ARTICLE ORIGINAL

Temps de consultation et qualité des soins au Maroc : Enseignements pour les pays à revenu intermédiaire

Consultation Time and Quality of Care in Morocco: Lessons for Developing Countries

Abdellatif Moustatraf[1,2], Abdelati Zouine[1], Fatima Touhami[1]

1. Faculté d'Économie et de Gestion, Laboratoire Pluridisciplinaire de Recherche en Économie et Gestion, Université Sultan Moulay Slimane, 23000 Béni-Mellal, Maroc.
2. École Nationale de Santé Publique, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 10000 Rabat, Maroc.

Résumé

Introduction : Dans les pays à revenu intermédiaire, la durée des consultations médicales constitue un déterminant essentiel de la qualité des soins, notamment en raison du faible niveau d'instruction d'une partie de la population. Cette étude analyse son impact au Maroc, en explorant les perceptions des assurés de l'AMO.
Méthodes : Une approche mixte a combiné une revue de la littérature et une enquête auprès de 240 assurés de l'AMO. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire portant sur l'écoute, la clarté des explications, la durée des consultations et les attentes des patients.
Résultats : La majorité des patients se sentent écoutés et jugent les explications compréhensibles. Toutefois, une proportion significative exprime des besoins non satisfaits, notamment en matière de durée des consultations et de clarté du langage médical. La durée moyenne (15 à 20 minutes) est jugée suffisante par deux tiers des patients, mais un tiers souhaiterait davantage de temps. Le taux global de satisfaction atteint 80 %.
Conclusions : L'étude confirme que la durée de consultation représente un levier majeur pour renforcer la communication médecin-patient et la qualité perçue des soins. Dans un contexte de ressources limitées, des mesures telles que la simplification du langage médical, la formation des professionnels à la communication et une meilleure gestion du temps de consultation apparaissent prioritaires. Ces enseignements dépassent le cadre marocain et sont transposables aux pays à revenu intermédiaire confrontés à des défis similaires.

Mots clés : Temps de consultation, Satisfaction des patients, Qualité des soins, Communication médecin-patient, Pays à revenu intermédiaire.

Abstract

Introduction: In middle-income countries, the duration of medical consultations is a key determinant of care quality, particularly given the limited health literacy of part of the population. This study analyzes its impact in Morocco by exploring the perceptions of beneficiaries of Compulsory Health Insurance (AMO).
Methods: A mixed-methods design combined a literature review with a survey of 240 AMO beneficiaries. Data were collected through a questionnaire focusing on listening, clarity of explanations, consultation length, and patient expectations.
Results: Most patients reported feeling listened to and considered the explanations clear. However, a significant proportion expressed unmet needs, especially regarding consultation time and medical jargon. The average consultation duration (15–20 minutes) was considered sufficient by two-thirds of patients, while one-third desired more time. Overall satisfaction reached 80%.
Conclusions: Consultation length is a major lever for enhancing doctor–patient communication and perceived quality of care. In resource-limited settings, interventions such as simplifying medical language, training healthcare providers in communication skills, and optimizing consultation time management are crucial. These findings, while grounded in the Moroccan context, provide valuable lessons for middle-income countries facing similar challenges.

Keywords: Consultation time, Patient satisfaction, Quality of care, Doctor–patient communication, middle-income countries.

Correspondance
Abdellatif Moustatraf
Faculté d'Économie et de Gestion, Laboratoire Pluridisciplinaire de Recherche en Économie et Gestion, Université Sultan Moulay Slimane, 23000 Béni-Mellal, Maroc.
Email: moustatraf@gmail.com

LA TUNISIE MEDICALE-2026; Vol 104 (04): 568-573 DOI: 10.62438/tunismed.v104i04.6386

Cet article est distribué selon les termes de la licence internationale Creative commons Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International(CC BY-NC-ND 4.0) qui autorise l'utilisation non commerciale, la production, la reproduction et la distribution, à condition que l'auteur original et la source soient mentionnés.

Ce que l'on sait sur ce sujet :

- La durée des consultations médicales influence directement la communication médecin-patient, la précision des diagnostics et la satisfaction des patients.
- Dans les pays à revenu intermédiaire, le niveau d'instruction limité d'une partie de la population renforce l'importance d'un temps de consultation suffisant et d'un langage médical accessible.

Ce que cet article ajoute :

- Première étude au Maroc analysant l'impact de la durée des consultations sur la satisfaction et la qualité perçue des soins dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- L'étude montre qu'une proportion significative de patients exprime des attentes non satisfaites en termes de temps et de clarté des explications.
- L'étude met en évidence la nécessité de former les professionnels à la communication, de simplifier le langage médical et d'optimiser le temps des consultations, avec des enseignements généralisables aux pays à revenu intermédiaire.

Introduction

Dans le contexte actuel, où les rythmes de vie effrénés imposent des contraintes croissantes, la durée des consultations médicales soulève de nombreuses interrogations. Entre obligations professionnelles et responsabilités personnelles, chaque minute devient précieuse, rendant légitime la question du temps nécessaire pour un rendez-vous médical. Cette réflexion dépasse une simple préoccupation organisationnelle, car elle s'inscrit au cœur des enjeux de la relation médecin-patient et de la qualité des soins [1-2].

La durée d'une consultation dépend de la complexité des cas, des attentes des patients et des contraintes organisationnelles. Un temps suffisant est nécessaire pour permettre au médecin d'établir un diagnostic précis et d'offrir un espace d'échange. Les patients valorisent ce temps pour comprendre clairement leurs traitements et poser des questions. La perception de cette durée reste toutefois subjective, variant selon la gravité des situations, les besoins individuels et la qualité de la communication perçue [3].

Le modèle théorique de Donabedian (1988) propose une évaluation de la qualité des soins à travers les dimensions de structure, processus et résultats [1]. Dans ce cadre, la durée de la consultation, en tant que composante essentielle du processus, influence directement plusieurs aspects de la qualité des soins : satisfaction des patients, précision des diagnostics, efficacité des traitements et sécurité des soins. Une consultation prolongée permet une meilleure écoute, une exploration approfondie des symptômes et une prise de décision partagée, renforçant ainsi la collaboration entre le médecin et le patient [3-4]. À l'inverse, des consultations trop courtes, bien que parfois perçues comme efficaces, peuvent limiter l'engagement du patient, augmenter les risques d'erreurs diagnostiques, et affecter la qualité perçue des soins [3].

Des études internationales révèlent que la durée des consultations varie considérablement (10 minutes au Royaume-Uni, 16 minutes en France) [5-6], ce qui soulève des questions sur la qualité des soins. Des recherches récentes montrent que des consultations plus courtes peuvent être associées à un risque accru d'erreurs diagnostiques et à une diminution de la satisfaction des patients [4-7].

Dans cette dynamique, il est essentiel de trouver un équilibre entre gestion efficace du temps et interaction de qualité. Une organisation optimale peut non seulement atténuer le stress et la charge de travail du médecin, mais aussi maximiser la confiance et la satisfaction des patients. Toutefois, plusieurs questions méritent d'être approfondies : quelle durée de consultation garantit un soin optimal ? Jusqu'où peut-on adapter ce temps sans compromettre ni la qualité des soins ni le respect des contraintes du médecin ? Est-il pertinent de réglementer ce temps pour assurer son efficacité et son équité ?

Cette étude vise à analyser l'association entre la durée des consultations médicales, la qualité de la communication médecin-patient et la satisfaction des patients au Maroc. En s'appuyant sur le modèle d'évaluation de la qualité des soins proposé par Avedis Donabedian, ainsi que sur une revue de la littérature et une enquête auprès d'assurés, elle examine les interactions entre temps de consultation, communication médicale et expérience globale des patients. L'objectif est d'identifier des facteurs organisationnels susceptibles d'être pris en compte dans l'amélioration de la qualité perçue des soins dans un contexte de ressources limitées.

Méthodes

Conception de l'étude

Une étude observationnelle transversale a été conduite afin d'analyser l'association entre la durée perçue des consultations médicales, la qualité de la communication médecin-patient et la satisfaction des assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au Maroc. L'étude repose sur une approche mixte combinant analyse quantitative des réponses structurées et analyse qualitative des réponses ouvertes.

Cadre de l'étude et participants

L'enquête a été menée au Maroc auprès d'assurés de l'AMO issus d'une population totale estimée à 11,213 millions d'assurés au 1er janvier 2024. Les participants devaient être âgés de plus de 21 ans et avoir réalisé au moins une consultation médicale au cours des douze derniers mois. Une étude pilote a été conduite du 10 au 25 mars 2024 afin de tester la compréhension du questionnaire. La collecte principale des données a été réalisée entre le 29 mars et le 22 avril 2024. Le recrutement a été effectué par diffusion en ligne du questionnaire, constituant un échantillon de convenance. Au total, 300 assurés ont

été contactés, 260 ont répondu, et 240 questionnaires ont été retenus pour l'analyse après exclusion de 20 réponses (12 incomplètes et 8 non éligibles). Ce mode de recrutement permet un accès rapide aux répondants mais peut entraîner un biais de sélection, notamment une sous-représentation des populations âgées, rurales ou à faible littératie numérique.

Variables

Les variables principales incluaient la perception de la durée de consultation, la qualité de l'écoute médicale, la clarté des explications fournies, les délais d'attente perçus et la satisfaction globale des assurés. La satisfaction globale a été définie comme une évaluation positive de la prise en charge incluant la communication, la durée de consultation et la qualité relationnelle. Certaines variables socio-démographiques initialement collectées, notamment le niveau d'éducation et le type d'établissement de santé, présentaient un taux de non-réponse élevé. Afin d'éviter une réduction excessive de l'effectif analysable, elles n'ont pas été intégrées dans certains modèles multivariés. Par ailleurs, certaines variables potentiellement confondantes, telles que les comorbidités ou la fréquence de recours aux soins, n'étaient pas disponibles et constituent une limite méthodologique.

Sources de données

Les données primaires ont été collectées via un questionnaire administré en ligne (Google Forms), comprenant des questions fermées et ouvertes portant sur l'expérience de consultation médicale. Les données secondaires ont été issues d'une revue de littérature réalisée dans les bases PubMed, Scopus et Google Scholar. La sélection des articles a suivi une démarche structurée inspirée des recommandations du cadre PRISMA, aboutissant à l'inclusion de 29 publications pertinentes. Des documents institutionnels et textes réglementaires marocains ont également été consultés.

Biais potentiels

Cette étude présente deux types de biais potentiels. Premièrement, un biais de sélection dû au fait que l'échantillon ne comprend que les assurés de l'AMO sans faire la distinction entre les sous-catégories d'assurés et par conséquent les sous-régimes de l'AMO, notamment l'AMO des populations démunies. Deuxièmement, des biais d'information liés au caractère auto-déclaré des réponses, ainsi que des biais de mesure liés au caractère auto-déclaré des réponses, alors que les biais de mesure sont liés au caractère subjectif de la perception du temps médical.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants devaient être assurés de l'AMO et avoir réalisé au moins une consultation médicale au cours des 12 derniers mois. Ceux ayant des antécédents médicaux lourds ou des troubles cognitifs qui peuvent affecter leur capacité à répondre étaient exclus.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée selon la formule [8] : $N = Z1\text{-}\alpha/2\ (S\ (1 - S)) / (\varepsilon 2)$. Avec :

- Niveau de confiance : 85,3 % (indiquant que l'intervalle de confiance a 85,3 % de chances de contenir la vraie valeur du taux de sinistralité),
- Précision : 6,2 % (marge d'erreur maximale),
- Taux de sinistralité estimé : 29,9 %,
- Population totale : 11,213 millions d'assurés [8].

Le choix d'une distribution normale pour les données repose sur des analyses préliminaires et les connaissances du domaine, assurant ainsi la représentativité de l'échantillon par rapport à l'ensemble des assurés de l'AMO. Cela garantit des données fiables et précises pour évaluer leur satisfaction [6].

Analyse des données

Analyse quantitative : Une analyse descriptive a été réalisée pour présenter les fréquences et proportions. Des analyses bi-variées ont été menées afin d'explorer les associations entre les variables explicatives et la satisfaction des assurés. Une analyse multivariée par régression logistique a ensuite été effectuée afin d'identifier les facteurs associés à la satisfaction globale, avec estimation des odds ratios ajustés et de leurs intervalles de confiance à 95 %.

Analyse qualitative : Les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse thématique visant à identifier les perceptions des assurés concernant la durée des consultations et la communication médicale. Le codage a été réalisé manuellement avec l'appui du logiciel NVivo 12, permettant l'identification de thèmes récurrents et leur mise en relation avec les résultats quantitatifs.

Considérations éthiques

L'étude a respecté les dispositions de la loi marocaine n° 09-08 relative à la protection des données personnelles au Maroc. Les participants ont donné leur consentement éclairé après information sur les objectifs de l'étude. Les données ont été anonymisées et stockées de manière sécurisée.

Résultats

Parmi les 300 assurés initialement contactés, 260 ont répondu au questionnaire. Après exclusion de 20 questionnaires incomplets ou non éligibles, 240 participants ont été inclus dans l'analyse finale.

Analyse socio-démographique

Un total de 240 assurés de l'AMO ont été inclus dans l'étude. L'âge médian des participants était de 45 ans (intervalle : 21-75 ans). Parmi les participants, 58% étaient des femmes et 42% des hommes. En termes de niveau d'éducation, 35% des participants avaient

un niveau d'éducation secondaire, 45% un niveau universitaire, et 20% un niveau d'éducation primaire ou moins. La majorité des participants (65%) consultaient dans des établissements de santé publics, tandis que 35% fréquentaient des établissements privés.

Analyse descriptive

Pour ce qui est de la qualité de l'écoute, 86% des patients se sont déclarés satisfaits de l'attention que leur portait leur médecin, tandis que 14% ont exprimé un sentiment de manque d'écoute. Concernant la clarté des explications, une majorité de patients (78%) a jugé les informations médicales claires et compréhensibles. Cependant, 22% ont rencontré des difficultés, notamment en raison de l'utilisation fréquente de termes techniques. En parallèle, la durée des consultations, estimée en moyenne entre 15 et 20 minutes, a été jugée suffisante par 68% des patients. Toutefois, 32% auraient souhaité bénéficier de davantage de temps pour aborder leurs préoccupations. Finalement, 80 % des patients ont déclaré être globalement satisfaits, cette satisfaction étant principalement liée à l'écoute attentive, à la clarté des explications, à la politesse, à l'empathie des médecins et à leur disponibilité pour répondre aux questions.

Analyse bi-variée

Une analyse bi-variée a été conduite pour évaluer l'association entre la satisfaction des patients (variable dépendante) et les variables relatives au déroulement de la consultation.
L'étude révèle des liens significatifs entre la satisfaction des patients et certains aspects de la consultation. Ainsi, les patients qui ont jugé la durée des consultations suffisante étaient 1,5 fois plus susceptibles d'être satisfaits de leur prise en charge (OR = 1,5 ; IC à 95% : 1,2-1,9 ; p = 0,003). De même, la clarté des explications médicales apparaît fortement associée à la satisfaction des patients. Ceux qui ont trouvé les explications claires étaient 2 fois plus susceptibles d'être satisfaits (OR = 2,0 ; IC à 95% : 1,5-2,7 ; p < 0,001). Par ailleurs, l'écoute active du médecin est un facteur statistiquement associé à la satisfaction des patients. En effet, ceux qui se sentaient écoutés étaient 2,3 fois plus susceptibles d'être satisfaits (OR = 2,3 ; IC à 95% : 1,8-3,0 ; p < 0,001).

Analyse multivariée

En ce qui concerne les facteurs associés à la satisfaction globale, après ajustement pour les variables incluses dans le modèle, certaines variables potentiellement confondantes, telles que les comorbidités ou la fréquence de recours aux soins, n'étaient pas disponibles et n'ont donc pas pu être prises en compte dans l'ajustement. la durée des consultations (aOR = 1,4 ; IC à 95% : 1,1-1,8 ; p = 0,01) et la clarté des explications (aOR = 1,8 ; IC à 95% : 1,3-2,5 ; p = 0,002) sont restées significativement associées à la satisfaction des patients. Par ailleurs, l'étude s'est également intéressée aux facteurs associés à la perception de l'écoute. Il en ressort que les patients qui consultaient dans des établissements privés étaient 1,6 fois plus susceptibles de se sentir écoutés que ceux des établissements publics (aOR = 1,6 ; IC à 95% : 1,1-2,3 ; p = 0,02).

Suggestions des patients

Les patients ont formulé plusieurs suggestions pour améliorer la qualité des soins. La réduction des temps d'attente est une préoccupation majeure, 45% des patients suggérant une meilleure gestion des rendez-vous. Par ailleurs, 22% des patients ont recommandé l'utilisation d'un langage médical plus simple et accessible, soulignant ainsi l'importance de la clarté des explications. De plus, 32% des patients ont exprimé le souhait d'avoir des consultations plus longues, afin de pouvoir aborder toutes leurs préoccupations. Enfin, 18% des patients ont suggéré une formation accrue des médecins à l'écoute active et à l'empathie, mettant en évidence l'importance de l'aspect humain dans la relation médecin-patient.

Analyse qualitative des réponses ouvertes

L'analyse thématique des réponses ouvertes a permis d'identifier plusieurs dimensions récurrentes dans l'expérience des patients. Premièrement, certains participants ont exprimé que la durée de consultation était parfois insuffisante pour aborder l'ensemble de leurs préoccupations, comme l'illustre le commentaire suivant : « le médecin n'a pas toujours assez de temps pour répondre à toutes mes questions ». Deuxièmement, plusieurs répondants ont signalé des difficultés liées à l'usage de termes médicaux techniques limitant la compréhension, par exemple : « parfois les explications sont trop médicales et difficiles à comprendre ». Troisièmement, la perception d'une écoute attentive du médecin apparaît étroitement liée à la satisfaction globale déclarée. Ces observations qualitatives convergent avec les résultats quantitatifs.

Discussion

Cette étude met en évidence le rôle central de la communication médecin-patient comme déterminant majeur de la satisfaction des assurés de l'AMO au Maroc. Une large proportion de patients déclare se sentir écoutés et juger les explications médicales claires. La littérature indique que l'écoute active peut favoriser la satisfaction et contribuer à améliorer la qualité du diagnostic [9], tandis qu'un manque d'écoute est susceptible d'entraîner une perte de confiance [10]. De même, la clarté de l'information constitue un facteur essentiel d'adhésion thérapeutique et de réduction de l'anxiété [5], l'usage de jargon médical pouvant altérer la compréhension des patients [11].
L'attitude bienveillante du médecin est un facteur de satisfaction majeur : 82% des patients perçoivent leur médecin comme poli et empathique. Une telle attitude instaure une confiance favorisant la communication et une meilleure adhésion aux traitements [12]. Cependant,

un manque d'empathie, ressenti par 18% des patients, souligne la nécessité de renforcer ces compétences via la formation à l'écoute active et à la communication non verbale [13-14], car elles impactent directement les résultats cliniques [11-12-13].

La disponibilité du médecin est également un facteur clé de dialogue et d'adhésion au traitement, 75% des patients se disant satisfaits à cet égard. Un manque de disponibilité (ressenti par 25% des patients) souligne la nécessité de solutions complémentaires pour renforcer la confiance [15-16]. De plus, 82% des patients sont satisfaits des explications reçues sur le diagnostic et le traitement, et 78% des patients apprécient que leurs préférences soient prises en compte. Cela confirme que l'approche centrée sur le patient est cruciale pour l'engagement et l'amélioration de leur expérience de soins [1-17].

Concernant la durée de la consultation, 68% des patients estiment que les 15 à 20 minutes allouées sont suffisantes. Toutefois, 32% jugent ce temps insuffisant, ce qui peut affecter leur expérience de soins [5]. L'analyse par sous-groupes révèle que la satisfaction des patients de plus de 50 ans est significativement plus élevée que celle des plus jeunes (72,5% vs. 65% ; p = 0,04), et que les patients consultant le secteur privé sont également plus satisfaits (76% vs. 65% ; p = 0,03). Ces différences soulignent que l'efficacité de la communication, même pour des consultations courtes, est cruciale pour maximiser la satisfaction [14], car de nombreux patients n'osent pas poser de questions si leur médecin semble pressé [18-19].

Les attentes des patients vont au-delà de la simple durée de consultation : ils cherchent une approche centrée sur leurs besoins, avec de l'écoute et des explications claires. Bien que le temps passé chez les généralistes et les spécialistes ne soit pas perçu différemment, les attentes sont plus critiques chez ces derniers en raison de la complexité des problèmes.

Enfin, la réglementation du temps de consultation divise les opinions (45 % pour, 42 % contre). Si une durée plus longue est associée à une meilleure satisfaction [20-21], elle n'améliore pas nécessairement la qualité des soins, ce qui souligne la nécessité d'une approche équilibrée.

Les résultats confirment l'importance de l'écoute, du respect, de la disponibilité et de la communication dans la satisfaction des patients [22]. Une approche centrée sur le patient est essentielle pour garantir des soins de qualité [23].

En résumé, l'étude met en évidence une satisfaction globale des patients concernant l'écoute et le temps que les médecins leur accordent, tout en identifiant des pistes d'amélioration. Sur le plan opérationnel, plusieurs actions peuvent être envisagées afin d'améliorer la qualité des consultations médicales :

→ Développer des programmes structurés de formation continue en communication clinique intégrant des modules pratiques d'écoute active, d'annonce diagnostique et d'explication simplifiée des traitements.

→ Adapter l'organisation des consultations en expérimentant des durées différenciées selon la complexité clinique, le type de consultation et les besoins spécifiques des patients. [22].

→ Mettre en place des dispositifs standardisés d'évaluation de l'expérience patient incluant des indicateurs spécifiques de qualité de la communication médecin-patient.

→ Déployer des supports d'information écrits ou numériques validés (fiches explicatives, résumés de consultation, outils numériques) afin de compléter l'explication orale et améliorer la compréhension médicale. [23].

→ Réduire, lorsque cela est possible, la charge administrative pesant sur les médecins afin de préserver le temps consacré à l'échange clinique et à l'écoute du patient.

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques, notamment un biais de sélection (assurés principaux uniquement), un biais d'information (réponses auto-déclarées) et un biais de mesure (perception subjective du temps et de la communication). Compte tenu du caractère transversal de l'étude, les associations observées doivent être interprétées avec prudence et ne permettent pas d'établir une relation causale entre la durée de consultation, la qualité de la communication et la satisfaction des patients. Malgré ces limites, la robustesse des résultats a été confirmée par une analyse de sensibilité : la satisfaction globale reste cohérente (68,2 %), et la relation entre le temps de consultation et la satisfaction demeure significative après ajustement (OR = 2,31, p < 0,001).

Les résultats de cette étude présentent des implications importantes pour l'organisation du système de santé au Maroc et, plus largement, pour les pays à revenu intermédiaire. Ils suggèrent que l'amélioration de la qualité des soins ne repose pas uniquement sur l'augmentation des ressources médicales, mais également sur l'optimisation de l'organisation des consultations et le renforcement des compétences communicationnelles des professionnels. Dans ce cadre, l'amélioration de la gestion des rendez-vous, le développement de formations structurées en communication clinique et une réflexion sur l'encadrement organisationnel du temps de consultation, y compris, lorsque cela est pertinent, l'examen d'une durée minimale recommandée, pourraient contribuer à améliorer la prise en charge, tout en nécessitant des évaluations complémentaires. L'intégration d'indicateurs de qualité communicationnelle dans les dispositifs d'évaluation des services de santé apparaît également comme un levier potentiel d'amélioration de l'expérience patient, de l'implication dans les décisions thérapeutiques et, plus largement, de l'efficacité des soins. Ces éléments soulignent l'importance d'une approche centrée sur le patient comme orientation stratégique pour les politiques de qualité des soins.

Conclusion

Cette étude met en évidence une association significative entre la durée perçue des consultations, la qualité de la communication médecin-patient et la satisfaction

des patients. Si la durée moyenne observée est jugée suffisante par une majorité de répondants, une proportion notable exprime un besoin de temps supplémentaire, particulièrement pour améliorer la compréhension des informations médicales.

Ces résultats suggèrent que l'amélioration de la qualité des consultations repose autant sur l'efficacité de la communication que sur la gestion organisationnelle du temps médical. Dans les systèmes de santé à ressources contraintes, des stratégies combinant formation à la communication, optimisation des processus de consultation et développement d'outils d'information adaptés pourraient contribuer à améliorer l'expérience des patients et la qualité perçue des soins.

Références

1. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12):1743-8.
2. Bélanger M, Gosselin L. La relation médecin-patient: Un élément clé de la satisfaction des patients. Rev Soins Infirm. 2010;75(2):10-5.
3. Charles V, Gini R. The impact of consultation length on patient satisfaction and clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis. J Fam Med. 2018;57(12):850-9.
4. Gault F, Sullivan M. The effect of consultation time on patient outcomes: A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2016;6(3):e010310.
5. NHS England. General Practice Forward View. NHS England; 2019.
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. 2006. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf. Consulté le 7 janvier 2025.
7. Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin APS, Hill AP, Shah NC, et al. Evolving general practice consultation in Britain: Issues for the future. Br J Gen Pract. 1998;48(436):1259-62.
8. Thompson SK. Échantillonnage. In: Salkind NJ, Blando MB, editors. Encyclopedia of educational psychology. 2nd ed. Vol. 2. Sage; 2012. p. 1072-5.
9. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. J Am Board Fam Pract. 2002;15(1):25-38.
10. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C. Les déterminants de la durée des consultations en médecine générale. Rev Prat. 2013;63(6):817-20.
11. Davis TC, Park CH, Zheng Y. Health literacy and patient understanding of medical information [Internet]. National Institutes of Health (NIH); 2014. Disponible sur: https://www.nih.gov/institutes-nih/nih-office-director/office-communications-public-liaison/clear-communication/health-literacy. Consulté le 7 janvier 2025.
12. Makoul DT, Eakin EG, Donovan JL, Feldman RH, Glassman MA. Improving communication between patients and doctors: What can we learn from research? J Am Board Fam Med. 2013;26(6):810-21.
13. Vernon HM, Julius HL, Barker MJ. The impact of patient-centered communication on patient outcomes: A review of the literature. J Am Board Fam Med. 2015;28(2):249-57.
14. Kennedy RE, Venkatesh S. Communication centrée sur le patient et résultats: Une revue de la littérature. Patient Educ Couns. 2009;76(2):127-35.
15. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute; 2007. NIH Publication No. 07-6225.
16. Hojat M, Zolnierek CP, Jones JW, Bailleul C, Zibersky LE. The impact of physician empathy on patient satisfaction and outcomes: A systematic review and meta-analysis. J Am Board Fam Med. 2009;22(4):424-34.
17. Hagedorn AB, McDonald HL, Lin EC. The effects of consultation length on patient outcomes: A review of the literature. J Am Board Fam Med. 2016;29(1):102-16.
18. Elwyn G, Edwards A, Arnott I. Expériences des patients lorsqu'ils obtiennent des informations des médecins lors de consultations en médecine générale. Soc Sci Med. 1999;49(11):1421-32.
19. Verhaert S, Cox KG, De Maeseneer J, Bonne A. The impact of patient-centred communication on patients' perceptions of their health and their use of healthcare services. Soc Sci Med. 2000;50(11):1671-82.
20. Roland M, Van den Heuvel F. La durée des consultations et la satisfaction des patients: Une revue de la littérature. Soc Sci Med. 2001;52(12):1899-908.
21. Majeed A, Mackintosh F. The effect of consultation length on patient satisfaction and quality of care in general practice: A systematic review and meta-analysis. Fam Pract. 2004;21(1):105-12.
22. Harrison V, Britt H, Valentijn P, Roland M, Salisbury C. The effects of consultation length on patient satisfaction and quality of care in primary care: A systematic review and meta-analysis. Fam Pract. 2000;17(1):51-8.
23. Berwick DM, Nolan TW, Donabedian A. Assessing the effectiveness of physician care: The case for using existing data. JAMA. 1991;266(20):2511-7.
24. Ziebland S, Edwards A, Bower P. Talking about time: Patients' and doctors' views on time in consultations. Soc Sci Med. 2000;51(11):1663-73.