UNIVERSITE DE NANTES

_____

FACULTE DE MEDECINE

_____

Année 2019

N° 2019-136

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Thibaut LE ROUX

né le 10/06/1991 à Saint-Brieuc

_____

Présentée et soutenue publiquement le 24/09/2019

_____

Impact d'un auto questionnaire sur la durée de consultation en médecine générale

_____

Président : Monsieur le Professeur AGARD Christian

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur SPIRE Thibaut

Membre du jury : Monsieur le Professeur MAUGARS Yves

Membre du jury : Monsieur le Docteur FOURNIER Jean-Pascal

Remerciements

Je tiens à remercier ma famille grâce à son attention et son soutien qui m'ont permis d'aller jusqu'au bout de mes études.

Mon père, pour les valeurs qu'il m'a inculquées et l'homme qu'il me pousse à être.

Ma mère, pour l'amour qu'elle me prodigue et que je n'arrive pas assez souvent à lui exprimer en retour.

Mes grands-parents, pour lesquels je suis en quelque sorte leur 2ème médecin traitant ! Merci à eux pour la relecture.

Ma sœur, le beauf et la future Luna, merci pour les moments détente à Limoges.

Mon jeune frère, avec qui j'aimerais passer plus de temps.

Ghislaine, grâce à qui j'ai pu commencer ma 1ère année de médecine sereinement.

Je remercie également mes amis pour les bons souvenirs dans ce long cursus.

Valentin le viking et sa loutre, Romain et son hyperactivité, Ben, Solenne, Mout, Geoffrey, Claire, Soust, La Mogette, Ludi, Léa, les Yonnais, Paul et le Challandeau.

Dam-dam, pour toutes ces années depuis cette fameuse rencontre explosive.

Je remercie les Dr Verdon, Loizeau et Echasseriau qui m'ont aidé pour les prémices de la thèse. Je remercie également tous les médecins y ayant participé ainsi que leurs secrétaires.

Un grand merci au Dr Spire et ses (très) nombreuses relectures. Je lui souhaite bonne continuation au Québec.

Merci au Pr Agard, au Pr Maugars et au Dr Fournier pour leur participation à mon jury de thèse.

TABLE DES MATIERES

I/ Généralités

I.1 L'offre de soins en France 5

1) Etat actuel de l'offre de soins en France. 5
2) Perspective des prochaines années 5
3) Le plan Santé 2022 7

I.2 Implication du patient dans sa prise en charge 7

I.3 Durée de consultation et facteurs l'influençant 8

1) Durée de consultation en France et en Europe 8
2) Les critères impactant la durée de consultation 8
3) Impact des motifs secondaires 9
4) Précédentes études sur l'instauration d'auto questionnaires 10

II/ Problématique 11

III/ Matériel et Méthodes 12

1) Calcul de la taille de l'échantillon 12
2) Recherche de praticien 13
3) Création du questionnaire 13
4) Distribution des questionnaires et réalisation de la consultation 14
5) Compilation des données et analyse 15
6) Anonymisation des données et CNIL 15
7) Diagramme de flux 16

IV/ Résultats 18

IV.1 Comparaison des caractéristiques des populations 18

IV.2 Critère principal de jugement 22

IV.3 Critères secondaires 23

V/ Interprétation des résultats 26

VI/ Discussion 28

VI.1 Forces et faiblesses de l'étude 28

1) Randomisation 28
2) Distribution des questionnaires 28
3) Critères d'exclusion et retrait des questionnaires 29
4) Comparaison des groupes 30
5) Analyse des questionnaires 30

VI.2 Retour des patients et des médecins généralistes 31

VI.3 Validité externe 32

1) Comparaison des niveaux d'étude par rapport au bassin de population 32
2) Comparaison des catégories d'âge par rapport au bassin de population 34
3) Validité externe des investigateurs 35
4) Comparaison par rapport aux données de la littérature 35

VII/ Conclusion 37

VIII/ Bibliographie 39

IX/ Annexes 42

Annexe 1 : Coordonnées des praticiens 42

Annexe 2 : Zonage des Pays de la Loire et de la Vendée 44

Annexe 3 : Questionnaires 47

I/ Généralités

I.1 L'offre de soins en France

1) Etat actuel de l'offre de soins en France

Au 1er janvier 2018, la France recense 296 755 médecins inscrits à l'ordre des médecins dont 87 801 médecins généralistes (1). Les données de l'INSEE retrouvent quant à elles une population de 66 992 699 personnes au 1er Janvier 2019 (projection par rapport aux données de 2018) (2).

Les données issues du site carto santé (3), données reprises du SNIIRAM (systèmes d'informations des caisses d'Assurance Maladie), indiquent une diminution de la densité médicale d'omnipraticien en France depuis plusieurs années. Elle passe en effet de 9.6 à 9 pour 10000 habitants pour le pays entier de 2009 à 2017.

A noter également qu'il existe d'importantes disparités territoriales. Pour la même période, on note une diminution de 0.8 points pour les pays de La Loire et 1.9 points pour le département Vendéen.

2) Perspective des prochaines années

Du fait du départ en retraite d'une part importante des médecins généralistes dans les années prochaines (génération du Baby-boom) ainsi que du vieillissement de la population, la proportion de médecin généraliste par habitant diminue et la désertification médicale risque de s'aggraver. Actuellement l'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 50,6 ans (1) mais la part des plus de 60 ans est de 26.7% et celle des moins de 39 ans est de 14.8% selon les données du CNOM 2015 (image 1).

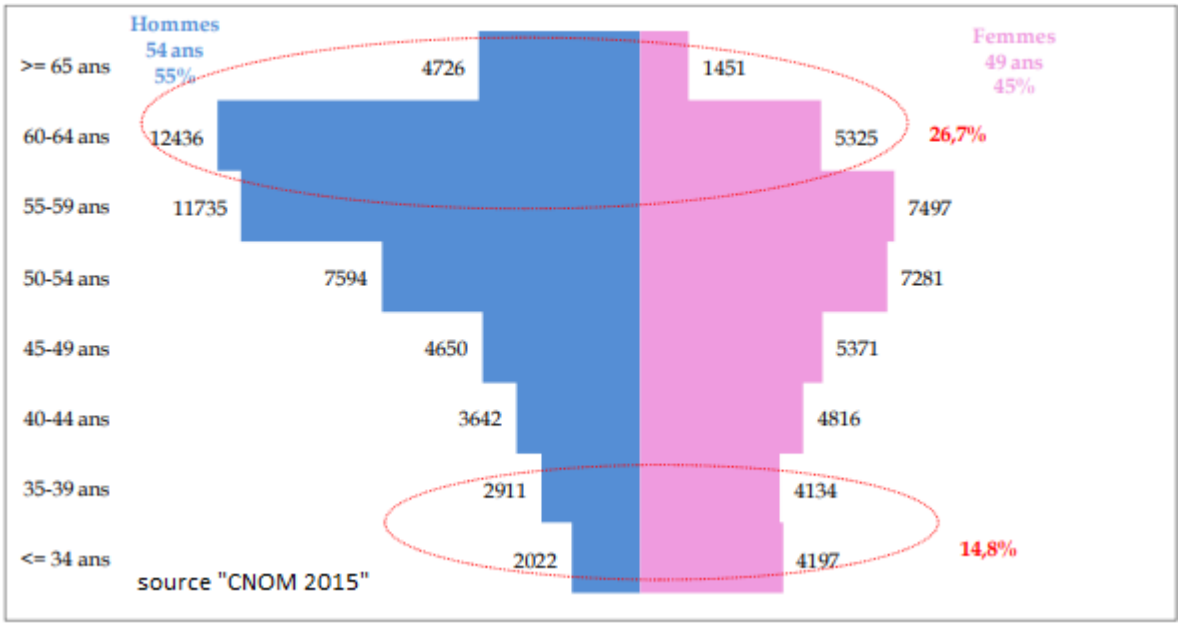


Image 1 : Répartition en catégorie d'âge et de sexe

Cette diminution de densité médicale ne sera compensée par l'augmentation du numérus clausus que dans de nombreuses années. En effet, la projection de la DREES (4) montre une diminution des effectifs bruts de médecins généralistes jusqu'en 2025 où on s'attend à une diminution de 8% par rapport à 2009.

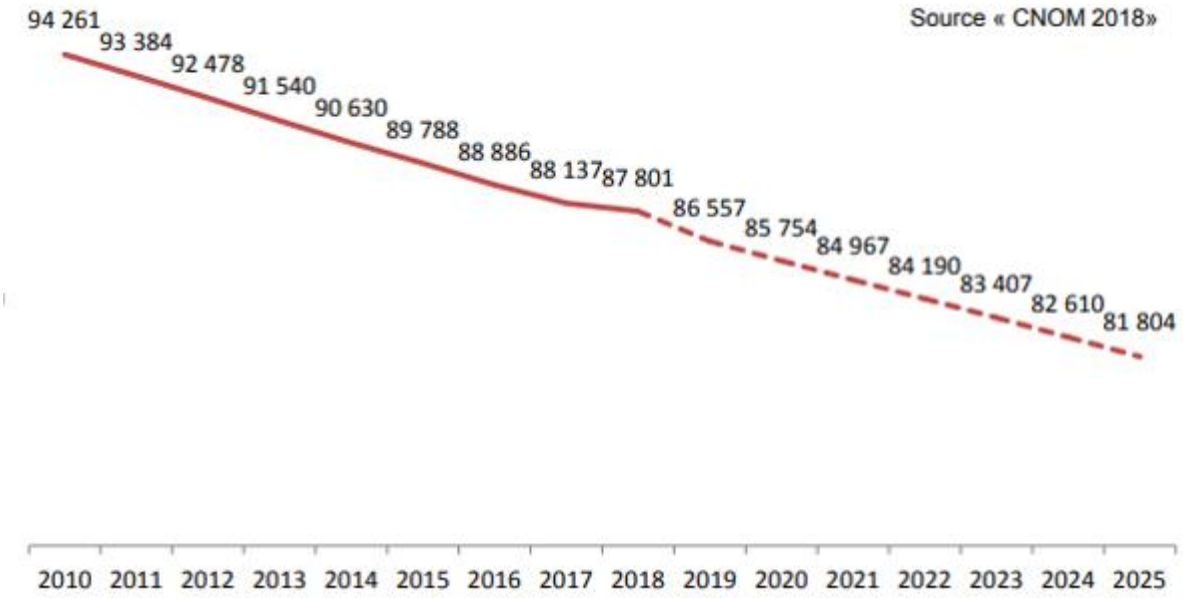


Image 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)

3) Le plan Santé 2022

Pour pallier à cette situation, différentes solutions sont tentées. La principale étant l'instauration d'assistants médicaux spécialisés qui permettraient de remplir plusieurs tâches : accueil des patients, prise de constantes, gestion de l'agenda médical…

Cette pratique n'est pas encore démocratisée. Les premières formations sont prévues en 2019 pour une mise en service de 4000 postes d'assistants médicaux en 2022 (5). Ceux-ci seront affectés de préférence dans des zones sous dotées selon le Plan Santé.

I.2 Implication du patient dans sa prise en charge

Le modèle relationnel médecin-patient traditionnel est désormais devenu un modèle participatif, le patient est au centre de la prise en charge. Ceci est renforcé depuis la loi 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (6)

L'article L1111-4 de cette loi énonce « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

L'application de cette loi permet une discussion avec le patient sur ses choix et de prendre avec lui la décision la mieux adaptée.

Afin de permettre une décision la plus réfléchie, le médecin a le devoir d'informer le patient des différentes hypothèses et solutions envisagées. Mais le patient a également accès à des données médicales plus aisément depuis la création d'Internet.

Ainsi, la recherche d'informations médicales sur internet représentait 50.3% des patients en 2012 (7). Une autre étude statistique réalisée en 2014 sur la population suisse (8) retrouvait une consommation d'Internet de 84%, toutes utilisations confondues, pour cette population. Pour 64% d'entre elles, une recherche d'information médicale avait été réalisée sur cette période.

Cette proportion aura probablement tendance à augmenter vu la hausse constante du taux de personnes connectées que l'on constate.

L'étude de Hibbard et al (9) réalisée en 2013, retrouvait que l'implication des patients lors de leur prise en charge permettait d'augmenter leur satisfaction ainsi que leur état de santé général.

I.3 Durée de consultation et facteurs l'influençant

1) Durée de consultation en France et en Europe

Plusieurs études ont été réalisées sur la durée de consultation en France. En 2008 (10), une étude réalisée auprès de 23 médecins généralistes sur le territoire Français retrouvait une durée de 18,5 minutes. L'étude ECOGEN (11) de 2014 et réalisée sur 20945 consultations réparties sur 128 sites, retrouvait quant à elle une durée moyenne de 16.7 minutes.

Ces chiffres sont à comparer avec ceux des autres pays européens (12) : 7.6 minutes en Allemagne, 7.8 en Espagne et 9.4 en Angleterre.

Pour expliquer cette différence de durée entre chaque pays, les auteurs avancent un exercice de la médecine différent en fonction de l'offre et de la demande de soins (théorie du « marché » en Belgique et en Suisse où les patients ont le choix entre différents médecins généralistes et spécialistes et où les médecins ont une nécessité de fidéliser le patient lors de sa prise en charge).

2) Les critères impactant la durée de consultation

Dans les précédentes études que j'ai citées, il est noté plusieurs facteurs qui influencent la durée de consultation.

La plupart de ces facteurs concernent le patient (13). Dans les critères psychosociaux, certaines études ont remarqué une augmentation de durée de consultation si le patient est de sexe féminin (10,12) ainsi que si la consultation se passe dans un milieu urbain (12).

L'étude réalisée par Wiggers et al (13) retrouvait un impact du niveau d'études du patient sur la durée de consultation. En effet, chez les patients n'ayant pas fait d'études supérieures, la consultation serait 21% plus courte. Données confirmées par la DREES (14) qui fait état de consultations 5% plus longues chez les cadres et professions libérales.

Il existe également un impact de l'âge du patient sur la durée de consultation.

L'étude de Deveugele et al (12) avance que la durée de consultation augmente de 1 seconde par année de vie du patient tandis que l'étude de Stevens et al (15), plus récente, montre quant à elle que cela dépend de la catégorie d'âge. Celle entrainant la plus longue durée est la catégorie des 45-64ans.

Sur le thème de la consultation en elle-même, les consultations abordant un problème psychologique entraînaient une augmentation de durée sur cette étude (12) sans en quantifier la durée exacte. Sur cet article Français datant de 2000 (16), la durée moyenne d'une consultation pour motif psychologique est de 17 minutes et 47 secondes, chiffre à comparer à la durée moyenne de consultation qui est de 15 minutes et 28 secondes.

3) Impact des motifs secondaires

Enfin, dans l'étude de la DREES (14), chaque motif de consultation secondaire (ou diagnostic dans cette étude) augmentait la durée de 2 minutes.

En effet, en cas de diagnostic unique, la consultation était de 14,9 minutes. Elle passait à 16,9 minutes dans le cadre de 2 diagnostics puis 18.7 minutes si 3 diagnostics ou plus.

On retrouve les mêmes résultats sur cette étude (17) ainsi que sur celle réalisée par Chambonet et al (16).

L'étude ECOGEN (11) nous informe que les patients viennent avec en moyenne 2,6 motifs de consultation.

Si on rapporte ces chiffres à ceux des recherches sus nommées, on arrive à une moyenne de 2 à 4 minutes de consultations pour ces motifs secondaires.

4) Précédentes études sur l'instauration d'auto-questionnaire

L'instauration d'auto questionnaire n'est pas un concept nouveau, la plus vieille étude retrouvée date de 1977 (18).

Bien que ce type de document soit connu de longue date, il n'a été que très peu réalisé dans le cadre d'une diminution globale de durée de consultation.

La plupart des documents étudiés concernait des questionnaires sur des pathologies spécifiques. Ceux-ci permettaient de mieux dépister certains troubles anxieux ou dépressifs (19) ou d'impliquer le patient sur son observance (20).

L'instauration d'un auto-questionnaire global est pourtant simple dans sa réalisation comme l'indique l'étude réalisée par Middleton (21).
L'étude qu'il a ensuite mise en pratique sur ce sujet (22) retrouvait cependant une augmentation de durée avec le questionnaire (mais en notant également une augmentation de la satisfaction générale des patients).
Il est à noter que cette étude date de 2006 et concernait une durée moyenne de consultation de 7.5 minutes.

Plus récemment, Brock et al (23) ont essayé de connaître l'impact d'un interrogatoire oral sur les motifs de venue associé à une formation préalable des médecins généralistes. Ceux-ci découvrent une diminution de 90 secondes de la durée moyenne de consultation. Les résultats ne restent cependant pas significatifs.

Nous n'avons pas trouvé d'étude française s'étant penchée sur ce sujet.

Comme dans les pays anglo-saxons, les questionnaires mis à disposition en salle d'attente permettaient la prise en charge de maladies ou de troubles spécifiques (24,25).

II/ Problématique

Devant l'absence de données françaises sur ce sujet associée à la présence de données anglaises datant de 15 ans et s'appuyant sur des durées de consultation inférieures ; J'ai voulu savoir si l'instauration d'un auto-questionnaire rempli en salle d'attente par le patient sur ses motifs de venue avait un impact sur la durée de consultation.

Du fait d'une recherche se réalisant dans une zone d'intervention prioritaire ; J'ai secondairement voulu connaitre le retentissement des facteurs augmentant la durée de la consultation que l'on retrouvait dans les études précédemment citées. Ces études n'ont pas été réalisées spécifiquement sur ces zones particulières et j'ai donc voulu comparer ces résultats aux données antérieures.

J'ai également voulu connaître l'impact du type de motif de venue sur la durée de la consultation. La précédente donnée Française datant de 2000 et ayant une analyse centrée sur les organes plutôt que sur des catégories de motifs.

III/ Matériels et Méthodes

1) Calcul de la taille de l'échantillon

Il s'agit d'une étude quantitative randomisée multicentrique, réalisée dans 8 centres.

La taille de l'échantillon afin de permettre d'avoir des résultats significatifs a été calculée grâce au site biostaTGV (26).

Le calcul a été effectué en prédisant une durée moyenne de 18 minutes pour la population type, nous avons estimé que l'on pouvait espérer une diminution de 1 minute par le questionnaire suite à un essai initial réalisé auprès de la patientèle du Dr L (médecin généraliste conventionné secteur 1).

L'écart-type calculé a priori était de 3 minutes (estimé selon l'expertise des médecins et avis de la statisticienne qui ont participé à l'étude car non retrouvé dans la littérature).

Le risque de première espèce alpha était de 0.05.

La puissance 1-beta était de 0.9.

Le calcul afin de connaître la taille de l'échantillon dans chaque groupe est le suivant :

$$n = \frac{2*s^2}{\Delta^2} * (Z_{\alpha/2} - Z_{puis})^2$$

Avec :

n = taille de l'échantillon dans chaque groupe

s^2 = Variance

Δ^2 = carré de la différence à observer

$Z_{\alpha/2}$= niveau de confiance déduit du taux de confiance (traditionnellement 1.96 pour un taux de confiance de 95%)

Z_{puis} = risque 1-Beta

Avec ce calcul, on arrive à un nombre total de sujets à inclure de 380.

2) Recherche de praticien

La recherche de praticien a été faite sur la région des Herbiers et de Derval par leur proximité avec le lieu de stage lors de la période de recueil ainsi que de leur localisation dans des zones d'intervention prioritaire et zones d'action complémentaire (Annexe 1).

Les praticiens ont été initialement recherchés à l'aide de l'annuaire de l'ordre des médecins (27) ainsi qu'avec la participation du site de recherche « Google maps » avec le mot clé « médecin généraliste » (28). Notre recherche s'est concentrée sur les médecins installés.

Nous avons ensuite contacté les médecins recherchés par téléphone puis nous leur avons expliqué les modalités de la thèse. Sur les 24 médecins démarchés de cette manière, 17 ont donné leur accord pour aider à la réalisation de notre thèse (Annexe 2).

3) Création du questionnaire

Nous avons initialement réalisé un questionnaire grâce à l'aide des Dr V et S. Celui-ci a été également modifié avec les conseils de Mme D (biostatisticienne).

Le questionnaire a été testé auprès du Dr L lors du mois de Septembre 2018. Le test effectué sur 10 patients a permis de retrouver une tendance à la diminution du temps de consultation.

La première version du questionnaire contenait un espace d'expression libre sur le motif de venue principal associé à des indications pouvant permettre de faciliter le propos du patient

(date de début par rapport à la consultation, traitement éventuellement entrepris avec nombre de prises).

Dans un souci de facilité de réalisation par le patient, il a été secondairement décidé de simplifier cette partie et de la remplacer par un QRU (questionnaire à réponse unique) sur le motif de venue principal en indiquant des catégories de venue selon les types de motifs les plus fréquents de consultation.

La 2ème partie du questionnaire contenait quant à elle une part d'expression libre sur d'éventuels motifs de venue secondaire.

Dans les 2 questionnaires, il est demandé au patient de noter son âge, son sexe, son niveau d'études ainsi que la notion de la consultation du médecin traitant. Ces données sont celles qui peuvent influer sur la durée de la consultation comme il a été indiqué dans la partie « critères impactant la durée de consultation ».

Les versions finales des 2 questionnaires se trouvent en Annexe 3.

4) Distribution des questionnaires et réalisation de la consultation

Initialement, chaque médecin recevait 15 questionnaires de chaque catégorie. Si le praticien finissait de remplir ses questionnaires avant la fin de la période de recueil, il lui était redonné 30 questionnaires.

Dans les cabinets avec une secrétaire, celle-ci devait distribuer le questionnaire à chaque patient se présentant pour une consultation.

Le questionnaire était ensuite rempli par le patient dans la salle d'attente. Pour les enfants de moins de 15 ans, celui-ci était complété par l'accompagnant.

La randomisation était effectuée en alternant 1 jour sur 2 les questionnaires qui demandaient le motif de consultation et ceux qui ne le demandaient pas.

S'il n'y avait pas de secrétaire sur place, les questionnaires étaient disposés en salle d'attente accompagnés d'une lettre d'information.

Le praticien faisait ensuite son interrogatoire en s'aidant du questionnaire puis il notait la durée de la consultation à la fin de celle-ci.

Dans le cas des questionnaires de comparaison où les motifs ne sont pas remplis par le patient, c'était le praticien qui les cochait à la fin de la consultation.

La période de recueil s'est étendue du 15/10/2018 au 15/12/2018.

5) Compilation des données et analyse

Après la phase de récupération des questionnaires, les données étaient retranscrites dans un tableur Excel.

L'âge des patients a été réparti en plusieurs catégories : <15ans, 15-35ans, 36-55ans, 56-75ans et >75ans.

Le niveau d'études a été classé en différentes catégories : Absence d'études, niveau secondaire, CAP-BEP, Baccalauréat, études supérieures.

Les données concernant le sexe du patient et si la consultation concernait le médecin traitant étaient également classifiées.

L'analyse des données a été faite grâce au site BiostaTGV. Certaines analyses ont également été réalisées par Mme D.

6) Anonymisation des données et CNIL

Notre étude clinique concernant des données médicales avec recueil d'informations personnelles, l'avis préalable auprès de la CNIL a été demandé.

Les modalités étant désormais gérées par les facultés, je me suis mis en relation avec le Coordonnateur recherche en soins primaires du CHU de Nantes qui m'a confirmé l'absence

de nécessité d'une déclaration spécifique devant des données anonymisées ne permettant pas de remonter jusqu'aux patients.

7) Diagramme de flux

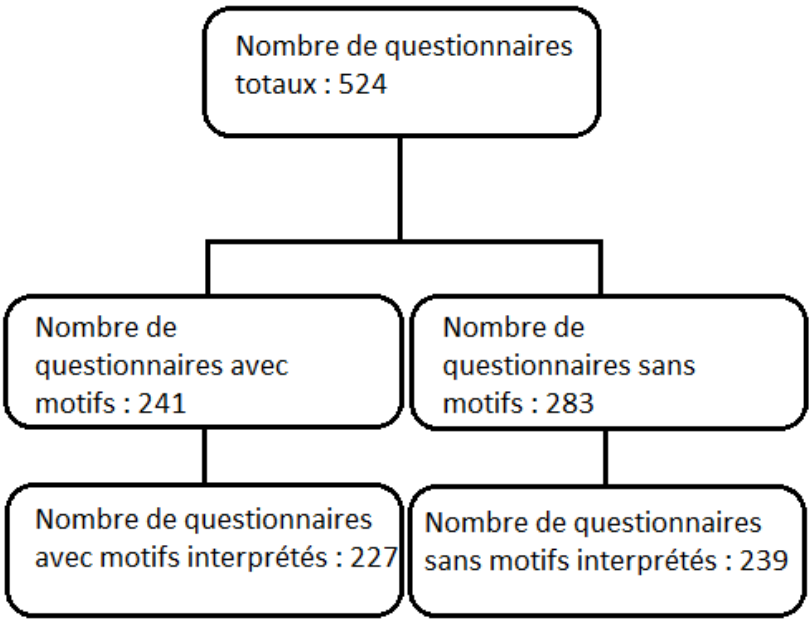
Au total, 524 questionnaires ont été récupérés.

Sur ces 524 questionnaires, 241 concernaient des questionnaires avec le ou les motifs de venue complétés par le patient. Les 283 autres questionnaires étaient les questionnaires de comparaison sans motifs complétés initialement.

J'ai décidé de retirer les questionnaires du Dr R. Ces questionnaires n'étaient pas représentatifs du fait de son activité homéopathe. Ceux-ci allaient également fortement augmenter la variance (consultation allant jusqu'à 60 minutes). Cette décision a retiré 4 questionnaires dans chaque catégorie.

Sur les documents restants, 227 questionnaires avec motifs et 239 questionnaires sans motifs étaient interprétables.

Les raisons d'exclusion de ces données sont (non exhaustivement) : Plusieurs personnes renseignées sur le questionnaire, mauvaise compréhension des consignes, questionnaire insuffisamment complété.


Nombre de questionnaires totaux : 524
Nombre de questionnaires avec motifs : 241
Nombre de questionnaires sans motifs : 283
Nombre de questionnaires avec motifs interprétés : 227
Nombre de questionnaires sans motifs interprétés : 239

IV/ Résultats

IV.1 Comparaison des caractéristiques des populations

	Pourcentage de population dans questionnaire motif (effectif)	Pourcentage de population dans questionnaire type (effectif)	p
<15 ans	17.62 % (40)	10.46% (25)	0.166
15-35 ans	20.26 % (46)	20.92% (50)	
35-55 ans	26,43 % (60)	28.87% (69)	
55-75 ans	27.31 % (62)	33.47% (80)	
> 75 ans	7.05 % (16)	5.43 % (13)	
Non renseigné	1.3% (3)	0.8% (2)	

Tableau 1 : Comparaison des catégories d'âge dans les 2 groupes d'études (test χ^2)

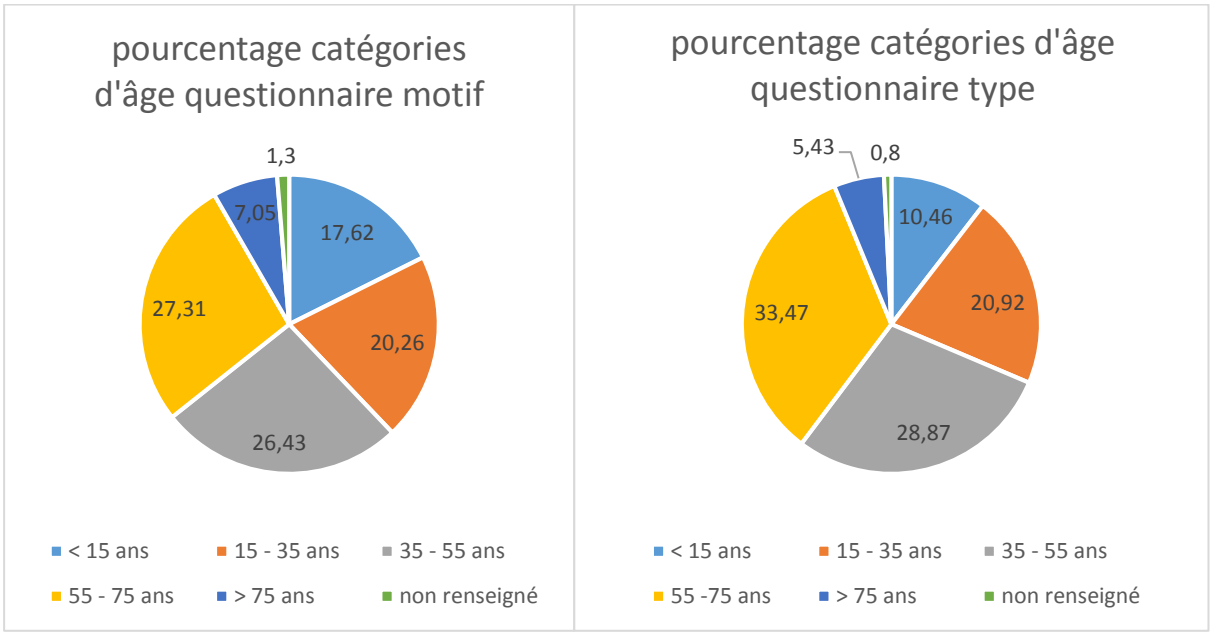


Figure 1 : diagramme des différentes catégories d'âges dans chaque groupe

	Pourcentage de population dans questionnaire motif (effectif)	Pourcentage de population dans questionnaire type (effectif)	p
Pas d'études	14.98 % (34)	14.22% (34)	0.93
Secondaire	12.77 % (29)	12.55% (30)	
CAP-BEP	25.11 % (57)	24.69% (61)	
Bac	15.85 % (36)	12.97% (31)	
Etudes supérieures	22.91 % (52)	24.69% (59)	
Non renseigné	8.38% (19)	9.62% (23)	

Tableau 2 : Comparaison des niveaux d'études dans les 2 groupes d'étude (test χ^2)

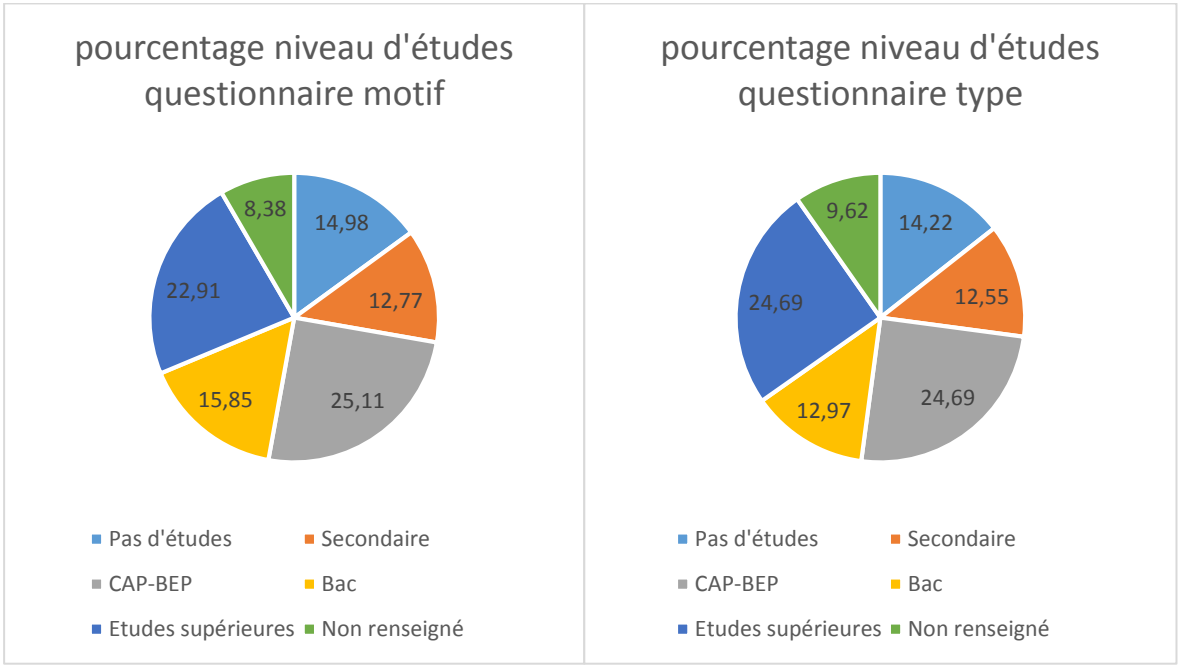


Figure 2 : diagramme des différents niveaux d'étude dans chaque groupe

	Pourcentage de population dans questionnaire motif (effectif)	Pourcentage de population dans questionnaire type (effectif)	p
Masculin	44.49 % (101)	38.49% (92)	
Féminin	55.06 % (125)	61.51% (147)	0.175
Non renseigné	0.4 % (1)	0	

Tableau 3 : Comparaison rapport homme/femme dans les 2 groupes d'étude (test χ^2)

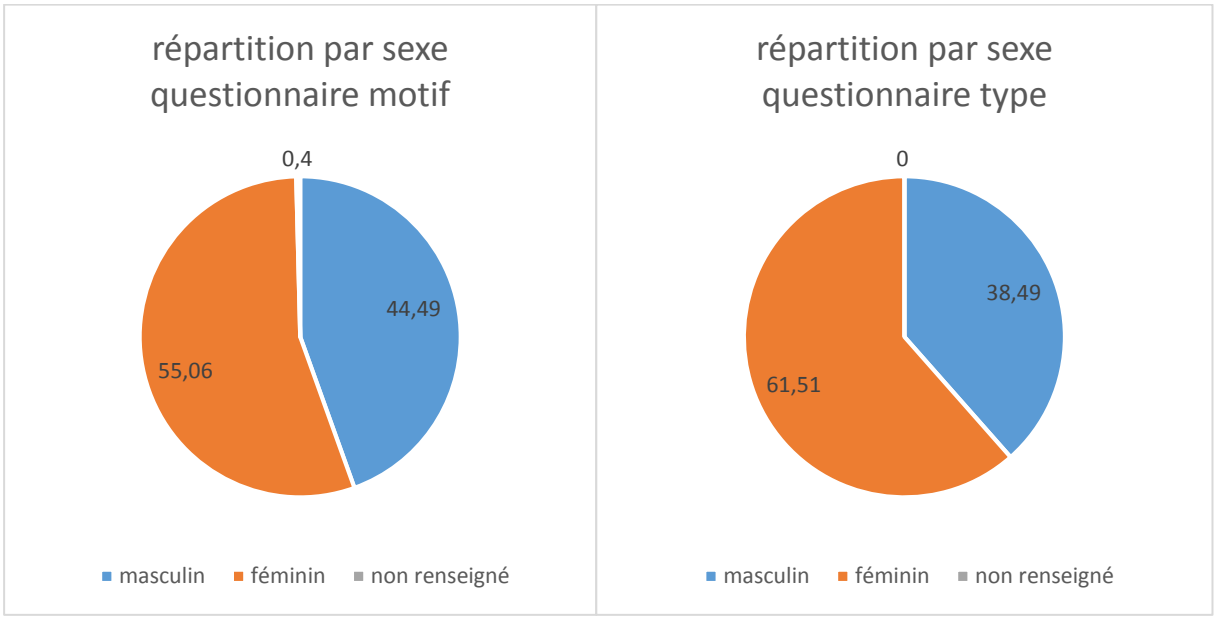


Figure 3 : Diagramme du rapport homme/femme dans chaque groupe

	Pourcentage de population dans questionnaire motif (effectif)	Pourcentage de population dans questionnaire type (effectif)	p
Oui	89.42 % (203)	82.42% (197)	0.23
Non	6.60 % (15)	9.205 % (22)	
Non renseigné	3.9% (9)	8.37 % (20)	

Tableau 4 : Comparaison des patients consultant leur médecin traitant dans les 2 groupes d'étude (test χ^2)

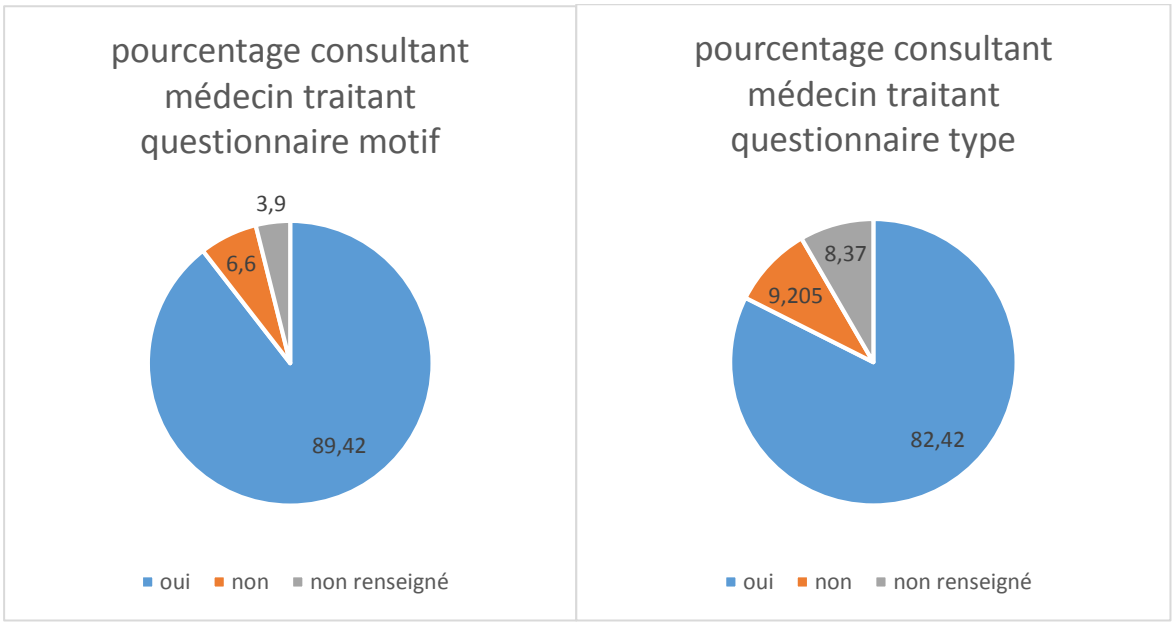


Figure 4 : Diagramme du pourcentage de patients consultant leur médecin traitant dans chaque groupe.

IV.2 Critère principal de jugement

	Pourcentage dans les questionnaires avec motif (effectif)	Pourcentage dans les questionnaires type (effectif)
Renouvellement de traitement	30.2% (58)	26.1% (48)
Certificat	2.1% (4)	1.1% (2)
Administratif	2.1% (4)	0.5% (1)
Maladie infectieuse	16.2% (31)	29.9% (55)
Douleur articulaire/musculaire	20.3% (39)	17.9% (33)
Difficultés psychologiques	2.1% (4)	0.5% (1)
Autres motifs de venue	27.1% (52)	23.9% (44)

Tableau 5 : Motif de venue principal en pourcentage et effectif dans les 2 groupes d'étude

	Questionnaire avec motifs	Questionnaire type	p
général	14.43 ± 5.65	14.81 ± 7.00	0.565
Renouvellement de traitement	13.51 ± 5.56	14.75 ± 8.44	0.388
Certificat	9.25 ± 2.63	16 ± 5.65	-
Administratif	20.25 ± 12.55	29 ± 0	-
Maladie infectieuse	13.13 ± 3.90	12.87 ± 5.95	0.81
Douleur articulaire/musculaire	14.41 ± 4.63	12.82 ± 4.32	0.136
Difficultés psychologiques	24 ± 5.35	18 ± 0	-
Autres motifs de venue	14.42 ± 5.27	14.61 ± 7.60	0.888

Tableau 6 : Comparaison des temps moyens de consultation en général et pour chaque motif de venue principal, test de Student.

IV.3 Critères secondaires

	Durée de consultation			
	n	Moyenne	Ecart type	p
Pas de motif secondaire	328	13.7	6.2	<0.001
1 motif secondaire	111	16.3	6	
2 motifs secondaires ou plus	28	19	6.5	

Tableau 7 : Comparaison des temps moyens de consultation selon le nombre de motifs secondaires de venue, test de Fisher

	Durée de consultation			
	n	Moyenne	Ecart type	p
Maladie infectieuse	86	12.96	5.3	<0.001
Douleur articulaire/musculaire	72	13.7	4.5	
Renouvellement de traitement	106	14.1	7.0	
Difficultés psychologiques et autres motifs de venue	101	14.9	6.6	
Certificat et administratif	11	16.3	9.7	
Plusieurs motifs principaux	91	17.1	6.5	

Tableau 8 : Comparaison des temps moyens selon le motif principal de venue, test de Fisher

Source de variation de Durée de consultation	p
Motif principal	0,562
Nb de motifs secondaires	<0,001

Tableau 9 : Analyse de l'impact sur la durée de consultation du motif de venue principal et du nombre de motifs secondaires (Test ANOVA, Fisher-snedecor)

		Durée de consultation		
	n	Moyenne	Ecart type	p
<15 ans	65	13.75	4.55	0.079
15-35ans	96	13.65	5.66	
35 -55 ans	129	15.13	7.85	
55- 75 ans	142	15.53	6.26	
>75 ans	29	13.31	4.99	

Tableau 10 : Comparaison des durées de consultation dans chaque catégorie d'âge (test ANOVA).

		Durée de consultation		
	n	moyenne	Ecart type	p
Pas d'études	68	14.54	5.17	0.105
Secondaire	57	12.76	5.01	
CAP BEP	118	14.42	5.68	
Baccalauréat	67	15.58	8.65	
Etudes supérieures	111	14.92	6.43	

Tableau 11 : Comparaison des durées de consultation en fonction du niveau d'études (test ANOVA)

		Durée de consultation		
	n	moyenne	Ecart type	p
Pas d'études	23	15.7	6.63	0.160
Secondaire	39	12.46	4.92	
CAP-BEP	118	14.42	5.68	
Baccalauréat	67	15.58	8.65	
Etudes supérieures	111	14.92	6.43	

Tableau 12 : Comparaison des durées de consultation en fonction du niveau d'étude, retrait des patients <15ans (test ANOVA)

		Durée de consultation		
	n	Moyenne	Ecart type	p
Masculin	193	14.25	6.19	0.293
Féminin	272	14.875	6.51	

Tableau 13 : Comparaison des durées de consultation en fonction du sexe (test de Student)

V/ Interprétation des résultats

Les populations ont été comparées selon leur catégorie d'âge (tableau 1), leur niveau d'études (tableau 2), leur sexe (tableau 3) et si le médecin qu'ils consultent est leur médecin traitant désigné (tableau 4). L'analyse réalisée par test du χ^2 n'a pas découvert de différence significative.

Au total, sur les 466 questionnaires récupérés, 239 concernaient des questionnaires types et 227 concernaient des questionnaires avec motif de venue noté et interprété par le médecin généraliste.

En ce qui concerne le critère de jugement principal, comme montré dans le tableau 6, la durée moyenne de consultation est de 14.43 minutes pour le questionnaire rempli avec les motifs de consultation contre 14.81 minutes pour le questionnaire de comparaison.

La différence n'était pas significative avec un p à 0.565. Néanmoins, l'écart type calculé a priori était inférieur à celui retrouvé lors de l'analyse.

En effet, celui-ci est de 5.65 dans les questionnaires avec motif et 6.99 avec les questionnaires de comparaison. En reprenant le calcul du nombre de sujets nécessaires avec ces nouvelles données de moyenne et d'écart type, nous sommes arrivés à un nombre de sujets nécessaires de 7111 dans chaque groupe (calcul effectué en estimant un écart type de 6.99).

L'analyse secondaire en comparant sur les motifs principaux de consultation nous a permis cependant de voir que les consultations concernant le renouvellement de traitement étaient en moyenne plus courtes avec le questionnaire complété par les patients (tableau 6).

Il était également retrouvé une diminution de la durée dans la catégorie « autre motif ». A l'inverse, la durée était augmentée quand le patient venait pour une pathologie infectieuse ou musculo-squelettique.

Le nombre plus restreint de patients ainsi que les temps de consultation courts ne permettent cependant pas d'avoir de résultats significatifs.

Il n'a pas été réalisé d'analyse dans les catégories « certificat », « administratif » et « difficultés psychologiques » devant des effectifs insuffisants.

L'analyse sur l'impact du nombre de motifs secondaires de venue montre un impact majeur de celui-ci avec un $p<0.001$ au test de Fisher (tableau 7).

Il est également retrouvé un impact important du type de motif de venue avec un $p<0.001$ (tableau 8). Mme D a secondairement réalisé un test ANOVA en ajoutant le nombre de motifs secondaires. Ce test consiste à comparer l'impact de différents facteurs sur la moyenne de consultation ainsi que l'interaction entre eux. Avec cette analyse, on ne retrouve plus de lien entre la durée de consultation et le motif principal. A nombre de motifs secondaires fixes, on n'a pas de différence de consultation selon les motifs principaux (tableau 9).

L'analyse réalisée en comparant les catégories d'âge retrouvait une consultation moyenne plus élevée à 15.53 minutes pour les patients âgés entre 55 et 75ans. Ceci est en accord avec ce que l'on retrouve dans les données de la littérature. A noter, une durée de consultation moyenne de 13.31 minutes pour les plus de 75 ans. L'analyse de ces résultats n'est pas significative mais retrouve une tendance avec $p = 0.079$ (tableau 10).

La comparaison réalisée sur les niveaux d'études ne retrouvait pas de différence significative (Tableau 12). Les patients ayant un niveau d'études Baccalauréat et supérieur avaient des durées de consultation plus longues que ceux ayant un niveau secondaire ou CAP-BEP. De même, il est à noter une durée de consultation plus longue pour les patients n'ayant fait aucune étude.

Afin d'éliminer un biais par rapport à l'âge, nous avons réalisé une nouvelle analyse en ne conservant que les patients âgés de 15 ans et plus dans chaque catégorie. Cette décision n'a pas changé de façon significative les résultats (tableau 13).

Enfin, nous n'avons pas retrouvé de différence de durée significative sur l'analyse selon le sexe. La tendance retrouvée montrait une durée plus longue pour les consultations féminines (14.875 minutes) que pour les consultations masculines (14.25 minutes), en accord avec les données retrouvées dans la littérature.

VI/ Discussion

VI.1 Forces et faiblesses de l'étude

1) Randomisation

Pour avoir une randomisation de qualité, nous avons demandé aux secrétaires de distribuer un questionnaire à tous les patients se présentant en consultation de médecine générale.

Après discussion avec celles-ci lors de la période de recueil, il m'a été avoué que la consigne a été difficile à respecter. Les questionnaires étaient bien distribués mais seuls les patients intéressés les remplissaient.

Egalement, dans les cabinets sans secrétariat physique, les questionnaires n'étaient remplis que par les patients intéressés par la thèse malgré la demande expresse du médecin généraliste lors de son passage en salle d'attente.

L'absence de secrétariat physique concernait 3 cabinets où exerce un total de 4 praticiens.

Cependant, les données socio-démographiques étaient comparables dans chaque groupe.

2) Distribution des questionnaires

Afin d'avoir des effectifs suffisants pour permettre une analyse statistique, nous avons décidé de redistribuer un lot de questionnaires aux praticiens ayant fini de remplir le premier avant la fin de la période de recueil.

Cette décision a pu entrainer des biais devant une possible sélection de praticiens, je n'ai malheureusement pas trié les questionnaires par médecin lors de cette période de recueil ce qui fait que nous ne pouvons pas réaliser cette analyse.

Il a été distribué de nouveaux questionnaires à 6 médecins dont un chez qui la consigne n'a pas bien été respectée.

La redistribution des questionnaires nous a permis d'avoir un nombre de données suffisantes au vu de la taille de l'échantillon initialement calculée.

Le fait d'avoir 2 zones de recueil nous a néanmoins permis de trier les questionnaires provenant du cabinet de Derval, j'y ai récupéré 21 questionnaires au total dont 5 questionnaires type et 16 questionnaires avec motif principal.

Nous avons donné plus de 15 questionnaires dans ce cabinet du fait de l'intérêt initial de plusieurs praticiens. Cependant, lors de la mise en pratique, seul le Dr F a contribué à la thèse.

La moyenne des questionnaires de Derval est de 12,25 minutes pour les questionnaires motifs et 13 minutes pour les questionnaires type. Devant la présence d'un nombre insuffisant, il n'y a pas eu d'analyse statistique centrée sur ces données.

3) Critères d'exclusion et retrait des questionnaires

Nous avons décidé de retirer les questionnaires complétés par le Dr R car son activité médicale ne suivait pas les recommandations de l'enseignement en médecine générale et entrainait une augmentation notable de la variance en cas d'analyse. Par cette décision, nous avons retiré 8 questionnaires au total, 4 dans chaque catégorie.

Nous avons également exclu 10 questionnaires avec motifs et 40 questionnaires types comme expliqué dans le diagramme de flux.

Le nombre de questionnaire exclus est différent car certains patients d'un médecin ont mal compris les consignes.

En effet, les motifs ont été cochés sur des questionnaires types par les patients avant de réaliser leur consultation avec le praticien. Nous avons préféré exclure ces questionnaires de l'étude plutôt que de les considérer comme des questionnaires avec motifs car la partie expression libre n'était pas présente.

4) Comparaison des groupes

Malgré les éléments cités plus hauts, les groupes restaient comparables statistiquement dans les différentes données socio-démographiques.

Il n'y a donc pas eu d'impact notable sur l'interprétation des données et la validité des résultats.

Nous n'avons pas retrouvé également de différence importante sur les motifs de venue, il est à noter cependant qu'il y a une part plus importante de venue pour le motif 4 (douleur articulaire et musculaire) dans la population d'étude du questionnaire type. Cette différence se fait aux dépens des autres catégories de manière équitable.

5) Analyse des questionnaires

Nous avons décidé de regrouper certaines catégories de motifs de consultations pour l'analyse des motifs secondaires.

En effet, les patients venant pour la réalisation d'un certificat médical ou pour la réalisation de demandes administratives ont été regroupés.

Egalement, la catégorie « difficultés psychologiques » a été rajoutée à la catégorie « autres motifs de venue ». Le nombre de questionnaires ayant comme motif principal de venue les « difficultés psychologiques » étant très faible par rapport aux questionnaires « autres motifs de venue », il n'y a pas de modifications significatives de la moyenne par cette décision (14.51 minutes sans cette modification) ainsi que de l'écart-type (6.41 sans la modification).

Nous avons décidé de regrouper les résultats des 2 questionnaires pour mon analyse secondaire devant l'absence de différence significative sur le critère principal. Cette décision

nous a permis d'avoir un résultat statistique significatif sur l'analyse du type de motif principal ainsi que le nombre de motifs secondaires.

Un possible biais dans l'analyse du motif principal de venue peut être avancé devant notre décision de considérer les questionnaires avec plusieurs motifs de cochés comme non analysable pour le type de motif principal de venue.

Nous avons néanmoins décidé de comptabiliser ces questionnaires dans le cadre de l'analyse du nombre de motifs secondaires en considérant le nombre de motifs secondaires comme étant ceux cochés moins un.

Par exemple, dans le cas de 3 motifs de venue cochés, nous notions 2 motifs secondaires de venue.

Il y a 90 questionnaires concernés par cette décision.

VI.2 Retour des patients et des médecins généralistes

Une remarque a été émise par certains patients et transmises par les médecins correspondants : nous avons demandé le niveau d'études afin de comparer leur répartition dans chaque groupe et découvrir ainsi un éventuel facteur confondant.

La remarque était, à juste titre, que le niveau d'études du patient ne reflétait pas forcément l'emploi exercé ainsi que le niveau social. Par exemple, la consultation d'un patient étant chef d'entreprise avec un niveau d'études CAP (propos recueillis par le Dr E).

Nous n'avons pas eu d'autres réflexions notables, en particulier sur la complexité de réalisation du questionnaire. Ceci recoupe les données retrouvées par Middleton (21).

A noter cependant que les patients ayant des soucis de compréhension des consignes orales et écrites n'ont probablement pas tous complétés les questionnaires.

Nous n'avons pas eu d'autre retour de la part des médecins généralistes ni de leurs secrétaires lors de la période de recueil.

VI.3 Validité externe

Nous avons comparé les caractéristiques socio-démographiques des patients ayant répondu au questionnaire sur la région des Herbiers par rapport aux données de l'INSEE (29) de ce bassin de population (données provenant de l'année 2015) :

1) Comparaison des niveaux d'études par rapport au bassin de population

Niveau d'études	Pourcentage population INSEE (effectifs)	Pourcentage population études (effectifs)
Pas d'études	33.8 % (4639)	21.66% (78)
CAP-BEP	27.4 % (3760)	30.83% (111)
BAC	15.5 % (2127)	17.5 % (63)
BAC+	25.4% (3486)	30% (108)

Tableau 14 : Comparaison pourcentage et effectifs du bassin de population des Herbiers et du questionnaire par rapport au niveau d'études.

Pour comparer ces données, nous avons regroupé dans la catégorie « Pas d'études » les patients de plus de 15 ans qui faisaient partie de nos effectifs « Pas d'études » et « secondaire ».

Afin de comparer les effectifs, nous avons utilisé le nombre de personnes non scolarisées de 15 ans et plus du site de l'INSEE. La population d'études s'élève à 13725 lors du recensement de l'année 2015.

Nous avons considéré les patients ayant eu le certificat d'études comme possédant un niveau « secondaire » sur nos questionnaires car cet examen était passé à l'âge de 11-13 ans.

Dans le cadre de formation professionnelle type aide-soignante, nous avons considéré cette formation validant un diplôme professionnel comme étant de niveau CAP-BEP bien que ne se réalisant que sur une seule année mais ne nécessitant pas nécessairement l'obtention d'un baccalauréat préalable.

Finalement nous avons estimé que toutes les études de niveau 5 ou supérieur selon le Décret n°2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles comme de niveau équivalent à BAC +.

L'analyse de ces données grâce à un test du χ^2 sur le site BiostaTGV a retrouvé une différence significative avec $p < 0.001$.

Du fait de ces résultats, nous avons avancé 2 hypothèses :

Les patients n'ayant pas réalisés d'études ne préféraient pas compléter la partie niveau d'études lors du remplissage du questionnaire ce qui explique la proportion moins importante de cette catégorie dans le tableau 14. En effet, on y retrouve 42 questionnaires non complétés, ce qui équivaut à 9%.

Les patients ayant un niveau d'études de niveau 5 et supérieur étaient plus motivés par la réalisation de ce questionnaire, ce qui expliquerait la sur-représentation de cet effectif dans les questionnaires.

Devant un effectif moindre de questionnaire rempli à Derval (21 au total), nous n'avons pas estimé qu'il fût possible d'avoir des résultats interprétables.

Pour information, les données recueillies à Derval retrouvaient :

Niveau d'études	Pourcentage population INSEE (effectifs)	Pourcentage population d'études (effectifs)
Pas d'études	29.9 % (716)	11% (2)
CAP-BEP	31.4% (752)	38.9% (7)
BAC	17% (407)	27.7% (5)
BAC +	21.7% (519)	16.7% (3)

Tableau 15 : Pourcentage et effectifs du bassin de population de Derval et du questionnaire par rapport au niveau d'études.

2) Comparaison des populations d'âge par rapport au bassin de population

Nous avons utilisé les données issues de l'INSEE (29) pour comparer les différentes catégories d'âge. Le recensement effectué en 2015 utilisait des catégories d'âge différentes mais nous avons pu extrapoler les données des questionnaires.

Catégorie d'âge	Pourcentage population INSEE (effectifs)	Pourcentage population d'études (effectifs)
<25ans	29.9% (5707)	23.4% (108)
25-64ans	52.1% (9844)	51.6%(238)
65-80ans	12.2% (2132)	20.4% (94)
>80ans	5.8% (1026)	4.55% (21)

Tableau 16 : Comparaison pourcentage et effectifs du bassin de population des Herbiers et du questionnaire par rapport à la catégorie d'âge.

L'analyse par test du χ^2 retrouve une différence significative ($p<0.001$) par rapport à la population générale du bassin de population.

On retrouve ainsi une surreprésentation de la catégorie d'âge 65-80ans et une sous-représentation des patients de moins de 25 ans et de plus de 80 ans.

L'hypothèse avancée est que la catégorie des moins de 25ans présente moins de troubles de santé et donc consulte moins leur médecin généraliste.

La sur-représentation des 65-80 ans peut être, à l'inverse, expliquée par l'émergence de problèmes médicaux et la consultation plus fréquente de généraliste.

Finalement, nous pensons que l'effectif moindre dans la catégorie plus de 80 ans est expliqué par une non complétion du questionnaire par cette population (ce qui recoupe les données des niveaux d'études). Cette différence peut également expliquer la durée de

consultation bien inférieure pour cette catégorie d'âge par rapport aux résultats attendus du fait de leurs problèmes de santé plus nombreux.

Si on compare la moyenne des patients qui ont répondu à ce questionnaire qui est de 44,6 ans (écart-type 56,6) à celle retrouvée dans l'étude ECOGEN (11) qui est de 52.73 ans, on voit une nette différence. Ceci confirme l'hypothèse d'une moindre complétion par la population plus âgée.

3) Validité externe des investigateurs

Par le fait d'un bassin de population particulier, nous avons également voulu savoir si notre échantillon de médecin généraliste était représentatif de la population française.

Dans les 17 médecins ayant participé à cette étude, 6 sont des femmes. En retirant le Dr R de l'analyse, cela nous fait une proportion de 37.5%. Celle-ci est moins importante que la population globale des médecins généralistes recensée par le conseil national des médecins (1) et qui est de 48.2% en 2018.

L'âge moyen des praticiens ayant participé à cette étude est de 47.43 ± 11.7 ans. Cette moyenne est comparable à celle de la population générale des médecins généralistes (1) qui s'élève à 50.6 ans en 2018.

4) Comparaison par rapport aux données de la littérature

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative avec l'instauration de notre questionnaire. Ceci est en accord avec les résultats retrouvés dans la littérature (22,23).

Dans cette étude, les patients consultent en moyenne pour 1.38 motifs de venue. Ce chiffre est inférieur à celui de l'étude ECOGEN (11) qui notait une moyenne de 2.6 motifs par consultation. Bien que le nombre de motifs secondaires soit moindre, l'analyse de leur impact sur la durée de consultation est comparable à celles précédemment retrouvées.

L’analyse secondaire réalisée sur les caractéristiques socio-démographiques, bien que n’ayant pas de significativité statistique, retrouve des tendances concordantes avec les études citées.

La seule différence est l’absence de tendance significative selon le sexe.

VII/ Conclusion

Nous avons réalisé notre étude afin de savoir si un questionnaire pré rempli par le patient sur son ou ses motifs de venue permettait de diminuer la durée de consultation.

L'analyse effectuée permet de retrouver une tendance sans différence statistique significative.

La principale cause de cette absence de différence significative est due au fait que les durées moyennes de consultation dans notre étude sont bien inférieures à la moyenne nationale. Ceci entraîne une augmentation notable du nombre de sujets à inclure.

L'explication à cette durée moindre de consultation est expliquée par la localisation particulière de ces praticiens (zone d'intervention prioritaire) nécessitant de voir un nombre plus important de patients et ainsi devoir diminuer la durée de consultation.

Nous avons noté lors de nos analyses secondaires, plusieurs résultats qui pourront être explorés lors de prochaines études.

L'analyse sur le type de motif secondaire a montré une diminution notable mais non significative à l'aide de notre questionnaire chez les patients venant pour un renouvellement de traitement. Ceci est en rapport avec une population d'étude moindre (106 questionnaires au total). Ce motif est également le plus fréquent de notre étude. La découverte d'une différence significative sur un prochain travail pourrait permettre de valider l'utilisation de notre questionnaire par le médecin généraliste dans un contexte de forte activité.

Nous avons également retrouvé une augmentation significative de la durée de consultation en fonction du nombre de motifs secondaires. On pourrait alors se demander s'il ne faudrait pas demander au patient de ne venir qu'avec un seul motif de venue. Démarche que réalisent déjà certains médecins américains (30,31).

Nous avons noté également une sous-représentation des catégories non diplômées ainsi que des plus de 80ans. Ces derniers consultant le plus souvent pour un renouvellement de traitement mais présentant plusieurs problèmes de santé du fait de leur âge avancé, il est probable que l'on retrouve une différence significative dans cette population.

Enfin, nous avons voulu instaurer ce questionnaire dans des zones sous dotées afin de permettre d'augmenter l'offre de soins proposées par les médecins généralistes. Ces zones sont également celles où sont actuellement en cours d'évaluation les postes d'assistants médiaux. Leurs rôles comprenant la prise d'antécédent et leur motif de venue, il serait intéressant de voir l'impact de ce type de questionnaire sur la prise en charge des patients.

VIII/ Bibliographie

1. ordre national des médecins. atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018 [cité 21 févr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

2. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2019, France − Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926

3. ARS. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: http://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=gene_datcom.dens_g&s=2017&view=map6

4. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? (17). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf

5. ARS. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins

6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015

7. Lartizien G. Le patient internaute qui est-il ? Que recherche-t-il ? Comment lui adapter nos pratiques ? [Internet]. [Lille]: université du droit et de la santé; 2012. Disponible sur: https://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/6ae3f8f7-871e-43e5-b73c-7abd586c5528

8. Office fédéral de la statistique. Les réseaux sociaux, pas qu une histoire d ados [Internet]. Suisse; 2014 déc. Disponible sur: https://docplayer.fr/10698216-Les-reseaux-sociaux-pas-qu-une-histoire-d-ados.html

9. Hibbard JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. Health Aff (Millwood). févr 2013;32(2):207‑14.

10. Popelier A, Duhot D, Kandel O. Determinants in consultation length in French General Practice. exercer. 2008;(80):56‑7.

11. Letrilliart L, Supper I, ..., Mercier A. ECOGEN : étude des éléments de la Consultation en médecine générale. exercer. 2014;25(114):148‑57.

12. Deveugele M. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 31 août 2002;325(7362):472‑472.

13. Wiggers JH, Sanson-Fisher R. duration of general practice consultations : associations with patient occupational and educational status. Soc Sci Med. 1997;44(7):925‑34.

14. BREUIL-GENIER P, GOFFETTE C. La durée des séances des médecins généralistes. DRESS - Etudes Résultats [Internet]. avr 2006;(481). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf

15. Stevens S, Bankhead C, Mukhtar T, Perera-Salazar R, Holt TA, Salisbury C, et al. Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care. BMJ Open. nov 2017;7(11):e018261.

16. Chambonet J-Y, Barberis P, Peron V. How long are consultations in French general practice? Eur J Gen Pract. janv 2000;6(3):88‑92.

17. Salisbury C, Procter S, Stewart K, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. The content of general practice consultations: cross-sectional study based on video recordings. Br J Gen Pract. nov 2013;63(616):e751‑9.

18. Eisenthal S, Lazare A. Expression of Patients' Requests in the Initial Interview. Psychol Rep. févr 1977;40(1):131‑8.

19. Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. BMJ. 21 févr 2004;328(7437):441.

20. Hamilton W, Russell D, Stabb C, Seamark D, Campion-Smith C, Britten N. The effect of patient self-completion agenda forms on prescribing and adherence in general practice: a randomized controlled trial. Fam Pract. 18 oct 2006;24(1):77‑83.

21. Middleton JF. Asking patients to write lists: feasibility study. BMJ. 1 juill 1995;311:34.

22. Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL. Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial. BMJ. 27 mai 2006;332(7552):1238‑42.

23. Brock DM, Mauksch LB, Witteborn S, Hummel J, Nagasawa P, Robins LS. Effectiveness of Intensive Physician Training in Upfront Agenda Setting. J Gen Intern Med. nov 2011;26(11):1317‑23.

24. Berthe C, El-Hage W. L'auto-questionnaire psychiatrique comme moyen d'améliorer la prise de conscience de la dépression: enquête en médecine générale en région Centre. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2015.

25. Lassalle G. Élaboration d'un auto-questionnaire patient et évaluation de son utilisation sous la forme d'une fiche synthétisée pour structurer une consultation de prévention dédiée en médecine générale. 9 déc 2016 [cité 11 juin 2019]; Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01501872

26. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur: https://biostatgv.sentiweb.fr/

27. Trouver un médecin | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 20 sept 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire

28. Médecin généraliste près des herbiers [Internet]. Google maps. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: https://www.google.com/maps/search/m%C3%A9decin+g%C3%A9n%C3%A9raliste+/@46.8891154,-1.0482802,12z

29. Insee - Statistiques locales [Internet]. [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#c=home

30. Schrager S, Gaard S. What should you do when your patient brings a list? Fam Pract Manag. juin 2009;16(3):23‑7.

31. Heritage J, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M. Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. J Gen Intern Med. 21 sept 2007;22(10):1429‑33.

32. Lemon T, Smith R. Consultation content not consultation length improves patient satisfaction. J Fam Med Prim Care. 2014;3(4):333.

Annexe 1

Coordonnées des praticiens

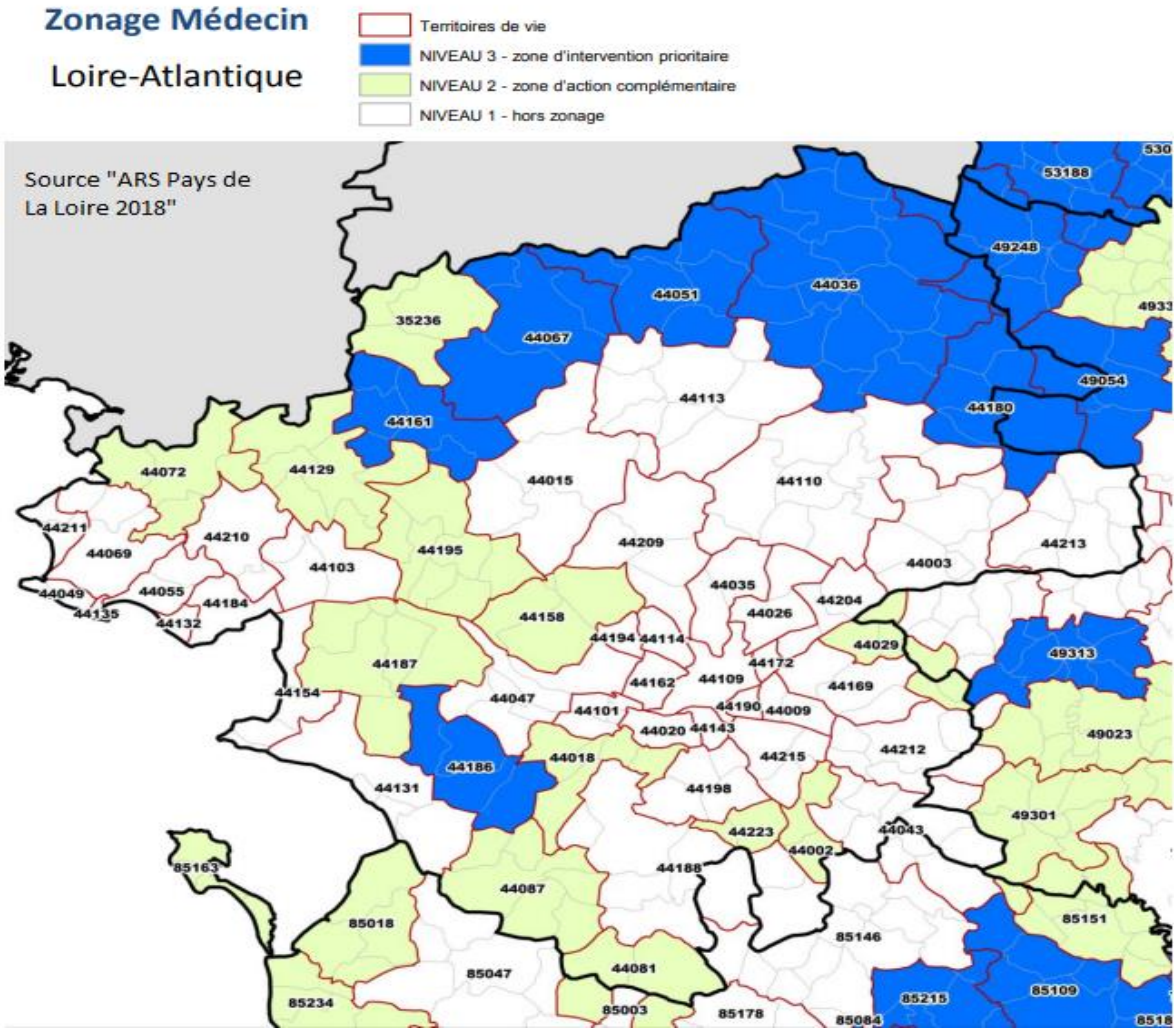
Nom	Age	Sexe	Adresse
Dr B	33 ans	Féminin	Mortagne-sur-Sèvre
Dr F	49 ans	Féminin	Mortagne-sur-Sèvre
Dr M	53 ans	Masculin	Mortagne-sur-Sèvre
Dr H	43 ans	Masculin	Mortagne-sur-Sèvre
Dr R		Masculin	Les Herbiers
Dr L	69 ans	Masculin	Les Herbiers
Dr B	32 ans	Féminin	Les Herbiers
Dr T	60 ans	Masculin	Les Herbiers
Dr L	55 ans	Féminin	Les Herbiers
Dr E	46 ans	Masculin	Les Herbiers
Dr V	59 ans	Masculin	La Gaubretière
Dr L	32 ans	Masculin	La Gaubretière
Dr D	45 ans	Féminin	La Gaubretière
Dr L	42 ans	Masculin	La Gaubretière
Dr S	36 ans	Féminin	La Gaubretière
Dr S	39 ans	Masculin	La Verrie
Dr F	64 ans	Masculin	Derval

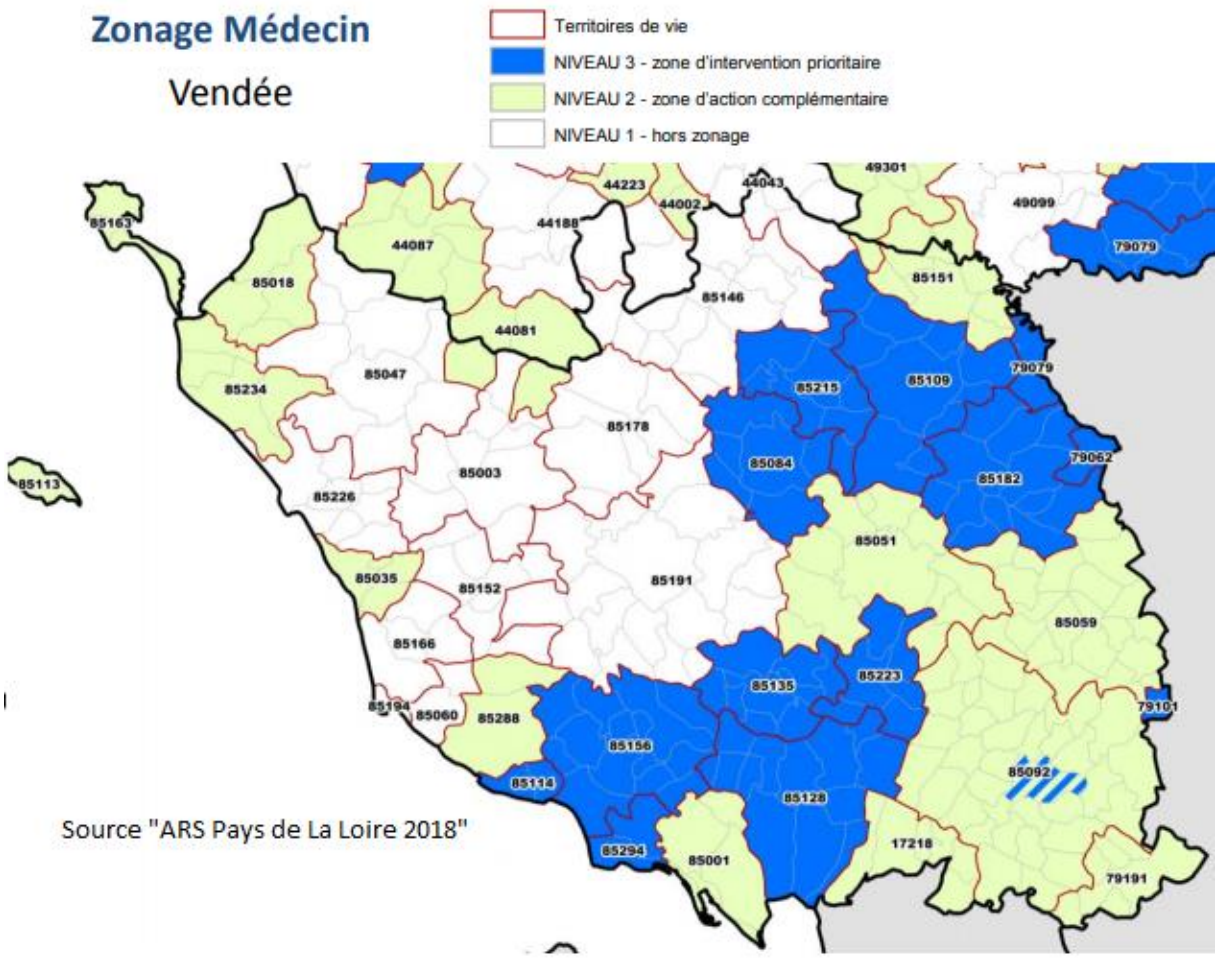
Annexe 2

Zonage des pays de la Loire et de La Vendée

Zonage Médecin

Loire-Atlantique





Derval = 44067 (zone d'intervention prioritaire)

Les Herbiers = 85109 (zone d'intervention prioritaire)

Mortagne sur Sèvre = 85151 (zone d'action complémentaire)

Annexe 3

Questionnaires

Questionnaire thèse T. Le Roux

Je réalise une thèse de médecine générale dans des zones de déserts médicaux et pour cela je mets à votre disposition ce questionnaire.

Je vous remercie de suivre ces 4 étapes :

1) Remplir les renseignements demandés
2) Noter l'heure de **début** de la consultation avec votre médecin,

Après la consultation :

3) Répondre à la question du motif de venue.
4) Noter sur le questionnaire l'heure **à la fin** de la consultation.

Si vous accompagnez un enfant de moins de 15 ans, merci de le compléter à sa place en mettant ses données personnelles.

Age : **Niveau d'études :**	**Sexe :** **Le médecin que vous allez consulter est-il votre médecin traitant ? :**

Heure réelle de début de consultation :

A remplir **après** la consultation :

Motif(s) de venue (cochez la ou les case(s) correspondant le mieux) :

Renouvellement de traitement ○

Certificat ○

Administratif ○

Maladie infectieuse ○

Douleur articulaire/musculaire ○

Difficulté psychologique ○

Autre ○

Heure réelle de fin de consultation :

<u>Merci de votre coopération !</u>

Questionnaire thèse T. Le Roux

Je réalise une thèse de médecine générale dans des zones de déserts médicaux et pour cela je mets à votre disposition ce questionnaire.

Je vous remercie de suivre ces 4 étapes :

1) Répondre aux questions
2) Noter l'heure de **début** de la consultation avec votre médecin,
3) Donner le questionnaire à votre médecin lors de la consultation
4) Noter sur le questionnaire l'heure **à la fin** de la consultation.

Si vous accompagnez un enfant de moins de 15 ans, merci de le compléter à sa place en mettant ses données personnelles.

Age : **Niveau d'études :**	**Sexe :** **Le médecin que vous allez consulter est-il votre médecin traitant ? :**

Quel est le motif principal de votre consultation actuelle ?

Renouvellement de traitement ○

Certificat ○

Administratif ○

Maladie infectieuse ○

Douleur articulaire/musculaire ○

Difficulté psychologique ○

Autre ○

Si vous avez d'autres motifs de venue, vous pouvez les noter ci-dessous :

-

-

Heure réelle de début de consultation :

Heure réelle de fin de consultation :

<u>Merci de votre coopération !</u>

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Vu, le Président du Jury, Pr AGARD Christian,

Vu, le Directeur de Thèse, Dr SPIRE Thibaut,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : LE ROUX PRENOM : THIBAUT

Titre de Thèse : Impact d'un auto questionnaire sur la durée de consultation en médecine générale

---

Résumé :

Introduction :

La densité médicale d'omnipraticien diminue depuis plusieurs années et cette tendance ne sera pas compensée par l'augmentation du numérus clausus avant 2025. Cette situation amène une pénurie médicale. Nous avons voulu savoir si l'instauration d'un auto-questionnaire sur leur motif de consultation, rempli avant celle-ci, permettait de diminuer le temps de consultation. Ceci afin de permettre de majorer l'offre de soins.

Méthode :

Etude quantitative randomisée multicentrique, réalisée dans 8 centres, auprès de la patientèle de 17 médecins de la région des Herbiers. Les jours pairs, les patients remplissaient un questionnaire sur leur(s) motif(s) de venue avant de consulter leur médecin généraliste. La consultation était ensuite effectuée à l'aide du questionnaire puis le temps de consultation était noté. Les jours impairs, les patients remplissaient un questionnaire de comparaison sans indication du motif de venue.

Résultats :

566 questionnaires ont été analysés, 227 questionnaires avec motifs et 239 questionnaires de comparaison. Moyenne de consultation à 14.41 minutes pour les questionnaires avec motifs et 14.83 minutes pour ceux de comparaison ($p=0.565$). L'analyse secondaire sur les facteurs influençant la durée de consultation montre une augmentation significative de la durée en fonction du nombre de motif ($p<0.001$).

Discussion/Conclusion :

L'analyse des questionnaires récupérés ne permet pas d'avoir de résultats significatifs mais montre une tendance à la diminution de durée de consultation chez les patients consultant pour un renouvellement de traitement. De nouvelles études sur ce motif ou avec de plus grands effectifs pourront être effectuées afin de permettre d'avoir des résultats significatifs.

Mots clés : auto-questionnaire, salle d'attente, médecine générale, durée de consultation.