contre 40 chez les médecins hommes. Elles apparaissent donc plus régulières sur le temps d'attente que les hommes médecins alors que le temps d'attente moyen chez les médecins femmes (31 minutes) et hommes (34 minutes) sont sensiblement identiques et non significatives.

b) Le secrétariat :

6 médecins (16,7%) ont répondu ne pas avoir de secrétariat sur place ou à distance. La présence d'un secrétariat n'a pas d'influence sur le temps d'attente des patients tant que celui-ci ne dépasse pas les 45 minutes. Un secrétariat évite un temps d'attente excessif supérieur à 45 minutes ($p=0,002$) pour les patients.

Tableau 6 : Lien entre temps d'attente moyen et présence d'un secrétariat.

	Présence d'un secrétariat		Significativité P	Total n
	Oui n	Non n		
Temps d'attente moyen 15 minutes				
<15 minutes	70	18		88
>15 minutes	206	38	$p=0,295$	244
Total	276	56		332
Temps d'attente moyen 30 minutes				
<30 minutes	191	37		228
>30 minutes	85	19	$p=0,645$	104
Total	276	56		332
Temps d'attente moyen 45 minutes				
<45 minutes	248	42		290
>45 minutes	28	14	p=0,002	42
Total	276	56		332

c) Activité du médecin :

La seule différence notable entre les cabinets de groupe et les cabinets solo est pour une attente inférieure ou supérieure à 15 minutes. Cette différence est en faveur d'un temps d'attente réduit chez les médecins consultant seuls. L'analyse pour une moyenne à 30 minutes et 45 minutes ne montre plus de différence entre les 2 groupes. Les temps moyens d'attente sont peu différents avec 31 minutes en solo, 34 minutes en groupe et 33 minutes en générale.

Tableau 7 : Lien entre temps d'attente moyen et type de cabinet

	Solo n	Groupe n	p	Total
Temps d'attente moyen 15 minutes				
<15 minutes	32	56		88
>15 minutes	42	202	p=0,000	244
Total	74	258		332
Temps d'attente moyen 30 minutes				
<30 minutes	55	173		228
>30 minutes	19	85	p=0,235	104
Total	74	258		332
Temps d'attente moyen 45 minutes				
<45 minutes	60	230		290
>45 minutes	14	28	p=0,066	42
Total	74	258		332

d) Temps d'installation :

Les 20 médecins (55,6%) anciennement installés (>20 ans) ont moins de retard que les 16 médecins (44,4%) récemment installés (<20 ans) pour un temps d'attente de plus ou moins 30 minutes (p=0,014) (Cf tableau 2). Leur temps d'attente moyen passe de 30 minutes pour les médecins anciennement installés à 36 minutes pour les autres.

e) Evaluation par le médecin et prise en compte du temps d'attente

L'évaluation du temps d'attente moyen de leurs patients par les médecins semble se rapprocher de la réalité avec une moyenne à 27,9 minutes. La moyenne du nombre de consultations en 1 heure est évaluée à 3,5. Sans pause, la durée moyenne des consultations est donc de 17 minutes.

Il est intéressant de noter que seulement 2 (5,6%) des 36 médecins interrogés n'accordent pas d'importance à la ponctualité soit 91,7% qui essayent d'être ponctuels. (1 médecin (2,8%) ne s'est pas prononcé)

f) Réponses libres

Les commentaires des médecins sont essentiellement tournés vers la critique de leur gestion du temps et la prise de conscience de la patience des personnes venant consulter. Pour expliquer leur retard, ils dénoncent la gestion des aléas et l'ensemble des tâches administratives et considèrent que la qualité de la consultation doit primer sur sa durée. Un médecin explique son mode de fonctionnement concernant les excuses.

Docteur 1 : « Je fais malheureusement partie des médecins qui accumulent du retard au cours de la journée. Les 15 minutes attribuées à chaque consultation sont souvent insuffisantes. La patience des patients en général m'impressionne toujours »

Docteur 2 : « Le respect du patient nous impose d'essayer d'être ponctuel tout en sachant que de nombreux aléas (urgences, pathologies compliquées...) peuvent nous faire prendre du retard. »

Docteur 3 : « Difficile d'être à l'heure au vu de la paperasserie »

Docteur 4 : « L'attente est source d'anxiété pour les patients avec parfois une élévation de tension artérielle. Certains patients anticipent l'attente, prennent un livre et s'adaptent bien. Les patients appellent fréquemment les secrétaires pour connaître mon retard ce qui complique la gestion du téléphone. Je ressens une culpabilité quand les patients attendent beaucoup et j'essaye de limiter cette attente. »

Docteur 5 : « La ponctualité est importante soit, mais la qualité de la consultation l'est plus d'où dépassement du temps imparti parfois. Etant donné le mode de consultation (homéopathie) et la distance (géographique), il arrive qu'un seul rendez-vous soit pris mais que 2 personnes se présentent. »

Docteur 6 : « Je m'excuse au-delà de 30 min, pas avant. »

DISCUSSION

I- Synthèse des principaux résultats :

- 68% des patients attendent en moyenne moins de 30 minutes chez leur médecin généraliste et la moyenne globale est de 33 minutes. Ce résultat est similaire au temps d'attente acceptable par les patients évalué à 30 minutes et au temps d'attente estimé par les médecins pour leurs patients.

-Il n'existe pas de différence entre les patients « hommes » et les patients « femmes » concernant le ressenti de l'attente, les modifications de comportement ou l'impact sur la relation avec le médecin.

-Pour un temps d'attente référence de 30 minutes, on observe une différence sur :

- La dissuasion à venir consulter : les médecins faisant patienter plus de 30 minutes en moyenne leurs patients entraînent un taux de dissuasion à les consulter plus important.
- La modification du comportement : les personnes patientant plus de 30 minutes, voient leur comportement se modifier. Parmi les patients dont l'humeur se modifie, celle-ci est positive lorsqu'il n'y a pas d'attente ou peu (<30 minutes) mais négative pour une attente supérieure.
- La qualité du médecin en lien avec l'attente : l'attente supérieure à 30 minutes apparaît comme un facteur de qualité du médecin aux yeux des patients.

-L'attente n'entraîne pas de conséquence sur :

- Le comportement envers le médecin pendant la consultation
- Le déroulement de la consultation

-L'attente est un critère de choix pour leur médecin traitant pour 25% des patients interrogés. Plus de 72% des patients pensent que les médecins prennent en compte leur attente. Vis-à-vis de ce retard, 2/3 des patients souhaitent que le médecin s'excuse pour son retard.

-Les caractéristiques des médecins entraînant une influence sur l'attente :

- Sexe : Les femmes médecins ont plus souvent un retard de 15 minutes que les hommes médecins mais à contrario elles ont tendance à moins dépasser la barrière des 30 minutes d'attente. Elles apparaissent donc plus régulières sur le temps d'attente que les hommes médecins.
- La présence d'un secrétariat paraît permettre de limiter le risque de patienter plus de 45 minutes chez son médecin.
- Le mode d'exercice en solo des médecins est en faveur d'un temps d'attente réduit chez les médecins consultants en solo seulement pour un temps d'attente référence de 15 minutes. L'analyse pour une moyenne à 30 minutes et 45 minutes ne montre plus de différence.
- Les médecins installés depuis plus de 20 ans ont moins de retard que les médecins installés plus récemment pour un temps d'attente référence de 30 minutes.

II- Critique des résultats :

-Un fort taux de participation

92,8% de réponses obtenues sur le seul volontariat des patients associé à la participation des médecins montre que l'attente est un sujet au cœur des préoccupations. Ce fort taux de participation est néanmoins à relativiser. Combien de personnes n'ont pas souhaité répondre au questionnaire avant qu'un se décide ? Afin de calculer le vrai taux de participation, il aurait été nécessaire de noter pour chaque salle d'attente le nombre de patients venu consulter leur médecin du moment où les questionnaires ont été déposés jusqu'à la rédaction du dernier questionnaire patient.

Il était demandé aux médecins de récupérer et renvoyer les questionnaires seulement lorsque ceux-ci étaient tous complétés. La participation n'est donc pas réellement de 92,8% mais l'on peut affirmer que 7,2% des questionnaires ont été égarés.

-Féminisation de la population étudiée et âge des répondants

71% des répondants sont des femmes ce qui peut s'expliquer de plusieurs raisons :

-Les femmes consultent plus souvent les médecins que les hommes comme le confirment les données de l'INSEE⁸ avec une part nationale de 61,5%.

-Les femmes de part leur position de mère viennent plus régulièrement consulter les médecins pour leur grossesse et pour accompagner les enfants ce qui peut expliquer la répartition des âges avec une proportion plus importante entre 25 et 55 ans.

-Les femmes bénéficient d'un suivi plus régulier chez le médecin généraliste notamment pour les suivis gynécologiques depuis l'adolescence.

-Enfin dans la population française, les femmes sont plus nombreuses de manière générale par tranche d'âge selon LEROUX⁹.

Malgré un léger déséquilibre des sexes dans notre étude, il n'apparaît pas de façon statistique de différence entre les hommes et les femmes dans l'attente.

Ceci peut s'expliquer simplement par le fait que l'attente touche toute la population et que ni les hommes, ni les femmes ne sont plus préparés à subir cette attente. Des différences apparaissent entre individus selon le ressenti personnel de l'attente, leurs expériences propres ainsi que leur caractère sans que le sexe n'entre en ligne de compte.

Néanmoins, plusieurs patientes ont mis en évidence dans les réponses libres, la difficulté accrue d'attendre avec des enfants et préconisent un aménagement de l'espace d'attente pour les jeunes enfants.

Les âges extrêmes étaient les moins représentés (30,6%) lors de notre étude puisque 68,3% des patients ayant répondu ont entre 25 et 55 ans. En excluant les patients mineurs, on provoque ainsi une diminution des âges extrêmes participant à l'étude. La population la plus âgée incluant les plus de 65 ans représente seulement 11,4% ce qui peut s'expliquer par le fait que les personnes vieillissantes ont pu avoir plus de difficulté à prêter attention à l'étude. Elle nécessitait de voir l'affichette et la boîte puis leur déplacement jusqu'à celle-ci afin de remplir un questionnaire. Les problèmes de déplacement, douleurs et baisse de l'acuité visuelle sont concomitants du vieillissement de la population.¹⁷

-Temps d'attente

Chez les patients les résultats nous montrent que 68% d'entre eux attendent en moyenne moins de 30 minutes chez leur médecin généraliste et en moyenne 33 minutes. Ces résultats sont comparables avec ceux de l'étude du Dr RUAUD¹ sur la salle d'attente idéale des médecins généralistes, qui retrouvait une moyenne de 28,5 minutes d'attente en moyenne par les patients. De plus, ce résultat est similaire au temps d'attente acceptable des patients évalué à 30 minutes justifiant ce temps d'attente comme valeur référence pour notre étude. En comparant ce temps avec celui passé en consultation estimé dans notre étude et confirmé dans la littérature à 17 minutes¹⁰, on s'aperçoit que les patients passent deux fois plus de temps à attendre qu'en consultation et ainsi qu'une consultation chez un médecin demande un peu plus de 45 minutes en moyenne pour chaque patient.

L'influence de ce temps d'attente sur la dissuasion à consulter et sur les différentes étapes de la consultation n'est pourtant pas synonyme de baisse de la qualité des soins. Si on voulait répondre à la question de qualité de soins, il aurait fallu interroger les patients à la sortie de la consultation sur leur ressenti des soins prodigués par le médecin en tenant compte du temps d'attente. Notre étude n'est donc pas en mesure de donner des caractéristiques applicables afin d'améliorer la prise en charge des patients mais seulement de décrire le ressenti des patients face à l'attente médicale.

Même la mise en évidence de corrélation entre l'attente et la modification du comportement des patients n'est pas suffisante pour conclure à une baisse de la qualité des soins. Puisque ces modifications n'influencent pas le déroulement de la consultation.

Seul le ressenti de qualité du médecin au travers de l'attente peut nous faire entrevoir une qualité subjective des soins données aux patients. Mais celui-ci apparaît en faveur d'une qualité médicale au travers d'une attente longue probablement lié au ressenti psychologique d'une chose compliquée à obtenir. « La rareté du fait donne du prix à la chose » écrivait Jean

de la Fontaine¹⁵. Plus une chose utile devient rare, plus sa valeur augmente¹⁹. Cette réflexion psychologique pourrait être rapprochée de la difficulté, aujourd’hui et dans certaines zones géographiques, à obtenir une consultation médicale dans un délai satisfaisant puisque ce délai est passé de 4 à 6 jours en 2 ans en médecine générale²¹. Pour poursuivre cette réflexion, comme l’a décrit Céline dans « Voyage au bout de la nuit »¹⁶, qui dispensait parfois gratuitement ses soins médicaux, plus le coût du travail est bas, plus le ressenti de mauvais travail augmente.

-Excuses :

Alors que 2/3 des patients souhaitent des excuses en cas de retard, il est à noter que l’omission d’une notion de temps conjointe dans la question entraîne une difficulté d’interprétation de ces données. Dans les réponses libres des questionnaires « patient », certains ont bien insisté sur le caractère exceptionnel ou inapproprié de l’attente pouvant engendrer la volonté d’obtenir des excuses ou encore préciser le temps d’attente passé pour lequel des excuses étaient justifiées. Il nous semble donc prudent de ne pas conclure hâtivement à une rigueur protocolaire des excuses en cas d’attente mais bien d’adapter celles-ci au temps d’attente et au contexte.

Néanmoins, un bilan de nombreuses recherches sur l’effet des excuses a été réalisé par le Professeur Barry Schlenker, de l’université de Virginie¹⁸. Il indique que celles-ci sont très fréquemment bénéfiques pour celui qui les formule, mais aussi pour qui les reçoit, qui comprend alors que le tort qu’il a subi est reconnu, ce qui a des conséquences psychologiques et physiologiques positives. Bien qu’elles puissent être formulées de manière inappropriée, des excuses restent souvent préférables à l’absence d’excuses.

-Réponses libres :

Les réponses libres nous confirment les données récentes des études^{4,12} de satisfaction réalisée en France. Il apparaît au travers des réponses que l’aspect qualitatif de la consultation avec « écoute », « explications données » et « réassurance » du médecin l’emporte sur le côté quantitatif de la consultation en générale. L’attente n’est qu’un facteur pouvant aggraver une relation médecin-patient déjà préalablement fragilisée.

Toujours grâce aux réponses libres, on peut s’apercevoir que les patients sont souvent prêts à attendre en contrepartie d’une disponibilité médicale et notamment la capacité à obtenir un rendez-vous rapidement. En effet, une étude de l’IFOP²¹ concernant l’accès aux soins a montré que 38% des patients jugent difficile d’obtenir un rendez-vous avec leur médecin généraliste dans un délai suffisamment rapide. Ce chiffre est en progression de 15% entre

2007 et 2011 et ce ressenti pourrait bien s'apparenter à une dégradation des soins prodigués aux yeux des patients. 63% des patients estiment que leur consultation chez leur médecin généraliste était nécessaire dans la journée²⁰, d'où l'importance de l'accès à la consultation pour certain par rapport au temps d'attente.

-Caractéristiques médicales

Le nombre d'hommes médecins est le double de celui des femmes dans la population étudiée. D'après les données de la CARMF¹¹, 69% des médecins libéraux installés en médecine générale en 2010 sont des hommes. Ces données sont sensiblement identiques à la répartition des sexes dans notre étude tout comme l'âge moyen des médecins généralistes en France a été estimé à 51,44 ans¹¹ contre 49,9 dans notre étude.

Concernant les objectifs secondaires de notre étude sur les caractéristiques médicales pouvant avoir une influence sur le temps d'attente, la mise en évidence d'une différence entre les femmes médecins et les hommes médecins peut permettre d'améliorer l'organisation des cabinets des médecins notamment chez les hommes avec la possibilité par exemple de majorer les temps permettant de rattraper son retard. Cette capacité à gérer son retard paraît être plus facile dans les cabinets « solo », les patients étant pris dès leur arrivée bien que le temps moyen d'attente soit de 31 minutes soit peu différent de la moyenne de la population générale. Ceux équipés d'un secrétariat limitent le risque de dépassement excessif du temps d'attente. En effet, le secrétariat est un moyen de limiter le risque d'interruption des consultations et un vecteur d'information de l'activité médicale. Comme précisé dans les réponses libres des patients, les patients souhaitent être informés de l'état du retard du médecin afin de pouvoir s'organiser et patienter plus sereinement.

Plus les médecins sont installés depuis longtemps, plus le temps d'attente de leur patientelle semble être réduit passant en moyenne à 30 minutes. L'organisation rodée et la connaissance des patients peuvent en être les explications.

III- Critique du montage de l'étude :

-au niveau du choix du type d'étude

Il est admis de la communauté scientifique qu'une enquête n'a qu'un niveau de preuve scientifique de niveau 4 et un grade C des recommandations, fournissant donc un faible niveau de preuve scientifique.

Cette étude malgré ses imperfections de réalisation liées à des contraintes techniques et temporelles, a bénéficié dans sa conception de la rigueur nécessaire à l'interprétation de résultats.

Pour prouver l'impact réel de l'attente en cabinet, il faudrait randomiser 2 groupes de patients. Le premier groupe attendrait moins de 30 minutes et le second plus de 30 minutes. Au décours de la consultation, chaque patient remplirait un questionnaire afin de déterminer l'impact de son attente sur la consultation.

-au niveau de l'échantillonnage :

-Malgré tout il existe un biais de sélection conséquence de ce type d'étude puisque les participants sont recrutés sur la base du volontariat. Dans l'idéal, il aurait fallu donner le questionnaire aux 10 premiers patients se présentant au cabinet afin d'éviter cette sélection participative. Elle aurait permis en plus d'apprécier la participation réelle à notre étude en notant les refus de participer.

-au niveau des questionnaires :

Les questionnaires ont été testés à plusieurs reprises sur la population cible. Malgré cela, il peut persister des problèmes de compréhension et de fidélité de la réponse à une question posée. Il est apparu en analysant les résultats par exemple que 9% des patients interrogés sur leur comportement dans l'attente ont répondu avoir de la détente et de l'énervement lors de leur passage en salle d'attente. Cela met en évidence une difficulté pour certains patients d'exprimer clairement leur ressenti au travers de questions fermées ou bien de mettre en évidence le caractère fluctuant des Hommes.

-Malgré l'anonymat des questionnaires, il peut se produire des phénomènes de complaisance ou de non sincérité envers le médecin et introduire des biais dans l'analyse des résultats. En effet, certains patients ont peut être voulu nuancer certaines de leurs réponses afin de ne pas blesser leur médecin de famille ou au contraire accentuer leur ressenti afin d'être mieux écouté.

Lors de l'analyse des résultats, nous nous sommes aperçus d'une erreur dans la rédaction de la question concernant le temps moyen des patients passé en salle d'attente. La notion de temps nécessitait une réponse précise de la durée maximale d'attente par les patients. En effet, nous avons dû pour calculer le temps moyen d'attente, considérer que les patients ayant répondus « >1H » avait attendu 75 minutes soit 1h et 15 minutes.

CONCLUSION

Dans cette étude, portant sur 334 patients ayant consulté leur médecin traitant, visant à évaluer le ressenti des patients dans l'attente et à en déterminer les caractéristiques pouvant l'influencer, on en conclut qu'une attente de moins de 30 minutes permet de limiter les risques de dissuasion des patients à venir consulter et s'avère positive sur le comportement des patients en salle d'attente. Bien que l'attente soit de moins en moins tolérée dans notre société, elle n'apparaît pas avoir d'impact sur la relation entre le médecin et son patient. L'analyse du ressenti de qualité du médecin dans l'attente pencherait même pour une meilleure considération des médecins faisant patienter leurs patients. Cette attente n'entre en considération chez les patients pour le choix de leur médecin traitant que pour 25% d'entre eux alors que les 2/3 d'entre eux souhaiteraient des excuses lorsque celle-ci devient non acceptable. Au travers des réponses libres, on a pu mettre en évidence que dans une relation de soins, l'aspect qualitatif de la consultation importait souvent bien plus que le simple fait d'être pris sans attente.

L'objectif secondaire de déterminer des caractéristiques pouvant influencer le temps d'attente permet de noter que les femmes médecins ont un retard lors de leur consultation plus stable, bien que le temps d'attente de leurs patients soit similaire à celui des médecins hommes. Tout comme la présence d'un secrétariat semble limiter le risque d'attente longue, une installation ancienne des médecins semble être un facteur protecteur contre l'attente.

Toutefois même si l'attente est plus difficilement acceptée de nos jours, elle constitue aussi un moment de détente et de réflexion sur la santé et l'attente seule ne peut être un critère de qualité médicale. Pour l'être, de nouvelles études devront confirmer ces données tout en recherchant à les comparer à des critères objectifs de qualité de soins. L'idée pourrait être d'analyser le ressenti du patient directement après consultation avec le médecin puis de les répartir dans 2 groupes selon l'attente initiale, ce qui permettrait de faire ressortir au mieux l'impact réel et non plus estimé de l'attente sur la relation médecin patient.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Ruaud F, La salle d'attente idéale des médecins généralistes, 2001, Faculté de Médecine, Université de Clermont Ferrand I
- 2- Boulard E, L'affichage en salle d'attente influence t-il les motifs de consultations ?, 2013, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Université de Saint Etienne
- 3-DrScore.com, 2010
- 4-Collet M, Gouyon M, Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles, Etudes et Résultats, DREES, n° 625 - février 2008
- 5-Recensement de la population au 1^{er} janvier 2014, INSEE, 2014 <http://insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2013/pdf/dep49.pdf>
- 6-"La durée des séances des médecins généralistes" Etudes et résultats, DREES, avril 2006, n° 481, 8 p28
- 7- <http://www.dcode.fr>
- 8- Santé, conditions de vie : Santé, recours aux soins 2010, INSEE, www.insee.fr
- 9- Leroux Scribe C. L'analyse des données. *Europstat* ; 1998 : 397 p
- 10- Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Les emplois du temps des médecins généralistes, DREES ; 2012 : n°797
- 11- La démographie médicale, CARMF , 2010 ;
<http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm>
- 12 - Ortiz JP, Le temps d'attente en cabinet et les délais d'obtention d'un rendez-vous sont les principaux obstacles de l'accès aux consultations en Languedoc-Roussillon, URPS Languedoc Roussillon, Sondage Institut CSA, juin 2011
- 13 - Bertoliatti-Fontana, S., *Attente et salle d'attente en médecine générale*. 1987, Faculté de Médecine Xavier-Bichat, Université Paris VII: Paris.

14 - Hector, S., *A quoi sert la salle d'attente en médecine générale ? Comment les médecins la conçoivent et la perçoivent ? Comment les patients la perçoivent ?,* Faculté de Médecine de Crétteil. 1999, Université Paris XII - Val de Marne: Paris.

15- « Citations » de Jean de La Fontaine, Jean de la Fontaine

16- « Voyage au bout de la nuit », Louis-Ferdinand Céline, 1932

17- Goillot C., Mormiche P. Enquête handicaps-incapacités-dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999. INSEE

18- Doherty, K. J., & Schlenker, B. R. (1995). Excuses as mood protection: The impact of supportive and challenging feedback from others. *Journal of social and Clinical psychology*, 14, 147-164.

19- Mémoires de l'Académie impériale des sciences de Saint Petersbourg, volume 8, p417, année 1822

20- L'observatoire de l'accès aux soins, Enquête auprès des Français et professionnels de santé, Enquête Ipsos/CISS Octobre 2011, n° 19743.

21- Principaux enseignements de l'observatoire jalma / IFOP 2014 sur l'accès aux soins, 18 novembre 2014

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE	2
COMPOSITION DU JURY	5
REMERCIEMENTS	6
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION.....	8
METHODE	9-13
I- Type d'étude	9
II- Justification d'échantillon	9
III- Méthode de réalisation des questionnaires	10
IV- Population et critère d'inclusion	11
V- Critère de jugement principal	11
VI- Déroulement de l'enquête	12
VII- Analyse des résultats	13
RESULTATS	14-27
I- Généralité	14
II- Questionnaires « patient »	14
a) Caractéristiques de l'attente	15
b) Comportement dans l'attente	16
c) Comportement du patient vis-à-vis du médecin après attente ..	17
d) Qualité de la consultation après attente	18
e) Qualité du médecin	18
f) Conséquences sur la relation de soin	18
g) Réponses libres	19
III- Questionnaires « médecin »	24
a) Caractéristiques des médecins	24
b) Le secrétariat	25
c) Activité du médecin	26
d) Temps d'installation	26
e) Evaluation par le médecin et prise en compte de l'attente	26
f) Réponses libres	27
DISCUSSION.....	28-36
I- Synthèses des principaux résultats	28
II- Critiques des résultats	29
III- Critiques du montage de l'étude	34
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXE	40-90
Annexe 1 : Questionnaire « patient »	40
Annexe 2 : Questionnaire « médecin »	42
Annexe 3 : Affichette salle d'attente	43
Annexe 4 : Analyses questionnaires « patient »	44
Annexe 5 : Analyses questionnaires « médecin »	78

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire patient

Dans le cadre de mon travail de recherche pour la soutenance de ma thèse de doctorat de Médecine générale, je réalise une enquête sur l'attente des patients dans les salles d'attente.

Merci de remplir intégralement ce questionnaire seulement si vous avez plus de 18 ans et si vous consulter le Dr fréquemment.

Ne répondez pas en fonction de la consultation actuelle mais bien sur l'ensemble des fois où vous consultez votre médecin.

Les questionnaires sont anonymes et aucune information médicale ne vous sera demandée. Votre médecin n'aura pas accès à ces informations.

Temps estimé : 3 min

Merci de déposer le questionnaire dans l'urne prévue une fois terminé.

1- Sexe :

Homme Femme

2- Vôtre âge :

18-25 ans 26-35 ans 36-45 ans 46-55 ans 56-65 ans > 65ans

3- Quel est le temps moyen passé habituellement en salle d'attente chez votre médecin généraliste ? :

<15min 15min-30min 30min-45 min 45min-1H >1H

4- Comment trouvez-vous ce temps d'attente ? :

Très bien acceptable long excessif

5-Comment voyez-vous cette attente ?

Normale Compréhensible peu compréhensible insupportable

6- Jusqu'à combien de temps trouvez-vous normal d'attendre dans la salle d'attente ?

<15min <30min <45 min <1H

7- A l'idée d'attendre, cela peut-elle vous dissuader de consulter votre médecin ?

Oui Non

8- Vous est-il arrivé de partir avant la consultation en raison d'un temps d'attente trop long ?

Oui Non

9-Lors de l'attente au cabinet, vous ressentez : (plusieurs choix possibles)

De l'énervement	Jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
De l'anxiété	Jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
De la détente	Jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>
Le besoin de réfléchir sur ma santé	Jamais <input type="radio"/>	Rarement <input type="radio"/>	Parfois <input type="radio"/>	Toujours <input type="radio"/>

Je ne me sens pas concerné par cette question

Autre :.....

10- Cette attente peut-elle modifier votre comportement vis-à-vis de votre médecin? (plusieurs choix possibles)

Agressivité à son égard Oui Non

Perte de confiance en lui Oui Non

Respect Oui Non

Compensation de votre attente en prenant d'avantage votre temps Oui Non

Vous essayez de faire gagner du temps à votre médecin Oui Non

Pas de modification

Autre :.....

11- Avez-vous l'impression que le retard de votre médecin peut influencer le déroulement de votre consultation ? (plusieurs choix possibles)

Consultation écourtée Oui Non

Médecin moins attentif Oui Non

Examen clinique moins approfondi Oui Non

Aucune influence

Autre :.....

12- Selon vous, une attente plus longue est en lien avec la qualité de votre médecin ?

Pas du tout Pas vraiment En partie Certainement

13- L'attente en cabinet est un critère pour le choix de votre médecin traitant :

Sans importance Peu important Important Très important

14- Seriez-vous prêt à changer de médecin traitant si le temps d'attente ne vous convenait pas ?

Absolument pas Peu probable Probablement Certainement

15- Pensez-vous que votre médecin essaye de réduire votre attente ?

Absolument pas Peu probable Probablement Certainement

16- Trouvez-vous normal que votre médecin s'excuse pour son retard ?

Oui Non

17- Réponse libre sur l'attente en cabinet, propositions, commentaires :

Annexe 2 :

Questionnaire Médecin

Je réalise, dans le cadre de mon travail de recherche pour ma thèse en vue de l'obtention du doctorat de médecine générale, une enquête sur l'attente des patients en cabinet de médecine générale.

Pour compléter les données récupérées auprès des patients, j'ai besoin de votre collaboration afin de répondre très rapidement à quelques questions.

N'oubliez pas de renvoyer ce questionnaire accompagné des 10 questionnaires « patient ». Merci par avance de votre aide.

1-Age :

28-39 40-49 50-59 60 ans et plus

2- Sexe :

Homme Femme

3- Milieu d'activité :

Urbain semi rural rural

4- Secrétariat téléphonique ou sur place:

Oui Non

5-Cabinet :

Solo Groupe

6- Depuis quand êtes-vous installé ?

<5ans 5-20 ans > 20ans

7- Type de consultation ?

Sur rendez vous Libre mixte commentaire :

12- En moyenne, combien de temps attendent vos patients ?

<15min 15min-30min 30min-45 min 45min-1H >1H

9-Combien de patient voyez-vous par heure en moyenne ?

1 2 3 4 5 6 >6

12- La ponctualité est elle importante pour vous ?

Oui Non

12- COMMENTAIRE LIBRE SUR L'ATTENTE EN MEDECINE GENERALE :

Annexe 3 :

Un travail de recherche visant à améliorer votre attente est en cours dans le cabinet de votre médecin et nécessite votre participation.

Si vous êtes majeur et que vous venez consultez votre médecin traitant habituel, le Dr

2

Merci de bien vouloir remplir intégralement un court questionnaire, de façon appliquée et anonyme.

Ce questionnaire doit être déposé dans la boîte prévue à cet effet.

Merci de votre aide.

Nicolas CHRISTOPHE

Annexe 4 : Analyses résultats questionnaires « patient »

TEMPS D'ATTENTE MOYEN

Temps d'attente moyen estimé au cabinet selon les patients :

Tableau 8 : Temps d'attente moyen estimé au cabinet selon les patients

		Effectifs	Pourcentage
Valide	<15 minutes	88	26,3
	15-30 minutes	140	41,9
	30-45 minutes	62	18,6
	45 minutes -1 heure	26	7,8
	> 1 heure	16	4,8
	Total	332	99,4
Manquante	Système manquant	2	,6
Total		334	100,0

SEXE

Lien entre sexe et temps accepté

Tableau 9 Sexe * temps accepté inférieur ou supérieur à 15 minutes

		Effectif		Total
		<15 min	> 15 min	
Sexe	Homme	25	67	92
	Femme	50	186	236
	Total	75	253	328

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,345 ^a	1	,246		
Correction pour la continuité ^b	1,027	1	,311		
Rapport de vraisemblance	1,314	1	,252		
Test exact de Fisher				,246	,155
Association linéaire par linéaire	1,341	1	,247		
Nombre d'observations valides	328				

Lien entre sexe et temps accepté :

Tableau 10 croisé Sexe * temps accepté inférieur ou supérieur à 30 min

		Temps accepté		Total
		<30 min	>30min	
Sexe	Homme	79	13	92
	Femme	190	46	236
	Total	269	59	328

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,290 ^a	1	,256		
Correction pour la continuité ^b	,952	1	,329		
Rapport de vraisemblance	1,341	1	,247		
Test exact de Fisher				,337	,165
Association linéaire par linéaire	1,286	1	,257		
Nombre d'observations valides	328				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 16,55.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

ACCEPTATION DE L'ATTENTE:

Acceptation de l'attente

Tableau 11 : Acceptation du temps d'attente au cabinet par les patients

	Effectifs	Pourcentage
très bien	60	18,0
acceptable	172	51,5
long	86	25,7
excessif	16	4,8
Total	334	100,0

Sexe et acceptation

Tableau 12 : Tableau croisé entre acceptation et sexe des patients

Sexe		acceptation		Total
		Oui	Non	
Homme		69	27	96
Femme		163	75	238
Total		232	102	334

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,370 ^a	1	,543		
Correction pour la continuité ^b	,228	1	,633		
Rapport de vraisemblance	,374	1	,541		
Test exact de Fisher				,601	,319
Association linéaire par linéaire	,369	1	,544		
Nombre d'observations valides	334				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 29,32.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

COMPREHENSION DE L'ATTENTE :

Compréhension du temps d'attente

**Tableau 13 : Compréhension du temps d'attente au cabinet
selon les patients**

		Effectifs	Pourcentage
	Normale	99	29,6
	compréhensible	198	59,3
	peu compréhensible	29	8,7
	insupportable	5	1,5
	Total	331	99,1
Manquante	Système manquant	3	,9
	Total	334	100,0

Lien entre acceptation de l'attente et compréhension de l'attente :

Tableau 14 : croisé acceptation * compréhension

Effectif		compréhension		Total
		Oui	Non	
acceptation	Oui	229	2	231
	Non	68	32	100
	Total	297	34	331

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	73,397 ^a	1	,000
Correction pour la continuité ^b	70,058	1	,000
Rapport de vraisemblance	70,779	1	,000
Nombre d'observations valides	331		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10,27.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre compréhension et sexe des patients :

Tableau 15 : croisé compréhension * Sexe

Effectif

		Sexe		Total
		Homme	Femme	
compréhension	Oui	82	215	297
	Non	13	21	34
Total		95	236	331

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,683 ^a	1	,194		
Correction pour la continuité ^b	1,204	1	,273		
Rapport de vraisemblance	1,603	1	,206		
Test exact de Fisher				,230	,137
Association linéaire par linéaire	1,678	1	,195		
Nombre d'observations valides	331				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,76.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

TEMPS ACCEPTABLE

Temps acceptable selon les patients :

Tableau 16 : Répartition des temps d'attente acceptable selon les patients

		Effectifs	Pourcentage
	<15min	75	22,5
	<30 min	194	58,1
	<45 min	46	13,8
	<1 h	13	3,9
	Total	328	98,2
Manquante	Système manquant	6	1,8
	Total	334	100,0

Lien entre sexe et temps acceptable :

Tableau 17 : Lien entre sexe et temps acceptable

	<15 min	<30 min	<45
Hommes	25	79	88
Femmes	50	190	227
Significativité	p=0,246	p=0,256	p=0,824

Lien entre sexe et temps acceptable inférieur ou supérieur à 45 minutes

Tableau 18 : croisé Sexe * temps acceptable <45 minutes

Effectif

		Temps acceptable		Total
		<45 minutes	>45 minutes	
Sexe	Homme	88	4	92
	Femme	227	9	236
	Total	315	13	328

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,050 ^a	1	,824		
Correction pour la continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,049	1	,825		
Test exact de Fisher				,762	,519
Association linéaire par linéaire	,049	1	,824		
Nombre d'observations valides	328				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,65.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

DISSUASION :

Dissuasion à consulter

Tableau 19 : Dissuasion à consulter son médecin traitant

		Effectifs	Pourcentage (%)
Valide	Non	266	79,6
	Oui	66	19,8
	Total	332	99,4
Manquante	Système manquant	2	,6
Total		334	100,0

Lien entre sexe et dissuasion :

Tableau 20 : croisé Sexe * dissuasion

		Effectif		Total
		Non	Oui	
Sexe	Homme	75	21	96
	Femme	191	45	236
	Total	266	66	332

Avec l'analyse grâce au test du Chi², p=0,561 soit pas de lien entre le sexe et la dissuasion.

DEPART PRECIPITE :

Départ précipité :

Tableau 21 : Départ précipité si attente inacceptable

		Effectifs	Pourcentage
	Non	299	89,5
	Oui	34	10,2
	Total	333	99,7
Manquante	Système manquant	1	,3
Total		334	100,0

Lien entre sexe et départ précipité :

Tableau 22 : croisé Sexe * départ précipité

		Effectif		Total
		départ précipité		
Sexe	Homme	Non	Oui	
		88	8	96
Sexe	Femme	211	26	237
	Total	299	34	333

L'analyse retrouve un $p=0,472$ soit non significatif. Il n'y a pas de lien entre le sexe et les départs précipités.

Lien entre acceptation du temps d'attente chez les patients étant déjà partis précipitamment * temps d'attente supérieur ou inférieur à 30 minutes

Tableau 23 : croisé Acceptation du temps d'attente chez les patients étant déjà partis précipitamment * temps d'attente supérieur ou inférieur à 30 minutes

Effectif

		Acceptation du temps d'attente chez les patients étant déjà partis précipitamment		Total
		Oui	Non	
temps	<30 min	8	4	12
	> 30 min	4	18	22
Total	12	22	34	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	7,993 ^a	1	,005		
Correction pour la continuité ^b	6,011	1	,014		
Rapport de vraisemblance	8,010	1	,005		
Test exact de Fisher				,008	,007
Association linéaire par linéaire	7,758	1	,005		
Nombre d'observations valides	34				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,24.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

MODIFICATION DU COMPORTEMENT :

Modification du comportement :

Tableau 24 : Modification du comportement dans l'attente au cabinet de médecine générale

		Effectifs	Pourcentage
	Non	149	44,6
Valide	Oui	185	55,4
	Total	334	100,0

Lien entre acceptation du temps d'attente et modification du comportement :

Tableau 25 : croisé acceptation du temps d'attente * modification du comportement

Effectif		Modification du comportement		Total
		Non	Oui	
acceptation	Oui	109	123	232
	Non	40	62	102
	Total	149	185	334

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,730 ^a	1	,188		
Correction pour la continuité ^b	1,430	1	,232		
Rapport de vraisemblance	1,740	1	,187		
Test exact de Fisher				,232	,116
Nombre d'observations valides	334				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 45,50.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre sexe et modification du comportement :

Tableau 26 : croisé Sexe * Modification du comportement

Effectif		Modification du comportement		Total
		Non	Oui	
Sexe	Homme	47	49	96
	Femme	102	136	238
	Total	149	185	334

Répartition des comportements dans la population :

Tableau 27 : Répartition des comportements positifs et négatifs dans la population étudiée

Modification du comportement	Comportement Négatif	Comportement positif
Non	256 (76,6%)	197 (59%)
Oui	78 (23,4%)	137 (41%)
Total	334	334

Lien entre temps d'attente et modification du comportement

**Tableau 28 : Temps d'attente général*
modification du comportement**

Effectif

	Modif comportement		Total	
	Non	Oui		
>15 min	39	49	88	
15-30 min	72	68	140	
tps	30-45 min	23	39	62
	45-60min	11	15	26
	>1H	4	12	16
Total	149	183	332	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,582 ^a	4	,160
Rapport de vraisemblance	6,745	4	,150
Association linéaire par linéaire	2,444	1	,118
Nombre d'observations valides	332		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,18.

Lien entre temps d'attente estimé inférieur ou supérieur à 15 min et la modification du comportement des patients :

Tableau 29 : croisé temps inférieur ou supérieur à 15 minutes * modification du comportement

Effectif

		Conséquence		Total
		Non	Oui	
temps	<15 minutes	39	49	88
	>15 minutes	110	134	244
Total		149	183	332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,015 ^a	1	,902		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 39,49.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente estimé inférieur ou supérieur à 30 min et la modification du comportement des patients :

Tableau 30 : croisé temps d'attente de 30 min * modification du comportement

		Modification comportement		Total
		Non	Oui	
temps	<30 min	111	117	228
	>30 min	38	66	104
Total		149	183	332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,259 ^a	1	,039		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 46,67.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente estimé inférieur ou supérieur à 45 min et la modification du comportement des patients :

Tableau 31 : croisé temps d'attente 45 min * comportement

Effectif

		modification du comportement		Total
		Non	oui	
tps	<45 min	134	156	290
	>45 min	15	27	42
Total	149	183	332	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,633 ^a	1	,201		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 18,85.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre attente inférieure ou supérieure à 30min et modification du comportement de façon positive :

Tableau 32 : croisé entre Attente inférieur et supérieure à 30 minutes et comportement positif dans la population ayant une modification de comportement

		Temps d'attente		Total
		<30	>30	
Comportement positif	Non	22	26	48
	Oui	95	40	135
Total		117	66	183

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,246 ^a	1	,002		
Correction pour la continuité ^b	8,212	1	,004		
Rapport de vraisemblance	9,003	1	,003		
Test exact de Fisher				,003	,002
Association linéaire par linéaire	9,195	1	,002		
Nombre d'observations valides	183				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17,31.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre attente inférieure ou supérieure à 30min et modification du comportement de façon négative :

Tableau 33 : Croisé entre Attente inférieure ou supérieure à 30 minutes et comportement négatif dans la population ayant une modification de comportement

Effectif

	temps	Comportement négatif		Total
		Non	Oui	
<30min	78	39	117	117
	27	39	66	
Total	105	78	183	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,447 ^a	1	,001		
Correction pour la continuité ^b	10,418	1	,001		
Rapport de vraisemblance	11,448	1	,001		
Test exact de Fisher				,001	,001
Association linéaire par linéaire	11,385	1	,001		
Nombre d'observations valides	183				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 28,13.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

CONSEQUENCE ENVERS LE MEDECIN :

Modification du comportement des patients envers leur médecin :

Tableau 34 : Modification du comportement des patients envers leur médecin

	Effectifs	Pourcentage
Non	122	36,5
Oui	211	63,2
Total	333	99,7
Système manquant	1	,3
Total	334	100,0

Types de comportement envers le médecin :

Tableau 35 : Les différentes modifications de comportement

	Non	Oui	Total
Agressivité	318(95,2%)	15(4,5%)	333
Perte de confiance	322(96,4%)	11(3,3%)	333
Respect pour le médecin	206 (61,7%)	127(38%)	333
Compensation en prenant d'avantage son temps	254(76%)	79(23,7%)	333
Compensation en essayant de faire gagner du temps au médecin	233(69,8%)	100(29,9%)	333

Lien entre sexe et conséquence envers le médecin :

Tableau 36 : croisé Sexe * Conséquence envers le médecin

Effectif		Conséquence		Total
		Non	Oui	
Sexe	Homme	33	62	95
	Femme	89	149	238
Total		122	211	333

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,207 ^a	1	,649		
Correction pour la continuité ^b	,108	1	,742		
Rapport de vraisemblance	,208	1	,649		
Test exact de Fisher				,706	,373
Association linéaire par linéaire	,206	1	,650		
Nombre d'observations valides	333				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 34,80.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente inférieur ou supérieur à 30 min et la conséquence envers le médecin :

Tableau 37 : croisé temps d'attente 30 minutes et conséquence envers le médecin

Effectif

		tps		Total
		<30 minutes	> 30 minutes	
Conséquence envers le médecin	Non	90	32	122
	Oui	138	71	209
Total		228	103	331

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,154 ^a	1	,142		
Correction pour la continuité ^b	1,808	1	,179		
Rapport de vraisemblance	2,185	1	,139		
Test exact de Fisher				,176	,089
Association linéaire par linéaire	2,147	1	,143		
Nombre d'observations valides	331				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 37,96.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

RESPECT POUR LE MEDECIN

Répartition de l'âge parmi la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

Tableau 38 : Répartition de l'âge parmi la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

		Effectifs	Pourcentage et pourcentage dans la population étudiée (%)	significativité
	18-25 ans	3	2,4 (5,4)	p>0,05
	26-35 ans	18	14,2 (21,1)	p=0,056
	36-45 ans	35	27,6 (27,1)	p>0,05
	46-55 ans	28	22,0 (19,6)	p>0,05
	56-65 ans	21	16,5 (13,7)	p>0,05
	> 65 ans	21	16,5 (11,3)	p=0,06
	Total	126	99,2	
Manquante	Système manquant	1	,8	
	Total	127	100,0	

Temps d'attente de la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

Tableau 39 : Temps d'attente de la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

		Effectifs	Pourcentage et pourcentage dans la population étudiée (%)	Significativité
	<15 min	33	26,0 (26)	p>0,05
	15-30 min	52	40,9 (41,9)	p>0,05
	30-45 min	23	18,1 (18,6)	p>0,05
	45-1H	13	10,2 (7,8)	p=0,304
	>1H	5	3,9(4,8)	p=0,648
	Total	126	99,2	
Manquante	Système manquant	1	,8	
	Total	127	100,0	

Acceptation de l'attente parmi la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

Tableau 40 : Acceptation de l'attente parmi la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

	Effectifs	Pourcentage et pourcentage dans la population étudiée (%)	Significativité
Très bien	24	18,9 (18)	p>0,05
Acceptable	65	51,2 (51,5)	p>0,05
Long excessif	36	28,3 (25,7)	p>0,05
Total	127	100,0	p=0,495

Compréhension de l'attente parmi la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

Tableau 41 : Compréhension de l'attente parmi la population ayant du respect pour son médecin avec l'attente

	Effectifs	Pourcentage et pourcentage dans la population étudiée	Significativité
Normale	40	31,5 (29,6)	p=0,698338
Compréhensible	74	58,3 (58,3)	p>0,05
Peu compréhensible	9	7,1 (8,7)	p>0,05
insupportable	2	1,6 (1,5)	
Total	125	98,4	
Manquante	Système manquant	2	1,6
	Total	127	100,0

Lien entre temps d'attente estimé inférieur ou supérieur à 15 minutes et le respect pour le médecin :

Tableau 42 : croisé temps de 15 minutes * respect pour le médecin

Effectif

		respect		Total
		Non	Oui	
tps	<15 minutes	55	33	88
	>15 minutes	150	93	243
Total		205	126	331

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,016 ^a	1	,898		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 33,50.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente estimé inférieur ou supérieur à 30 minutes et le respect pour le médecin :

Tableau 43 : croisé temps à 30 minutes * respect pour le médecin

Effectif

		respect		Total
		Non	Oui	
temps	<30 min	143	85	228
	> 30 min	62	41	103
Total		205	126	331

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,192 ^a	1	,661		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 39,21.

Lien entre temps d'attente estimé inférieur ou supérieur à 45 minutes et le respect pour le médecin :

Tableau 44 : croisé temps d'attente à 45 min *
respect

Effectif

	< 45 min	respect		Total
		Non	Oui	
temps	> 45 min	23	18	41
	Total	205	126	331

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,676 ^a	1	,411		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 15,61.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre sexe et respect pour le médecin :

Tableau 45 : croisé respect * Sexe

Effectif

		Sexe		Total
		Homme	Femme	
respect	Non	55	151	206
	Oui	40	87	127
	Total	95	238	333

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,887 ^a	1	,346		
Correction pour la continuité ^b	,667	1	,414		
Rapport de vraisemblance	,880	1	,348		
Test exact de Fisher				,382	,207
Association linéaire par linéaire	,884	1	,347		
Nombre d'observations valides	333				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 36,23.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

INFLUENCE SUR LA CONSULTATION :

Influence sur la consultation :

Tableau 46 : Influence quelconque de l'attente sur la qualité de la consultation selon le ressenti des patients

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Non	245	73,4
	Oui	87	26,0
	Total	332	99,4
Manquante	Système manquant	2	,6
	Total	334	100,0

Les différentes conséquences :

Tableau 47 : Les différents aspects qualitatifs de la consultation étudiés

	Non	Oui	Pas de réponse
Consultation écourtée	257(76,9%)	75(22,5%)	2(0,6%)
Médecin moins attentif	279(83,5%)	53(15,9%)	2(0,6%)
Examen clinique moins approfondi	282(84,4%)	50(15%)	2(0,6%)

Lien entre sexe et influence sur la consultation :

Tableau 48 : croisé Sexe * influence sur la consultation

		Effectif		Total
		influence		
Sexe	Homme	Non	Oui	
	Femme	175	62	237
	Total	245	87	332

Lien entre temps estimé d'attente inférieur ou supérieur à 15 minutes et influence sur la consultation selon les patients :

Tableau 49 : croisé temps inférieur ou supérieur à 15 minutes * influence sur la consultation

Effectif

		influence		Total
		Non	Oui	
tps	<15 minutes	63	24	87
	>15 minutes	180	63	243
Total		243	87	330

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,091 ^a	1	,763

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 22,94.

Lien entre temps estimé d'attente inférieur ou supérieur à 30 minutes et influence sur la consultation selon les patients :

Tableau 50 : croisé temps inférieur ou supérieur à 30 minutes* influence sur la consultation selon les patient

Effectif

		Influence		Total
		Non	Oui	
tps	<30 minutes	160	67	227
	>30 minutes	83	20	103
Total		243	87	330

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,721 ^a	1	,054		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 27,15.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps estimé d'attente inférieur ou supérieur à 45 minutes et influence de l'attente sur la consultation selon les patients :

Tableau 51 : croisé temps estimé inférieur ou supérieur à 45 minutes * influence de l'attente sur la consultation selon les patients

Effectif

		influence		Total
		Non	1,00	
tps	<45 minutes	213	76	289
	> 45 minutes	30	11	41
Total		243	87	330

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,005 ^a	1	,942		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10,81.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

QUALITE DU MEDECIN AU TRAVERS DE L'ATTENTE :

Lien entre attente et qualité du médecin selon les patients

Tableau 52 : Lien entre l'attente et la qualité du médecin selon les patients

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Pas du tout	83	24,9
	Pas vraiment	101	30,2
	En partie	86	25,7
	Certainement	61	18,3
Total		331	99,1
Manquante	Système manquant	3	,9
Total		334	100,0

Lien entre temps d'attente moyen inférieur ou supérieur à 15 minutes et la qualité du médecin traitant au travers de l'attente :

Tableau 53 : croisé Temps d'attente moyen inférieur ou supérieur à 15 minutes * qualité du médecin traitant au travers de l'attente

		qualité du médecin		Total
		Non	Oui	
temps	<15 minutes	56	31	87
	>15 minutes	126	116	242
Total		182	147	329

Tests du Khi-deux

Valeur	ddl	Signification asymptotique	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,918 ^a	1	,048	

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 38,87.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente moyen inférieur ou supérieur à 30 minutes et la qualité du médecin traitant au travers de l'attente :

Tableau 54 : croisé temps d'attente inférieur ou supérieur à 30 minutes * qualité du médecin en fonction de l'attente selon le ressenti des patients

		qualité MT		Total
		Non	Oui	
Temps d'attente	<30 minutes	135	92	227
	Attendu	125,6	101,4	227
	> 30 minutes	47	55	102
	Attendu	56,4	45,6	102
Total		182	147	329

Tests du Khi-deux

Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,107 ^a	1	,024	

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 45,57.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente moyen inférieur ou supérieur à 45 minutes et la qualité du médecin traitant au travers de l'attente :

Tableau 55 : croisé temps 45 minutes * qualité Médecin traitant

Effectif		Qualité du médecin selon les patients		Total
		Non	Oui	
temps d'attente	<45 min	157	132	289
	> 45 min	25	15	40
Total		182	147	329

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,950 ^a	1	,330		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17,87.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

CRITERE DE CHOIX DU MEDECIN :

Importance de l'attente sur le choix du médecin traitant :

Tableau 56 : Attente et choix du médecin traitant

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Sans importance	132	39,5
	Peu important	109	32,6
	Important	67	20,1
	Très important	10	3,0
	Total	318	95,2
Manquante	Système manquant	16	4,8
	Total	334	100,0

Lien entre sexe et choix du médecin traitant par rapport à l'attente:

Tableau 57 : croisé sexe des patients et choix du médecin traitant

		Effectif		Total
		Homme	Femme	
Choix MT	Non	77	164	241
	Oui	16	61	77
	Total	93	225	318

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,519 ^a	1	,061		
Correction pour la continuité ^b	3,000	1	,083		
Rapport de vraisemblance	3,690	1	,055		
Test exact de Fisher				,063	,039
Association linéaire par linéaire	3,508	1	,061		
Nombre d'observations valides	318				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 22,52.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

CHANGEMENT MEDECIN SI TEMPS D'ATTENTE INCONVENABLE :

Lien entre attente et changement de médecin traitant :

Tableau 58 : Lien entre attente et changement de médecin traitant

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Absolument pas	183	54,8
	Peu probable	94	28,1
	Probable	41	12,3
	certainement	10	3,0
Manquante	Total	328	98,2
	Système manquant	6	1,8
	Total	334	100,0

Lien entre sexe et changement de médecin traitant si temps d'attente non acceptable :

Tableau 59 : croisé sexe des patients et changements de médecin traitant

Effectif	Sexe		Total	
	Homme	Femme		
Change ment	Non	81	196	
	Oui	13	38	
MT			51	
	Total	94	234	
			328	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,297 ^a	1	,586		
Correction pour la continuité ^b	,141	1	,707		
Rapport de vraisemblance	,302	1	,582		
Test exact de Fisher				,736	,359
Association linéaire par linéaire	,296	1	,587		
Nombre d'observations valides	328				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 14,62.

PRISE EN COMPTE PAR LE MEDECIN TRAITANT :

Prise en compte parle médecin du temps d'attente par les médecins selon les patients

Tableau 60 : Attente prise en compte par le médecin selon les patients

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Absolument pas	23	6,9
	Peu probable	54	16,2
	Probablement	179	53,6
	Certainement	64	19,2
	Total	320	95,8
Manquante	Système manquant	14	4,2
	Total	334	100,0

EXCUSES :

Excuses nécessaires en cas d'attente selon les patients :

Tableau 61 : Excuses nécessaires en cas de retard selon les patients

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Non	108	32,3
	Oui	212	63,5
	Total	320	95,8
Manquante	Système manquant	14	4,2
	Total	334	100,0

Lien entre excuses et sexe des patients :

Tableau 62 : croisé Excuses * Sexe des patients

Effectif

		Sexe		Total
		Homme	femme	
Excuses	Non	31	77	108
	Oui	61	151	212
	Total	92	228	320

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,000 ^a	1	,990		
Correction pour la continuité ^b	,000	1	1,000		
Rapport de vraisemblance	,000	1	,990		
Test exact de Fisher				1,000	,549
Association linéaire par linéaire	,000	1	,990		
Nombre d'observations valides	320				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 31,05.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Annexe 5 : Analyses résultats questionnaires « Médecin » :

SEXE MEDECI NS :

Répartition de l'âge des médecins :

Tableau 63 : Répartition de l'âge des médecins ayant participé à l'étude

	Effectifs	Pourcentage	
28-39 ans	8	22,2	
40-49 ans	7	19,4	
Valide	50-59 ans	12	33,3
	>60 ans	9	25,0
	Total	36	100,0

Lien entre temps d'attente et âge des médecins supérieur ou inférieur à 50 ans :

Tableau 64 croisé temps d'attente estimé par les patients * Age des médecins inférieur ou supérieur à 50 ans

Effectif	Age médecin		Total	Significativité
	<50ans	>50ans		
tps	<15 minutes	29	59	p=0,246
	15-30 min	62	78	
	30-45 min	31	31	
	45-60 min	10	16	
	>1 heure	8	8	
	Total	140	192	332

0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.

L'effectif théorique minimum est de 6,75.

Lien entre âge des médecins et temps d'attente moyen des patients :

Tableau 65 : croisé Âge des médecins * temps d'attente moyen des patients

		Effectif		Total	Significativité
		<30 minutes			
Âges des médecins	28-39 ans	52	21	73	p=0,229
	40-49 ans	39	28	67	
	50-59 ans	77	30	107	
	>60ans	60	25	85	
Total		228	104	332	

0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 20,99.

Répartition des sexes des médecins :

Tableau 66 : Répartition des sexes des médecins interrogés

		Effectifs	Pourcentage
		Homme	66,7
Valide	Femme	12	33,3
	Total	36	100,0

Lien entre temps d'attente estimé par les patients et sexe des médecins :

Tableau croisé 67 : Temps d'attente estimé par les patients*Sexe des médecins

	Temps d'attente estimé des patients	Sexe des médecins		Total
		Homme	Femme	
		n	n	n
	<15 minutes	67	21	88
	15-30 min	76	64	140
	30-45 min	35	27	62
	45-60 min	24	2	26
	>1 heure	16	0	16
Total		218	114	332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	31,205 ^a	4	,000
Rapport de vraisemblance	38,336	4	,000
Association linéaire par linéaire	2,752	1	,097
Nombre d'observations valides	332		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,49.

Lien entre temps d'attente inférieur à 15, 30, et 45 min et sexe des médecins :

Tableau 68 : Temps d'attente moyen * sexe des médecins

	sexe médecin		Significativité	Total
	Homme	Femme		
	n	n		n
Temps d'attente 15 minutes				
<15 minutes	67	21	p=0,016	88
>15 minutes	151	93		244
Total	218	114		332
Temps d'attente 30 minutes				
<30 min	143	85	p=0,094	228
>30 min	75	29		104
Total	218	114		332
Temps d'attente 45 minutes				
<45 minutes	178	112	p=0,000	290
>45 minutes	40	2	Fischer = 0,106	42
Total	218	114		332

Lien entre temps d'attente inférieur et supérieur à 30 min et sexe des médecins :

Tableau 69 : croisé temps d'attente 30 minutes * sexe médecin

Effectif

		sexe médecin		Total
		Homme	femme	
Temps d'attente	<30 min	143	85	228
	>30 min	75	29	104
Total		218	114	332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,797 ^a	1	,094		
Correction pour la continuité ^b	2,395	1	,122		
Rapport de vraisemblance	2,852	1	,091		
Test exact de Fisher				,106	,060
Association linéaire par linéaire	2,788	1	,095		
Nombre d'observations valides	332				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 35,71.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Lien entre temps d'attente inférieur et supérieur à 45 min et sexe des médecins :

Tableau 70 : croisé temps d'attente patient 45 minutes * sexe médecin

Effectif

		sexe médecin		Total
		homme	Femme	
temps d'attente des patients	<45 minutes	178	112	290
	>45 minutes	40	2	42
Total		218	114	332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	18,654 ^a	1	,000		
Correction pour la continuité ^b	17,182	1	,000		
Rapport de vraisemblance	24,163	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	18,598	1	,000		
Nombre d'observations valides	332				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 14,42.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

TYPE D'ACTIVITE DES MEDECINS

Tableau 71 : Zone d'activité des médecins

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Urbaine	5	13,9
	Semi rurale	13	36,1
	Rurale	18	50,0
Total		36	100,0

SECRETARIAT :

Présence d'un secrétariat :

Tableau 72 : Présence d'un secrétariat

		Effectifs	Pourcentage
	Non	6	16,7
Valide	Oui	30	83,3
	Total	36	100,0

Lien entre temps d'attente général et présence d'un secrétariat :

Tableau 73 : Temps d'attente moyen des patients*Présence d'un secrétariat

Effectif	secrétariat		Total	Significativité p
	Non	Oui		
temps d'attente	<15 minutes	18	70	88
	15-30 minutes	19	121	140
	30-45 minutes	5	57	62
	45-60 minutes	9	17	26
	> 1heure	5	11	16
Total	56	276	332	
		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	13,519 ^a	4	,009	
Rapport de vraisemblance	12,772	4	,012	
Association linéaire par linéaire	1,053	1	,305	
Nombre d'observations valides	332			

a. 2 cellules (20,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,70.

Lien entre temps d'attente et présence d'un secrétariat :

Tableau 74 : Temps d'attente moyen et présence d'un secrétariat.

	Présence d'un secrétariat		Significativité p	Total n
	Oui n	Non n		
Temps d'attente moyen 15 minutes				
<15 minutes	70	18	p=0,295	88
>15 minutes	206	38		244
Total	276	56		332
Temps d'attente moyen 30 minutes				
<30 minutes	191	37	p=0,645	228
>30 minutes	85	19		104
Total	276	56		332
Temps d'attente moyen 45 minutes				
<45 minutes	248	42	p=0,002	290
>45 minutes	28	14		42
Total	276	56		332

TYPE DE CABINET :

Type de cabinet des médecins :

Tableau 75 : Type de cabinet des médecins interrogés

		Effectifs	Pourcentage
	Solo	8	22,2
Valide	Groupe	28	77,8
	Total	36	100,0

Lien entre temps d'attente général et type de cabinet :

Tableau 76 : Temps d'attente * type de cabinet

Effectif	Type de cabinet		Total
	solo	groupe	
tps	<15 minutes	32	56
	15-30 min	23	117
	30-45 min	5	57
	45-60 min	9	17
	>60 min	5	11
	Total	74	258
			332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	23,105 ^a	4	,000
Rapport de vraisemblance	23,659	4	,000
Association linéaire par linéaire	1,661	1	,197
Nombre d'observations valides	332		

Lien entre temps d'attente et type de cabinet :

Tableau 77 : Temps d'attente moyen et type de cabinet

Solo		Groupe		
	n		n	
Temps d'attente moyen 15 minutes				
<15 minutes	32	56	p=0,000	88
>15 minutes	42	202		244
Total	74	258		332
Temps d'attente moyen 30 minutes				
<30 minutes	55	173	p=0,235	228
>30 minutes	19	85		104
Total	74	258		332
Temps d'attente moyen 45 minutes				
<45 minutes	60	230	p=0,066	290
>45 minutes	14	28		42
Total	74	258		332

TEMPS D'INSTALLATION :

Répartition des temps d'installation des médecins :

Tableau 78 : Répartition des temps d'installation des médecins

	Effectifs	Pourcentage
< 5 ans	9	25,0
5-20 ans	7	19,4
> 20 ans	20	55,6
Total	36	100,0

Lien entre temps d'attente et temps d'installation des médecins :

Tableau 79 croisé temps d'attente * temps d'installation du médecin

Effectif	Temps d'installation		Total
	<20 ans	>20 ans	
tps	<15 minutes	29	59
	15-30 min	63	77
	30-45 min	32	30
	45-60 min	13	13
	>60 min	12	4
Total		149	183
			332

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	12,339 ^a	4	,015
Rapport de vraisemblance	12,600	4	,013
Association linéaire par linéaire	10,675	1	,001
Nombre d'observations valides	332		

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,18.

TYPE DE CONSULTATION :

Répartition des types de consultation :

Tableau 80 : Répartition des types de consultation

		Effectifs	Pourcentage
Valide	Sur rendez-vous	32	88,9
	Libre	2	5,6
	Mixte	2	5,6
Total		36	100,0

TEMPS D'ATTENTE ESTIME PAR LES MEDECINS :

Répartition des temps d'attente estimé par les médecins pour leurs patients :

Tableau 81 : Temps d'attente estimé pour les patients par les médecins

		Effectifs	Pourcentage
Valide	<15 min	13	36,1
	15-30 min	17	47,2
	30-45 min	4	11,1
	45 min -1h	2	5,6
Total		36	100,0

NOMBRE MOYEN DE CONSULTATION PAR HEURE :

Nombre de consultations par heure en moyenne :

Tableau 82 : Nombre de consultations par heure en moyenne

		Effectifs	Pourcentage
Valide	2,00	1	2,8
	3,00	19	52,8
	4,00	13	36,1
	5,00	3	8,3
Total		36	100,0

PRISE EN COMPTE DE L'ATTENTE :

Importance de la ponctualité pour les médecins :

Tableau 83 : Importance de la ponctualité pour les médecins

	Effectifs	Pourcentage
Données manquantes	1	2,8
Non	2	5,6
Oui	33	91,7
Total	36	100,0

PERMIS D'IMPRIMER

THÈSE DE Monsieur CHRISTOPHE Nicolas

Vu, le Directeur de thèse

Dr Charles Roussé
La Barre de Melay
71120 Chemillé
Tél : 02 41 05 21 05
49 1 05232 0

Vu, le Président du jury de thèse

P. J. HAZZ

Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS,

H.
Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

THÈSE DE Monsieur CHRISTOPHE Nicolas



RESUME

Nom et prénom de l'auteur : CHRISTOPHE Nicolas

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles ROUESSE

Titre de la thèse : RETENTISSEMENT DE L'ATTENTE DANS LES CABINETS DE MEDECINE GENERALE AU TRAVERS DU RESENTI DES PATIENTS: ENQUETE DANS L'ARRONDISSEMENT DE CHOLET

Objectifs : Déterminer le retentissement de l'attente au travers du ressenti des patients dans les cabinets de médecine. Secondairement, mettre en évidence des caractéristiques médicales pouvant influencer ce temps d'attente.

Matériel et méthode : Enquête prospective entre février et mars 2014 auprès de 400 patients recrutés dans la salle d'attente de 40 médecins généralistes de l'arrondissement de Cholet. 10 questionnaires « patient » étaient laissés en salle d'attente des 40 médecins généralistes tirés au sort. Les critères de jugements principaux étaient le retentissement de l'attente au travers du ressenti des patients aux différents moments de la consultation analysé en fonction du temps d'attente fixé à 30 minutes.

Résultats : On observe un retentissement sur :

- La dissuasion à venir consulter : les médecins faisant patienter plus de 30 minutes leurs patients entraînent une augmentation de la dissuasion à consulter.
- La modification du comportement : les personnes patientant plus de 30 minutes, voient leur comportement se modifier. Parmi les patients dont l'humeur se modifie, celle-ci est positive lorsqu'il n'y a pas d'attente ou peu (<30 minutes) mais négative pour une attente supérieure.
- La qualité du médecin en lien avec l'attente : l'attente supérieure à 30 minutes apparaît comme un facteur de qualité du médecin.
- Vis-à-vis de ce retard, 2/3 des patients souhaitent que le médecin s'excuse pour son retard.
- Les patients privilégièrent l'accès à la consultation plutôt que la durée de son attente.

Caractéristiques médicales entraînant une influence sur l'attente :

- Les femmes médecins ont un retard plus stable.
- La présence d'un secrétariat permettrait de limiter le risque de patienter plus de 45 minutes.
- Les médecins installés depuis plus de 20 ans ont moins de retard que les médecins récemment installés.

Conclusion : L'attente n'entraîne pas de retentissement négatif sur la consultation médicale mais peut dissuader à consulter. Elle apparaît même être un facteur de qualité médicale aux yeux des patients.

Mots clés : Attente, retentissement, médecine générale, consultation, temps d'attente

Jury : Président : Mr le Pr Jean-François HUEZ
Assesseurs : Me le Pr Clotilde ROUGE-MAILLART
Mr le Dr Charles ROUESSE
Mr le Dr Olivier CAPITAIN

Date de soutenance : 2 avril 2015