

**UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER –
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2012

2012 TOU3 1076

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2012

Par

Hélène STEPHAN

née le 7 mai 1981 à Amiens

**ANALYSE DU DEROULEMENT D'UNE
CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE.
A propos de la retranscription de 47 consultations chez
5 médecins généralistes.**

Travail dirigé par le Dr. Serge BISMUTH et le Dr. Bruno CHICOULAA

JURY

Monsieur le Pr. ARLET	Président
Monsieur le Pr. BIRMES	Assesseur
Monsieur le Pr. VIDAL	Assesseur
Monsieur le Dr. BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Dr. CHICOULAA	Membre invité

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe Arlet, vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury, je vous en suis profondément reconnaissante.

A mes directeurs de thèse, Monsieur le Docteur Serge Bismuth et Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa, vous m'avez guidé avec patience pour la réalisation de ce travail. Merci pour votre attention et vos conseils, j'espère avoir le plaisir de continuer à travailler avec vous.

Aux autres membres du jury, Monsieur le Professeur Philippe Birmes et Monsieur le Professeur Marc Vidal, vous avez accepté de juger de mon travail, je vous remercie pour votre écoute et votre disponibilité.

Au Docteur Anne Freyens, au Docteur Nicolas Salvan, au Docteur Claude Burgier, vous avez accepté ma présence pour la réalisation de cette étude, merci pour votre accueil et votre aide.

Au Docteur Philippe Boulanger, vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale. Merci de m'en avoir dévoilé la complexité et les utopies, vous m'avez donnée la curiosité de continuer.

A mes parents, vous m'avez toujours aidée et soutenue pour faire "ce que tu aimes", et bien voilà! Merci pour votre présence réconfortante et essentielle.

A mes sœurs et à mon frère, à mes amis, vous m'êtes précieux. Merci pour ce que vous êtes.

Plus particulièrement au cours de ces mois de travail, merci à Julie pour la méthode, merci à Mathieu pour la relecture pertinente, merci à Clotilde pour la logistique informatique, merci à Hélène pour les textos de soutien, merci à Clarisse pour l'inspiration et merci à Claire pour l'évasion.

A Marc, mon chéri, pour ton aide précieuse et inspirée tout au long de ce travail. Pour tout et pour le bonheur de la vie avec toi. Merci.

*La médecine c'est ingrat.
Quand on se fait honorer par les riches, on a l'air d'un larbin ;
par les pauvres on a tout du voleur.*
Louis-Ferdinand Céline

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES FIGURES	5
INTRODUCTION	6
PROBLEMATIQUE	8
PREAMBULE	9
METHODE	13
RESULTATS	16
DISCUSSION	24
Discussion des résultats	24
Discussion de la méthode utilisée	31
Pistes pour une analyse qualitative	32
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	39

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des phases de la consultation (durées en secondes).	16
Figure 2 : Répartition des phases de la consultation pour les patientes en % du temps total de la consultation.	17
Figure 3 : Répartition des phases de la consultation pour les patients hommes en % du temps total de consultation.	17
Figure 4 : Répartition des temps de la consultation en fonction du médecin.....	18
Figure 5: Répartition des temps de la consultation en fonction du sexe du patient.	19
Figure 6 : Répartition des temps de la consultation en fonction de l'âge du patient.	19
Figure 7 : Répartition des temps de la consultation en fonction du nombre de motifs de consultation.....	20
Figure 8 : Durées moyennes des différents temps de la consultation et écart-types.	20
Figure 9 : Valeur de l'indice de variabilité de chaque phase.....	22
Figure 10 : Variations des durées des phases du diagnostic et du traitement en fonction des facteurs médecin, sexe et âge du patient et nombre de motifs de consultation.	23
Tableau 1 : Moyenne du nombre de motifs de consultation selon les médecins et les caractéristiques des patients.	21
Tableau 2 : Valeur en secondes de la durée moyenne de chaque phase, et son écart-type..	22

INTRODUCTION

L'exercice de la médecine générale trouve son originalité dans la variété de ses consultations.

En effet les motifs de consultation sont multiples (Flesch-Georgel 1998), les âges et les problématiques des patients tout autant. De plus, la durée des consultations est très variable. (DREES¹ 2006).

Les facteurs de variation de la durée des consultations et de la transmission de l'information ont été explorés, mais surtout dans des études anglo-saxonnes (Roter 1997, Waitzkin 1985, Sleath 1999). Ces principaux facteurs sont le sexe et l'âge du médecin et du patient, le mode d'organisation du cabinet et le nombre de motifs de consultation (Carr-Hill 1998). Ces études s'appuient le plus souvent sur des questionnaires adressés aux médecins et aux patients avec une estimation approximative des durées. Il s'agit très rarement d'observations in situ de la réalité complexe d'une consultation de médecine générale, échange singulier entre un patient et son médecin.

Ce dernier, omnipraticien, occupe une place singulière dans le vécu du patient, place qui se modifie au fil du temps et de la relation qui se noue (West 1976).

Cette évolution vient du fait que la prise en charge est itérative au cours de la vie du patient en raison de l'importance grandissante de la prévalence des pathologies chroniques. La relation médecin-patient, basée sur la durée et la confiance réciproque, dépasse alors la dimension légale d'une relation contractuelle de service. Elle est singulière et nécessite une étude approfondie afin d'en comprendre les mécanismes et articulations principales.

Pour ce faire l'observation de cette rencontre est une étape incontournable. En effet, les méthodes d'observation des consultations permettent de mettre en évidence différents aspects en fonction de leur angle de vue : l'analyse de la relation médecin-patient en médecine générale a déjà été testée et validée par deux méthodes complémentaires. Ce sont la micro-analyse par influence ethnographique (Goffman 1973, Lang 2007) et l'analyse conversationnelle et de l'interaction (Robinson 2003, Tates 2002).

Cette dernière méthode révèle une séquence apprise et respectée par les patients et les médecins (Ten Have 1991, Byrne et Long 1976). Comme le montre Ohtaki (2003), le chronométrage de la durée de chaque phase ainsi que l'étude de ses variations par rapport à la durée totale de la consultation permet de mettre en évidence des éléments caractéristiques de la dynamique de la consultation.

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

En effectuant une synthèse des deux méthodes d'analyse de la relation médecin-patient, nous proposons dans cette étude une observation systématique des consultations de médecine générale, rarement pratiquée en France. Nous choisissons de reprendre aussi la méthode de mesure des durées des phases de la consultation ainsi que les facteurs de variation validés pour explorer les modalités de la rencontre médecin-patient.

PROBLEMATIQUE

L'objectif de cette étude est d'analyser le déroulement d'une consultation en médecine générale.

Cette analyse repose sur l'évaluation de la répartition du temps de la consultation en fonction des trois facteurs que sont le médecin, le patient et le nombre de motifs de consultation.

Les résultats de cette analyse sont ensuite confrontés aux données de la littérature, pour tenter de trouver en quoi ces facteurs de variation peuvent être un reflet de la participation du patient au sein de la consultation.

PREAMBULE

La principale question à l'origine de notre travail réside dans le déroulement des consultations et la réalité de l'autonomie du patient. Devant la montée en puissance de ce thème chez les sociologues, la question se posait de la place de cette injonction sociale dans les consultations de médecine générale.

La richesse des données issues des monographies de consultations observées permettait plusieurs travaux de recherche. Nous avons choisi d'analyser dans un premier temps la structure des consultations. Dans un deuxième temps ce travail devra être complété par une analyse qualitative des données initiales pour obtenir une vision globale et pertinente sur la question de l'autonomie du patient dans la consultation de médecine générale.

L'analyse quantitative permet de retrouver des structures et des tendances, l'analyse qualitative permettra de mettre à jour plus précisément des comportements et des interactions.

Pour situer notre recherche dans l'histoire de l'analyse des consultations, il est important de préciser quelques éléments de contexte.

Dans le domaine de la sociologie, le thème de l'autonomie de l'individu a pris de l'importance depuis la fin du XIX^{ème} siècle, par exemple par Durkheim (1893). Un des théoriciens importants de ce questionnement sur l'individu est Louis Dumont (1983), anthropologue. Il décrit la naissance de l'individu comme le passage d'une société "holiste" (primitives, antiques ou médiévales) où l'individu n'existe pas comme valeur centrale, confondu au sein d'un tissu de dépendances qui dirigent sa destinée, à un système "individualiste" dont l'idéologie apparaît au XVII^{ème} et au XVIII^{ème} siècles, avec l'affirmation du droit à la sécurité et à la propriété. Le tout (la société) ne prime plus sur les parties (les individus) : l'individu devient le but et la norme de toute chose.

Raymond Boudon (1973), sociologue du XX^{ème} siècle montre que c'est la capacité à faire des choix rationnels qui détermine l'autonomie de l'individu.

On trouve une vision plus récente dans le concept d'individuation développé depuis la fin des années 1970 par des chercheurs comme Alain Touraine (1992) ou Alain Ehrenberg (1998). Alain Touraine préfère la notion de « sujet » à celle d'individu « *Aujourd'hui, le souci de soi comme valeur centrale est partout présent. En bien et en mal.* ». Il y a l'expression chez le "sujet" d'une quête active d'autonomie comme enjeu individuel. C'est ce phénomène d'individuation qui fait que l'on se trouve à l'heure actuelle dans une

situation où la responsabilité individuelle est valorisée et la dépendance stigmatisée.

Au niveau légal aussi, les évolutions récentes mettent en évidence la place centrale de l'individu, qu'est le patient, au sein des décisions médicales.

La loi du 4 mars 2002 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), témoin d'un changement drastique dans la relation médecin-patient en France, réaffirme la place du patient en tant qu'acteur actif de ses propres soins. Le Code de Santé Publique va dans le même sens, l'article L-1111-4 modifié en 2005, détaille la notion de décision conjointe : « *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.* ». Ces textes législatifs consacrent la participation active du patient jusqu'à l'autonomie complète, par exemple dans le droit au refus de soins.

L'exercice médical ne s'est pas toujours déroulé dans ce contexte social moderne et surtout n'a pas toujours été perçu comme il l'est aujourd'hui. C'est pour cette raison qu'il faut revenir sur les principales typologies de la relation médecin-patient conçues au XXème siècle.

D'un point de vue sociologique, la relation médecin-patient n'est pas qu'inter-personnelle ou psychologique, elle s'inscrit aussi dans les rapports structurels de la société globale (origines sociales, compétences, pouvoirs). Suivant ce paradigme, on retrouve les grands modèles sociologiques de relation médecin-patient.

A - Le modèle consensuel unique de Parsons (1951), sociologue fonctionnaliste², est représentatif de l'époque de l'essor de la médecine scientifique face aux maladies aiguës, au début du XXème siècle. Dans ce modèle, médecin et patient ont un même but : la guérison. L'individu devant être en bonne santé pour le fonctionnement de la société, la maladie est perçu comme une déviance par rapport à l'ordre social. La médecine est alors l'institution qui fait face à la menace qu'est la maladie. Les patients ont besoin de l'aide des médecins pour atteindre la guérison, ces derniers possédant les compétences et connaissances. Il s'agit d'un modèle asymétrique (médecin actif / patient passif) et consensuel (réciprocité et rôles complémentaires des deux acteurs). Le patient n'est pas responsable de son incapacité, il a droit à l'assistance mais en contrepartie il a l'obligation

² Fonctionnalisme : explication du fonctionnement de la société par le rôle des institutions qui structurent les comportements individuels et stabilisent la société.

de souhaiter la guérison. Le médecin doit être compétent mais neutre affectivement, il doit avoir le souci du bien-être du patient et de l'intérêt général. Ce modèle très normatif est surtout très simplificateur d'une réalité bien plus complexe.

B - Dans un contexte de contestation des institutions à partir des années 1970, apparaît le modèle conflictuel de la relation médecin-patient élaboré par Freidson (1984), sociologue interactionniste³. L'intérêt personnel du médecin peut s'opposer à la rhétorique d'altruisme de sa profession. Il existe un conflit de perspectives latent dans toute relation médecin-patient. La perception de la maladie par le savoir spécialisé du médecin fait face à la perception de la maladie par le patient selon sa vie quotidienne et sa culture. Tandis que les médecins luttent pour conserver leur autonomie, les patients luttent pour être écoutés et considérés. Le médecin contribue à créer la réalité sociale de la maladie en désignant le dysfonctionnement corporel. Il existe, selon ce modèle, une culture « profane » de la maladie qui rend le patient actif et potentiellement en conflit avec le médecin. L'objectivation du corps du malade par le médecin fait face à l'expérience du patient qui éprouve la maladie (Gori 2005, p.76).

C - Dans le modèle de l'ordre négocié, de Strauss (Baszanger 1992), apparaît l'importance de la négociation. Ce modèle est basé sur des études de terrain plus minutieuses, et correspond à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. L'objectif de la consultation se constitue dans la négociation elle-même. La rencontre est ouverte, avec une influence de chaque partenaire, mais le poids de la parole du médecin reste quand même important. Ce modèle met en évidence une évolution temporelle au cours des rencontres du médecin et du patient. C'est à dire qu'on observe plus de négociation de la part des patients au fur et à mesure des rencontres. Cette situation a déjà été observée par West en 1976 dans le cadre de consultations avec des parents d'enfants atteints d'épilepsie. A partir de la troisième consultation les parents jouent un rôle plus actif dans les échanges et les décisions à prendre autour de l'enfant malade.

D - Dans les années 1990, prenant comme point de départ l'observation du partage du pouvoir dans la relation médecin-patient et en suivant l'influence de la sociologie interactionniste, Emanuel crée 4 idéaux-types de la relation médecin-patient :

- le modèle paternaliste où l'autonomie du patient consiste à accepter les décisions médicales,

- le modèle informatif où le patient contrôle complètement la décision médicale,

³ Interactionnisme : explication du fonctionnement de la société avec comme point de départ les interactions entre les individus.

- le modèle interprétatif où le médecin conseille et aide à élucider les valeurs du patient avec une décision finale appartenant au patient,

- et le modèle délibératif dont le but est d'aider le patient à choisir la meilleure solution à la situation, sans guidance morale de la part du médecin (médecin ami).

On arrive ainsi à des modèles reflétant les différents degrés d'autonomie du patient.

La relation médecin-patient évolue vers un modèle d'échange réciproque. La satisfaction de chacun des acteurs est proportionnelle au respect de ses préférences.

E - Charles (1999a et b), développe un modèle de relation médecin-patient basé sur la prise de décision partagée, "Shared-Decision Making". On peut le définir comme une fusion du modèle informatif et du modèle interprétatif d'Emanuel. Il s'appuie sur un échange nécessaire entre médecin et patient au cours de la consultation. Ce modèle de prise de décision partagée représente un idéal de relation médecin-patient où, au cours des consultations, le médecin dispense une information loyale, explore les préférences du patient et l'accompagne dans la prise de décision. L'autonomie du patient dans une consultation correspond alors à la capacité ou aux possibilités qu'a le patient d'exprimer ses choix, ses préférences, ses opinions, ses questions. Le médecin ne peut plus être simplement l'expert qui impose son savoir. Le médecin et le patient doivent participer conjointement au déroulement de la consultation (Héritage 2006a).

On ne peut aujourd'hui analyser la relation médecin-patient sans avoir à l'esprit ces évolutions sociologiques et légales. Un regard singulier, désormais incontournable, est celui de Balint. Dès les années 1950 il s'est penché sur les particularités de la médecine générale. Balint analyse la psycho-dynamique de la relation médecin-patient. Il étudie avant tout le remède "médecin", dont le bon sens et l'expérience ne l'aident pas forcément à s'administrer lui-même. Il développe une conception révolutionnaire de la structuration de la consultation, soulignant l'importance du diagnostic du praticien. Ce dernier devrait prendre en compte pour son diagnostic la "classification hiérarchique des maladies" (classification valorisante ou dévalorisante des maladies qui existe dans l'esprit du patient et du médecin). Balint critique aussi la mauvaise qualité des relations entre généralistes et autres spécialistes (considérés comme techniquement supérieurs) qui affaiblissent l'autorité et la responsabilité du médecin généraliste. L'idéal-type du médecin selon Balint est un omnipraticien qui connaîtrait les problèmes de ses patients avant de diagnostiquer leurs maladies et saurait faire de la psychothérapie préventive.

METHODE

A partir de l'enregistrement des consultations de 5 médecins généralistes, nous avons réalisé des monographies.

Les données ont été collectées par un observateur unique qui a assisté aux consultations, entre mai et novembre 2011, de 5 médecins généralistes de Haute-Garonne, pendant une ou deux demi-journées pour chacun. Les médecins ont été choisis par réseau de connaissances : il s'agit d'une femme exerçant en périphérie toulousaine, de trois hommes en centre-ville toulousain et d'un homme exerçant en milieu rural.

Toutes leurs consultations (réalisées sur ou sans rendez-vous) ont été observées et enregistrées par mes soins, après avoir recueilli l'accord des patients concernés. Sur l'ensemble de ces consultations (89 consultations) nous avons analysé au total 47 consultations (28 patients femmes et 19 hommes). Certaines des 89 consultations observées n'ont pu être exploitées intégralement par faute de temps, car il faut compter en moyenne 5 heures de travail de retranscription, annotation, analyse et chronométrage par consultation. Les enregistrements peu audibles ont été écartés.

Les 47 consultations analysées intégralement n'ont été choisies selon aucun critère de sélection. Les échanges verbaux de ces consultations ont été retranscrits intégralement, annotés des remarques de l'observateur, analysés et chronométrés.

Dans un deuxième temps, ont été mesurés les temps passés dans chacune des phases décrites par Byrne et Long (1976) et détaillées par Ohtaki (2003). On a retenu 11 phases :

- les salutations,
- le(s) motif(s) de consultation,
- les demandes supplémentaires du patient,
- l'interrogatoire,
- l'examen physique,
- le diagnostic et ses explications,
- le traitement et les examens complémentaires,
- les discussions sociales sans rapport avec la demande médicale initiale,
- les questions pratiques liées au paiement ou à l'organisation de la rencontre,
- la clôture de la consultation,
- les silences.

Le temps passé au téléphone a été soustrait, quand il ne s'agissait pas d'un élément de la prise en charge du patient. La durée de chacune des phases est exprimée en minutes et en secondes et en pourcentage du temps total de la consultation.

Les statistiques descriptives ont permis d'identifier les variations des durées des phases de la consultation en fonction des facteurs retenus qui sont :

- le médecin qui réalise la consultation,
- le sexe et l'âge du patient (selon les catégories RIAP⁴ : moins de 16 ans, 16-59 ans, 60-69 ans, 70 ans et plus),
- le nombre de motifs de consultation (1, 2, 3, 4 et plus).

Les facteurs médecin, sexe et âge du patient ayant aussi une influence sur le nombre de motifs de consultation, une partie des résultats et de la discussion détaillera ce phénomène.

Dans la comparaison des cohortes selon le sexe du patient ont été retenues les 19 consultations réalisées avec des patients hommes et les 21 consultations réalisées avec des patientes femmes consultant pour elles-mêmes. Il restait alors 7 consultations réalisées avec des patientes femmes, mais qui consultaient en fait pour un enfant (dont le sexe n'a pas été pris en compte). Ces 7 consultations ont été analysées dans les comparaisons selon l'âge du patient dans la catégorie des moins de 16 ans.

Pour l'analyse statistique nous avons regroupé les temps de consultation sus-décrits en 3 groupes :

- Le « temps-patient » correspond à l'expression du ou des motif(s) de la consultation et aux demandes supplémentaires.
- Le « temps-médecin » regroupe l'interrogatoire, l'examen physique, le diagnostic et les traitements complémentaires.
- Le « temps-autre » est la somme des salutations, des discussions sociales, des questions pratiques, de la clôture et des silences.

L'analyse statistique par test de Student (comparaison de l'égalité de deux moyennes) a été réalisée sur les facteurs dont la distribution le permettait. Dans les autres cas ont été réalisées des comparaisons simples des écarts-types et des corrélations.

Un indice, que nous avons appelé "indice de variabilité" a été créé par nos soins pour comparer entre elles les variations des durées des phases de la consultation. Cet indice est

4 Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

le rapport de l'écart-type de chaque phase sur sa durée moyenne en secondes. Il a permis de comparer entre elles les variations des phases des consultations malgré le fait que ces phases aient des durées différentes.

En raison de l'importance symbolique de la phase du diagnostic et de celle du traitement, une attention plus précise a été portée à leurs variations de durée en reprenant les mêmes facteurs de variation que pour l'analyse globale des consultations.

L'analyse détaillée des facteurs de variation, et leurs significations, ont été comparées aux données de la littérature.

RESULTATS

Les figures de présentation des résultats sont exprimées en secondes ou en pourcentage en fonction de ce qu'elles représentent. Les tableaux récapitulatifs des données présentées dans les figures sont en annexes.

Les résultats « globaux » sur l'ensemble des consultations analysées (n=47) donnent une durée moyenne de consultation de 12 minutes et 48 secondes (768 secondes) avec un écart-type (ET) de 8 minutes et 48 secondes (528 secondes).

Les phases de la consultation se répartissent comme présenté par la figure 1.

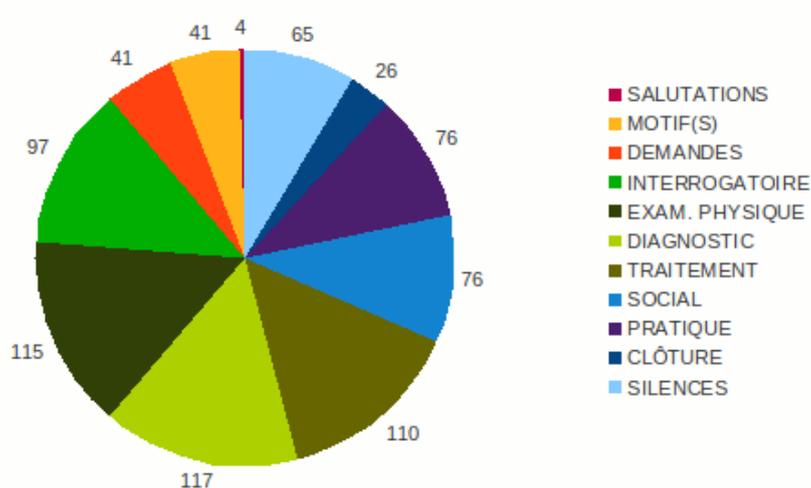


Figure 1 : Répartition des phases de la consultation (durées en secondes).

Les résultats selon le sexe du patient donnent pour les femmes (n=21) une durée moyenne de consultation de 14 minutes et 3 secondes (843 secondes) avec un écart-type de 4 minutes et 48 secondes (288 secondes), et de 10 minutes et 43 secondes (643 secondes) avec un écart-type de 3 minutes et 26 secondes (206 secondes) pour les hommes (n=19).

Les illustrations 2 et 3 permettent de comparer la répartition en pourcentage du temps total des différentes phases de la consultation selon que le patient est une femme (figure 2) ou un homme (figure 3).

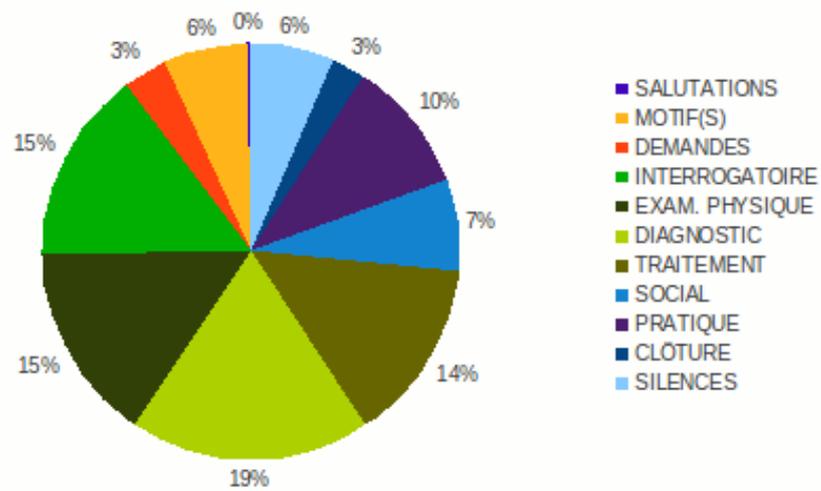


Figure 2 : Répartition des phases de la consultation pour les patientes en % du temps total de la consultation.

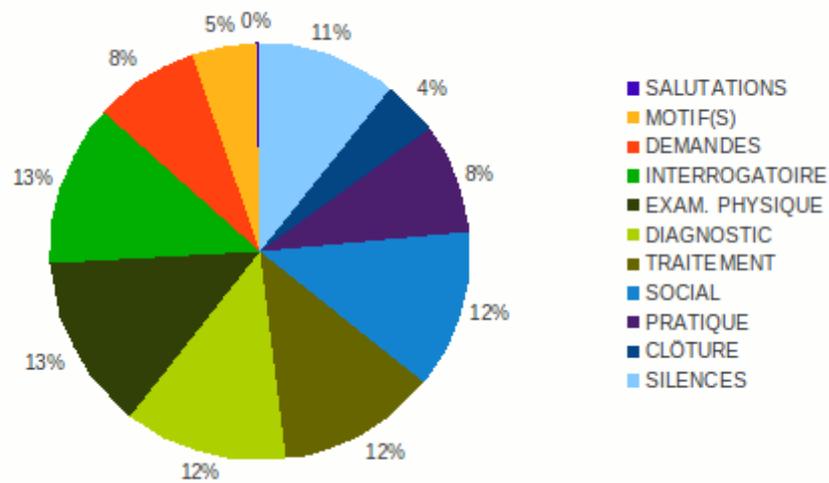


Figure 3 : Répartition des phases de la consultation pour les patients hommes en % du temps total de consultation.

Les données en fonction du sexe du patient sont considérées comme deux populations dont on peut comparer les variances. Il existe une différence du nombre de motifs entre patients femmes et hommes (2,67 pour les femmes versus 2,03 pour les hommes) mais qui n'est pas statistiquement significative selon le test de Student.

Les 4 figures suivantes représentent, en histogrammes d'effectifs cumulés, les durées de chacun des "temps-patient", "temps-médecin" et "temps-autre" en fonction des différents facteurs de variation choisis. Soit en fonction du médecin qui réalise la consultation (figure 4), en fonction du sexe (figure 5), de l'âge du patient (figure 6) et du nombre de motifs de consultation (figure 7).

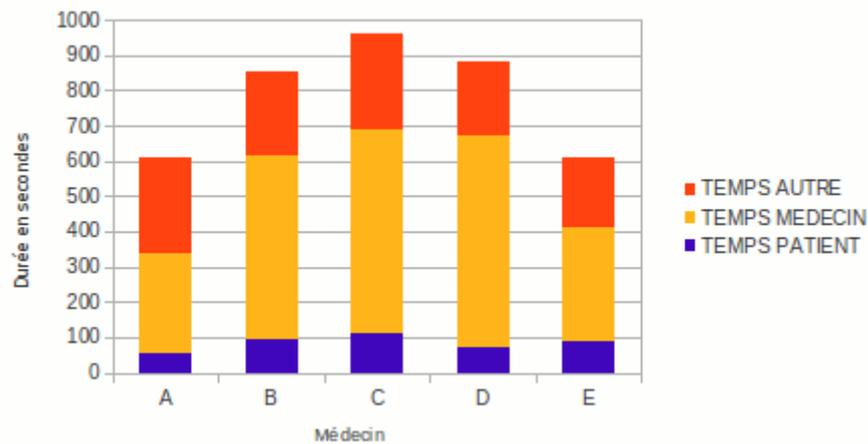


Figure 4 : Répartition des temps de la consultation en fonction du médecin

Par exemple, l'illustration 4 montre que le médecin A passe moins de 60 secondes en moyenne dans ses consultations pour le "temps-patient". La durée totale moyenne des consultations du médecin A étant d'un peu plus de 600 secondes.

Voici les effectifs des consultations réalisées par chaque médecin, médecin A n=12, médecin B n=12, médecin C n=5, médecin D n=10 et médecin E n=8.

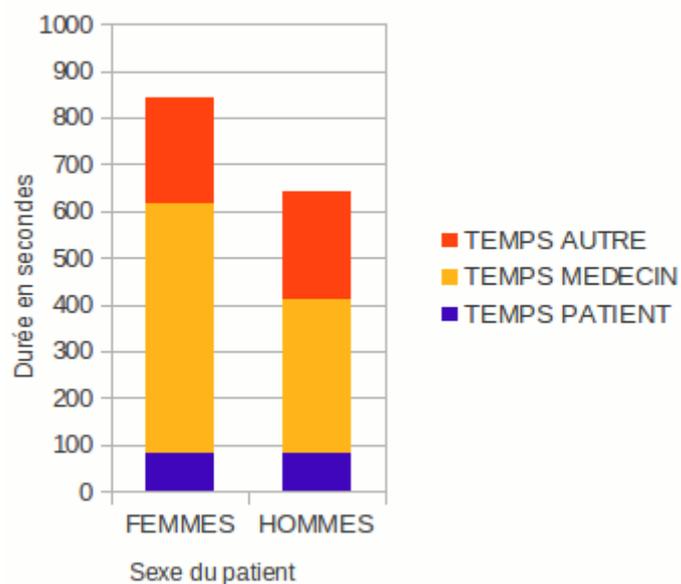


Figure 5: Répartition des temps de la consultation en fonction du sexe du patient.

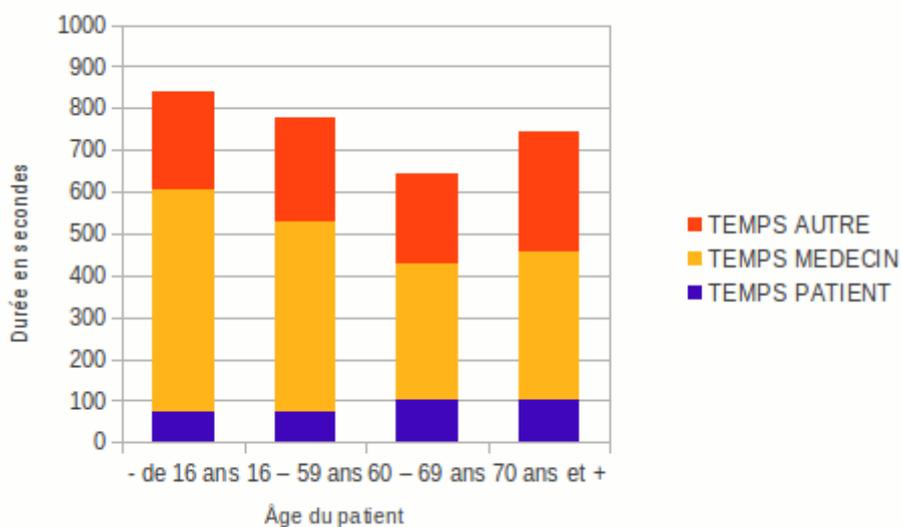


Figure 6 : Répartition des temps de la consultation en fonction de l'âge du patient.

Les classes d'âges ont les effectifs suivants : moins de 16 ans n=8, 16 à 59 ans n=28, 60 à 69 ans n=6 et plus de 70 ans n=5.

Selon le nombre de motifs de consultation, les effectifs sont : pour 1 motif n=13, 2 motifs n=15, 3 motifs n=13 et 4 motifs et plus n=6.

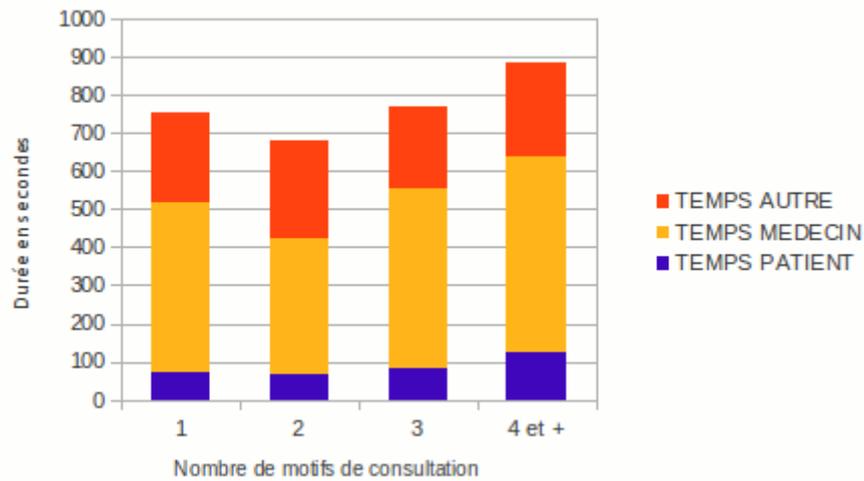


Figure 7 : Répartition des temps de la consultation en fonction du nombre de motifs de consultation.

La figure 8 met en évidence la variabilité des durées moyennes de chaque "temps" selon les facteurs de variation médecin, sexe et âge du patient, et nombre de motifs de consultation. Ces variations sont représentées par la valeur de 2 écart-types (barres d'erreurs).

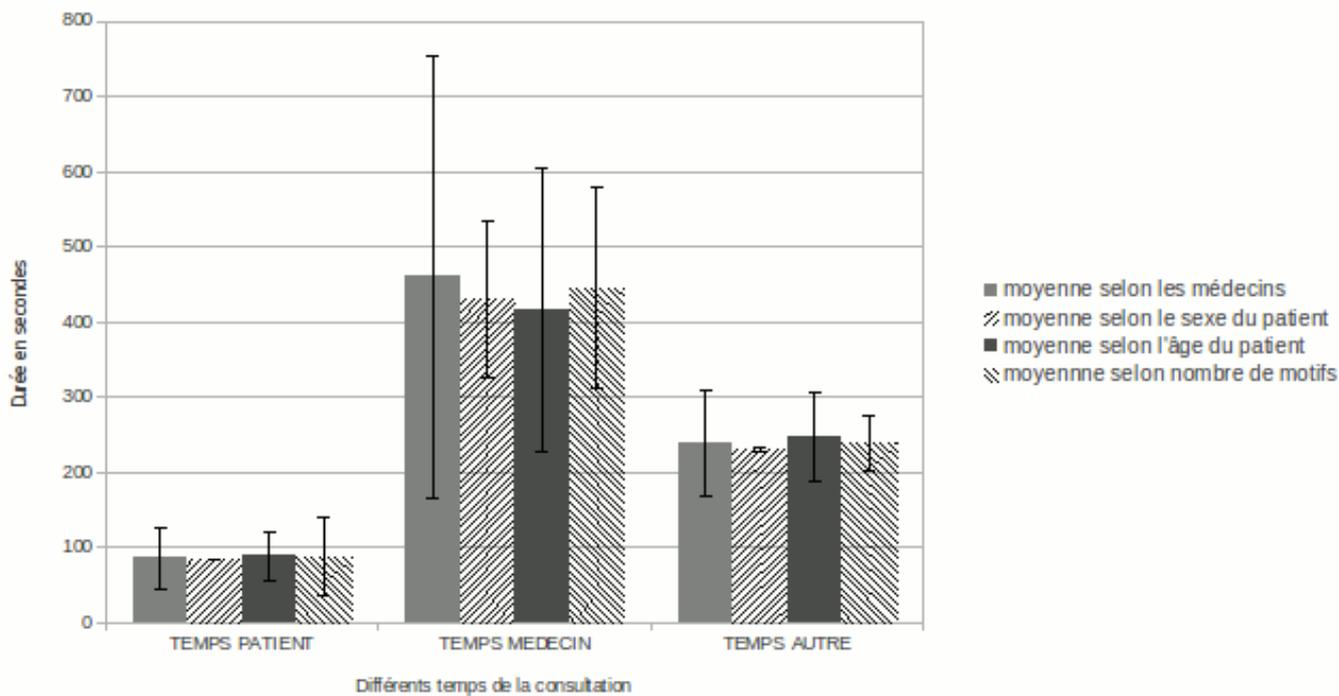


Figure 8 : Durées moyennes des différents temps de la consultation et écart-types.

Cette représentation des résultats permet de comparer l'influence des facteurs retenus sur la variabilité de la durée moyenne de chacun des 3 temps : "temps-patient", "temps-médecin" et "temps-autre". Les histogrammes sont les durées moyennes des 3 temps en fonction des facteurs de variation. Les barres d'erreurs correspondent à +/- 2 écart-types, soit l'intervalle de durée dans lequel est contenu 95% des consultations. L'élément d'analyse le plus important de cette illustration est la comparaison des longueurs des barres d'erreurs.

Par exemple sur la partie "temps-patient" du graphique, les durées moyennes en fonction des différents facteurs sont similaires, mais c'est le facteur nombre de motifs de consultation qui a la plus longue barre d'erreur, donc c'est le nombre de motifs de consultation qui fait le plus varier la durée du "temps-patient".

Le tableau 1 regroupe le nombre moyen de motifs de consultation selon les médecins et le sexe et l'âge des patients.

	NOMBRE DE MOTIFS
MEDECINS	
Médecin A	2,0
Médecin B	2,3
Médecin C	3,8
Médecin D	2,0
Médecin E	2,4
PATIENTS	
Femmes	2,7
Hommes	2,1
- de 16 ans	2,0
16 – 59 ans	2,2
60 – 69 ans	2,3
70 ans et +	3,6

Tableau 1 : Moyenne du nombre de motifs de consultation selon les médecins et les caractéristiques des patients.

L'indice de variabilité qu'on retrouve dans la figure 9 correspond au rapport de la valeur de l'écart-type de chaque phase sur la durée moyenne en secondes de la même phase. Les valeurs permettant le calcul sont présentées dans le tableau 2.

Phase	durée moyenne en secondes	écart type
Salutations	4	9
Motif(s)	41	31
Demandes	41	47
Interrogatoire	97	60
Exam. Physique	115	85
Diagnostic	117	84
Traitement	110	72
Social	76	86
Pratique	76	62
Clôture	26	17
Silences	65	70

Tableau 2 : Valeur en secondes de la durée moyenne de chaque phase, et son écart-type.

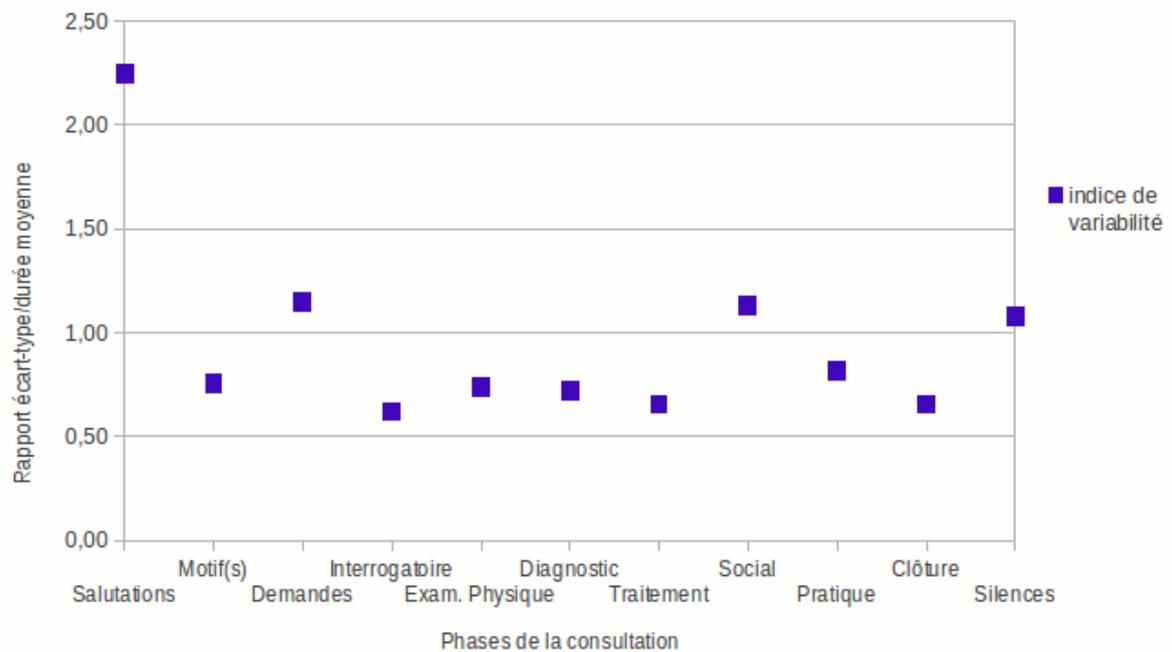


Figure 9 : Valeur de l'indice de variabilité de chaque phase.

Un exemple pour lire ce graphe : l'indice de variabilité de la phase sociale, qui correspond au rapport de son écart-type sur sa durée moyenne, est par exemple supérieur à l'indice de variabilité de la phase du traitement. Cela signifie que la phase sociale est plus variable en durée que la phase du traitement. La lecture de ce graphe montre que les phases salutations, demandes, social et silences ont des durées plus variables que les phases expression des motifs, interrogatoire, examen physique, diagnostic et traitement.

La comparaison de l'influence des facteurs de variation est appliquée aux phases du diagnostic et du traitement, les résultats sont exposés dans la figure 10.

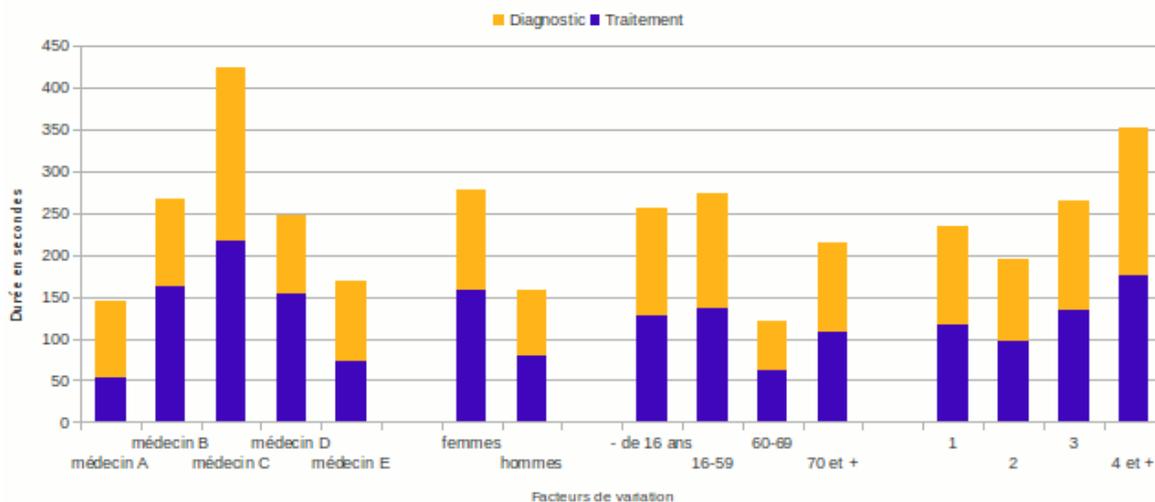


Figure 10 : Variations des durées des phases du diagnostic et du traitement en fonction des facteurs médecin, sexe et âge du patient et nombre de motifs de consultation.

A titre d'exemple, pour illustrer la figure 10, la durée de la phase de traitement est très variable selon le médecin qui consulte : de 50 secondes à plus de 3 minutes en moyenne. Au contraire, le nombre de motifs de consultation influe peu sur la durée de la phase de traitement (de 100 secondes pour 2 motifs à 170 secondes pour 4 motifs en moyenne).

Pour la comparaison des consultations des patients hommes et femmes un test de Student a été réalisé. Il existe une différence significative entre les patients hommes et femmes sur les durées des phases diagnostic et traitement ($p < 0,1$). Pour les femmes, ces phases sont plus longues, avec une phase de diagnostic d'en moyenne 157 secondes et de traitement de 120 secondes. Pour les hommes le diagnostic dure 80 secondes, et le traitement 79 secondes. La différence est encore plus marquée si on additionne ces deux phases ($p < 0,05$).

DISCUSSION

Discussion des résultats

Contrairement aux études précédentes qui sélectionnaient les consultations étudiées en fonction de critères tels que les pathologies ou le type de patient, ici l'observation et la retranscription complète des consultations se sont faites sans aucun critère de sélection, afin de refléter la réalité de la diversité de la médecine générale en France. Ce travail nous a permis de détailler la structure des consultations de soins primaires et de mesurer les variations de chacune des phases de ces consultations.

Les facteurs de variation retenus, médecin, âge et sexe du patient, nombre de motifs de consultation, semblent pertinents pour observer les variations des durées des phases de la consultation. Ils permettent de mettre en évidence des tendances dans l'attitude des médecins généralistes, et dans celle des patients. Concernant la participation du patient, on constate d'une manière globale que peu de place lui est laissée dans la conduite de la consultation.

Néanmoins, on peut tempérer cette affirmation au vu des résultats d'une analyse plus détaillée des variations des consultations. En étudiant les variances on trouve que les comparaisons inter-médecin et inter-patient (selon leur sexe ou leur âge) amènent plus de variabilité que les variations inter-contenu (soit ici le nombre de motifs de consultation) : on constate que ce sont les acteurs qui définissent la structure et la longueur de la consultation plus que son contenu.

Dans un premier temps, les éléments qui varient entre les consultations sont discutés, en détaillant l'influence respective de chaque facteur retenu, mais en se focalisant aussi sur les phases concernées par ces variations.

Dans un deuxième temps, les facteurs qui ont peu d'influence et les phases qui restent relativement stables d'une consultation à l'autre sont examinés.

1- Quels sont les facteurs de variation les plus importants et quelles sont les phases dont la durée est la plus variable ?

Le facteur médecin, d'un point de vue global est le principal facteur de variation de la consultation.

L'expression libre du patient (motifs et demandes) ne représente que 10,6% en moyenne de la durée totale de la consultation (Figure 1). Ces chiffres peuvent être expliqués par le manque d'opportunité de présentation de ses problèmes par le patient. C'est à dire que le médecin a le pouvoir de diriger le déroulement de la consultation une fois que le patient a exprimé ses symptômes ou les besoins motivant sa présence. Le médecin ne sollicite pas forcément l'expression du patient après cette phase initiale. Le travail de Robinson (2003) met aussi en évidence ce phénomène qu'il nomme « manque d'opportunité de présentation ». On retrouve ce pouvoir du médecin dans sa capacité à faire varier la durée de la consultation.

Les plus grandes variations de durée totale des consultations et de distribution des phases sont liées au médecin qui réalise la consultation.

Les durées totales moyennes des consultations peuvent varier d'un médecin à un autre de 10 minutes et 9 secondes (609 secondes) à 15 minutes et 53 secondes (953 secondes), soit un facteur 1,5 (Figure 4). Malgré cette grande variabilité entre les médecins, on se rend compte que la variabilité intra-médecin l'est encore plus.

Ces résultats viennent corrélérer une étude réalisée en 2006 par la DRESS en France, qui concluait que les variations de la durée des consultations d'un médecin sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la clientèle du médecin et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre.

Un résultat intéressant est apparu en considérant l'influence des facteurs de variations retenus sur le nombre de motifs de consultation. Il apparaît que le facteur médecin influe sur le nombre de motifs de consultation. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer le médecin fait plus varier le nombre de motifs de consultation que les caractéristiques du patient (Tableau 1). Les valeurs moyennes vont de 2 motifs par consultation chez certains médecins à 3,8 motifs. A titre de comparaison, l'âge du patient fait varier le nombre de motifs de 2 à 3,6 et le sexe du patient fait varier les motifs seulement entre 2,1 et 2,7.

Finalement, il est surprenant de constater que le nombre de motifs de consultation exprimés, qui paraît très lié à la liberté d'expression du patient puisque c'est ce qui le motive à venir consulter, est fortement influencé par le médecin. C'est l'attitude du médecin à favoriser l'expression du patient, plus que les motivations de ce dernier, qui conditionne les modalités de la rencontre.

Mais malgré cette prédominance du médecin sur les variations de la consultation, on peut

mettre en évidence une influence non négligeable de certaines caractéristiques du patient sur ces mêmes variations.

Selon l'âge du patient le profil de la consultation est différent.

Ce n'est pas sur la durée moyenne de la consultation qu'on observe des différences significatives en fonction de l'âge du patient, mais sur la variabilité de cette durée de consultation. Plus le patient est âgé, plus la variabilité de la durée des consultations est grande (Tableau 4 des annexes). Cela peut en partie s'expliquer par des motifs de consultation plus variés avec l'âge ; ces motifs pouvant aller du renouvellement simple d'un traitement bien équilibré, à des symptômes récurrents ou plus complexes nécessitant une consultation plus approfondie. Les consultations des patients plus jeunes semblent globalement moins disparates.

Mais le principal effet de l'âge du patient sur la consultation réside dans la variation de la durée des phases de la consultation (Figure 6).

La part du « temps-médecin⁵ » diminue avec l'âge, au profit du « temps-patient⁶ », mais surtout du « temps-autre⁷ » pour les patients de plus de 60 ans.

On peut s'interroger sur ce que représente ce « temps-autre ». On observe que les variations de ce marqueur sont principalement liées aux variations du temps passé en discussions sociales. Les autres phases du "temps-autre" étant moins longues et surtout moins variables.

Les discussions sociales sont souvent le reflet d'une relation de longue date entre le médecin et son patient : elles sont le signe d'un lien de confiance, d'un échange possible sur la vie quotidienne ordinaire. On peut penser que c'est souvent le cas dans les consultations des patients d'âge moyen (60-69 ans).

Chez les patients plus âgés, ce moment de discussions sociales est utilisé par le médecin pour évaluer la qualité de vie du patient, son entourage, ses habitudes, son cadre de vie et

⁵ Le « temps-médecin » correspond à la somme des phases : interrogatoire, examen physique, diagnostic et traitement.

⁶ Le « temps-patient » est la somme des l'expression des motifs de consultation et des demandes supplémentaires du patient.

⁷ Le « temps-autre » est l'addition des salutations, des questions pratiques, des discussions sociales, de la clôture et des silences.

ses projets. Ces éléments correspondent en partie aux principes de dépistage de la fragilité du patient âgé en consultation de médecine générale, comme le présente la thèse du Dr Subra (2011). Ils sont donc déterminants dans l'évaluation de la fragilité du patient âgé. Finalement ces discussions sociales qui paraissent « non médicales » sont très riches d'informations pour le médecin, concernant l'environnement du patient et sa santé.

La diminution relative de temps passé à des actions médicales classiques dans les consultations des patients de plus de 70 ans n'est qu'apparente : la prise en charge médicale se fait juste d'une autre manière.

Il existe aussi une augmentation du « temps-patient » avec l'âge, notamment pour les patients de plus de 60 ans (Figure 6). Cette augmentation ne semble pas corrélée au nombre de motifs de consultation, mais plus à une attitude propre au patient. Est-ce le signe d'une plus grande liberté dans la prise de parole à cet âge-là ? La prise de parole est-elle plus facile car le médecin laisse plus parler son patient, ou le patient est-il simplement moins réservé pour s'exprimer ?

Les patients de cette tranche d'âge connaissent bien, en général, leurs pathologies, tout du moins leurs symptômes et leurs traitements, car il s'agit le plus souvent de pathologies chroniques. De plus, la consultation se déroule dans un climat de confiance car le patient est souvent suivi depuis plusieurs années par le même médecin. Même si bien sûr certains patients jeunes sont aussi suivis par le même médecin depuis longtemps.

Une étude intéressante publiée par West (1976) montre que même si les médecins ont la maîtrise des réponses aux questions des malades et organisent les interactions, au bout de quelques rencontres avec le même médecin, les patients jouent un rôle plus actif pour orienter les échanges au cours de la consultation. On peut alors supposer que ce mécanisme est à l'œuvre chez des patients suivis depuis longtemps par le même médecin.

Le sexe du patient doit aussi être analysé comme un facteur de variation non négligeable de certains paramètres de la consultation.

Une différence du nombre de motifs, avec un plus grand nombre pour les femmes (2,7 motifs par consultation versus 2,1 pour les hommes) montre l'influence du sexe du patient sur le contenu de la consultation (Tableau 1). La durée moyenne de consultation est par ailleurs plus longue pour les femmes (14 minutes et 3 secondes) que pour les hommes (10 minutes et 43 secondes). Nous verrons plus loin dans la discussion que le nombre de motifs d'une consultation et sa durée ne sont cependant pas corrélés.

Le sexe du patient est aussi un facteur important de variation de la répartition des temporalités au sein des consultations (Figure 5).

Ainsi, alors que le « temps-médecin » représente 63% du temps de la consultation pour les femmes, il occupe seulement 51% de la consultation des patients hommes. Le « temps-médecin » relevant essentiellement de l'initiative du médecin et de sa pratique professionnelle, peut-on en conclure que le médecin va être dans une situation d'autorité (par le contrôle du temps) plus importante si le patient est une femme ?

On est confronté ici à un biais de l'étude qui est que 4 des 5 médecins enregistrés sont des hommes. Est-ce là le signe d'une domination homme-femme, liée aux rapports habituels dans la société plus qu'à la relation médecin-patient, qui influence ici les résultats? Ne pouvant résoudre cette question dans notre étude, nous avons choisi d'analyser les résultats en supposant qu'il n'y a pas d'influence du sexe du médecin dans son rapport au patient.

On peut émettre l'hypothèse que ces résultats différences hommes-femmes sont plutôt liés à une attente différente entre les deux sexes quant au contenu de la relation médecin-patient. On constate que les patients hommes ont un « temps-autre » plus important que les patientes. Dans le cas des hommes le « temps-autre » est essentiellement influencé par une plus grande part de silences (10,64 % de la consultation des hommes) et de discussions sociales (12,46% de la consultation), versus 6,38% de silence et 7,11% de discussions sociales pour les femmes (Figures 2 et 3).

Cette différence de répartition des temporalités selon le sexe du patient correspond à une demande plus "médicale" de la part des femmes qui viennent consulter. Les hommes vont moins rechercher ce professionnalisme du médecin au profit d'échanges plus informels, sur des sujets sans lien direct avec leurs motifs de consultation. La différence statistiquement significative du temps passé au diagnostic et au traitement entre les patientes et les patients confirme cette attente différente concernant le contenu de la consultation.

Les résultats selon le sexe du patient permettent de souligner l'importance de ce facteur de variation sur la durée moyenne de la consultation, la répartition de ses phases, et dans une moindre mesure le nombre de motifs de consultation.

Après avoir analysé les facteurs les plus influents sur la variation des consultations, nous pouvons étudier quelles sont les phases les plus variables.

C'est grâce au calcul de l'indice de variabilité de chaque phase (Figure 9) que nous avons tenté d'identifier les phases les plus variables. Il s'agit des phases : demandes des patients,

discussions sociales, et silences. On ne retient pas pour la discussion la phase très variable des salutations car elle est généralement très courte, voire le plus souvent non retranscrite si elle a lieu en dehors du bureau, c'est-à-dire en salle d'attente ou sur le pas de porte.

Il est intéressant de constater que les phases les plus variables ne sont pas des phases d'acte médical au sens classique du terme, mais des phases qu'on pourrait qualifier de « relationnelles », qui construisent la relation entre le médecin et le patient, et la confiance nécessaire à l'efficacité de cette rencontre. Au contraire les phases d'acte médical sont les plus stables en durée comme nous allons le détailler dans la seconde partie.

2- Après s'être focalisé sur les éléments variables au sein des consultations, il est intéressant de souligner aussi les éléments qui restent relativement constants.

Parmi les facteurs initialement retenus, le nombre de motifs de consultation semble être très faiblement associé à des variations de durée ou de répartition des phases de la consultation.

La durée totale moyenne des consultations est peu influencée par le nombre de motifs de consultation. Le « temps-patient » est le seul corrélé au nombre de motifs, mais de façon non proportionnelle (Figure 7).

Une des explications de ce phénomène, qu'on retrouve chez Beckman (1984) et Gill (1998), est la notion d'inhibition de l'expression du patient après la présentation du premier motif. C'est à dire que le médecin enclenche, dès que le patient a exprimé un premier motif, le schéma standard de consultation (interrogatoire, examen clinique, diagnostic et traitement – décrit aussi chez Robinson 2005).

Le patient peut retrouver du temps de parole en fin de consultation ou pendant les moments de rupture que sont les silences ou les déplacements (Sarradon 2010, Gill 1998), mais sans que le médecin n'entame forcément toute une démarche diagnostique pour explorer ces motifs supplémentaires.

Cette attitude du médecin fait que le nombre total de motifs interfère peu avec le déroulement général de la consultation.

On trouve une confirmation de ce phénomène d'inhibition et de moindre attente de la part du patient dans l'augmentation non proportionnelle du temps en fonction du nombre de motifs. Dans l'étude réalisée par Carr-Hill (1998), les consultations durent en moyenne entre 4 et 11 minutes. Il faut compter seulement 1 minute en plus (en moyenne) sur la

durée totale de la consultation par motif additionnel.

Le nombre de motifs de consultation n'est donc pas un facteur important de variation de durée des phases et de l'ensemble de la consultation.

De même, malgré les idées reçues, l'âge du patient ne fait pas varier significativement le nombre de motifs de consultation. Ces résultats confirment la thèse du Dr Flesch-Georgel (1998) qui ne retrouvait qu'une très légère augmentation du nombre de motifs chez les plus de 60 ans par rapport à l'ensemble de la population.

Il existe aussi des phases dont la durée est relativement peu variable quelques soit les consultations. Il s'agit des phases : expression du motif de consultation, interrogatoire, examen physique, diagnostic et traitement (Figure 9).

Concernant la phase de l'expression des motifs de consultation, elle représente un temps très court de la consultation (à peine plus de 5% du temps total), et le patient en attente du diagnostic médical, ne prolonge pas de lui-même ce moment qui n'est que le « préambule » à la réalisation de la consultation. Tates (2002) montre bien que la structure de consultation est apprise à la fois par les médecins et par les patients. Dans l'attitude des patients en attente du déroulement des phases suivantes, on retrouve cette reproduction d'une norme sociale partagée. La phase d'expression des motifs de consultation est réduite à l'essentiel, sauf si le médecin vient à solliciter plus de détails, mais il ne s'agit plus dans ce cas de prise de parole spontanée de la part du patient. Cette notion d'apprentissage conjoint du déroulement de la consultation est confirmée par la stabilité, et donc le respect par les deux protagonistes, des durées des phases de l'interrogatoire, de l'examen physique, du diagnostic et du traitement.

De nombreux travaux sur les pouvoirs au sein d'une consultation de médecine générale mettent en évidence l'importance symbolique du temps de réalisation du diagnostic, du traitement et des explications inhérentes. L'organisation de la consultation en phases, construites par le patient et le médecin, permet d'avancer jusqu'à la réalisation du but de la consultation : l'établissement d'un diagnostic (Robinson 2001, 2003 et 2005).

Selon Héritage (2006b), les moments du diagnostic et du traitement sont les plus liés à l'expression de l'autorité du médecin, car il se produit un phénomène d'abandon par le patient de son propre jugement pour adopter celui du médecin.

Le fait que dans notre étude on retrouve des durées relativement stables pour ces différentes phases est une confirmation de leur importance efficiente et symbolique. Le but

de la consultation reposant sur la réalisation du diagnostic et du traitement, ils sont des moments essentiels, donc inévitables et presque immuables. L'interrogatoire et l'examen physique sont des étapes préalables tout aussi importantes. On peut donc expliquer en partie la relative stabilité de ces phases par leur importance au sein du déroulement de la consultation.

Au total, peu de place est laissée au patient dans la conduite de la consultation. Cependant, au fur et à mesure des rencontres avec leur médecin, les patients jouent un rôle plus actif et orientent plus les échanges.

Le facteur médecin est le principal facteur de variation de la consultation, et la variabilité intra-médecin est plus forte que la variabilité inter-médecin.

Le nombre de motifs de consultation exprimés est fortement influencé par le médecin. C'est son attitude qui favorise ou non l'expression du patient. Ce nombre de motifs de consultation n'est pas un facteur important de variation de durée des phases et de l'ensemble de la consultation. Ce sont donc les acteurs qui définissent la structure et la longueur de la consultation plus que son contenu.

Les discussions sociales, signe d'une confiance entre le médecin et le patient, sont importantes dans les consultations des patients d'âge moyen (60-69 ans). Pour les patients de plus de 70 ans, une forme de prise en charge médicale se fait sur ce temps de discussions sociales.

Selon le sexe du patient on observe une attente différente quant au contenu de la relation médecin-patient. Les femmes ont une demande plus "médicale".

Les phases ayant une fonction médicale symbolique, moments inévitables de la consultation, ont des durées très stables. Au contraire, les phases « relationnelles », pendant lesquelles ont lieu des échanges plus informels entre médecin et patient, ont des durées très variables en fonction des consultations.

Discussion de la méthode utilisée

Les monographies réalisées sont particulièrement adaptées à l'observation détaillée et à l'analyse des consultations de médecine générale. La méthode des monographies permet d'obtenir une vision très précise du déroulement des consultations et des échanges qui s'y passent. Elle donne à l'observateur, par la phase de retranscription, la possibilité de prendre du recul sur les faits observés pour pouvoir les analyser. La restriction à un observateur

unique garantit une cohérence dans la collecte des données. Par ailleurs, cette méthode malgré sa pertinence a rarement été appliquée à des consultations de médecine générale sans sélection de ces consultations.

Il faut quand même prendre en compte la présence d'un observateur comme facteur potentiel de modification des échanges entre le médecin et le patient. Comme on ne peut pas mesurer l'impact de sa présence, il est entendu que cet observateur doit être le plus discret possible, en empathie avec le déroulement de la consultation mais sans interférer (Lang 2007).

Le découpage de la consultation en phases distinctes est pertinent, d'autant plus qu'il permet des comparaisons constructives avec les résultats d'études précédentes.

Néanmoins, une faiblesse de notre travail réside dans le manque de diversité des médecins enregistrés. Une cohorte plus nombreuse de médecins, avec âges, sexes et mode d'exercice plus divers, enrichirait la comparaison de leurs pratiques. Comme il faut un certain nombre de consultations par médecin pour en déduire une tendance, cela nécessiterait d'enregistrer et de retranscrire beaucoup plus de consultations au total. En raison du travail considérable que représente la retranscription, il n'a pas été possible de réaliser une étude plus étendue à notre échelle.

On peut aussi regretter de ne pas disposer de plus de détails sur la catégorie socio-professionnelle des patients ayant participé à cette étude pour pouvoir affiner certains résultats. Pour ce faire, il aurait été intéressant de compléter l'observation par un questionnaire au patient à la fin de la consultation.

Pistes pour une analyse qualitative

Une analyse qualitative des échanges observés apporterait des conclusions complémentaires à la méthode quantitative, tant sur les attitudes des médecins et patients, que sur la dynamique des échanges au sein de la consultation.

Une analyse rapide des actes de discours dans les consultations retranscrites montre par exemple que le patient trouve souvent une manière de demander quelque chose sans utiliser la forme directive. Le patient utilise plutôt une forme de suggestion des faits. Par

exemple, voici un échange verbal au cours d'une consultation du médecin D :

"Patiente : je ne suis pas allée au travail, aussi...

Médecin : je t'avais arrêté lundi ? Je vais te prolonger."

Une étude de Robinson (2003) confirme cette impression en soulignant, dans son travail concernant le diagnostic, l'absence de demande directe mais plutôt une sollicitation de la part du patient de l'évaluation par le médecin de la normalité du problème présenté.

Cette forme d'expression indirecte risque de sous-estimer la part réelle de directive que les patients donnent à leur médecin, puisqu'ils n'utilisent pas la même forme d'expression. Cette différence d'expression a aussi un sens sur le rôle de chaque protagoniste au sein de la relation. Chacun se comporte selon des codes différents, donc la relation n'est pas symétrique dans les modes d'expression.

On peut souligner la même différence de codes sur l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement. Le médecin peut parfois tutoyer un patient adulte, l'inverse est rare et a été retrouvé chez un seul des médecins de l'étude.

Concernant l'importance symbolique accordée au diagnostic et au traitement, plusieurs études viennent enrichir cette piste d'analyse (Robinson 2001, 2003 et 2005, Héritage 2006).

Une nuance à ce pouvoir du médecin au sein des phases de diagnostic et de traitement est apportée par Stivers (2005), qui distingue la phase de diagnostic propre au rôle d'expert, de la phase d'élaboration du traitement. Il peut exister au cours de la phase du traitement une résistance du patient, mais souvent secondaire, non exprimée au cours de la consultation et plus connue sous la forme de « non-compliance » au traitement.

Il est intéressant de faire le lien avec une étude de Rosman (2010) qui compare l'attitude des médecins français à celle des médecins hollandais. Il décrit un type de réponse thérapeutique immédiate chez les français tandis que les hollandais privilégient l'éducation du patient aux processus pathologiques et à l'inutilité d'un traitement à chaque symptôme. En suivant cette comparaison, on peut alors moduler l'importance de la phase de traitement en fonction de critères culturels.

Une autre phase qu'il faudrait regarder plus en détail à l'aide d'une analyse qualitative est celle du ou des moments de silences. Cette phase est très variable selon les consultations, sans qu'un facteur explicatif n'ait été trouvé.

De nombreuses études montrent que les silences, ou les moments d'interruption, permettent

différents types d'expression du patient (Sarradon 2010). Héritage (1999) trouve qu'en cas de silence prolongé le patient s'exprime spontanément pour proposer des hypothèses diagnostiques. Au contraire, Robinson (2003) montre que l'expression des désaccords du patient se fait principalement aux moments d'interruptions de la consultation.

Avec une analyse des actes de discours, il serait possible -à partir de la même banque de données- d'identifier ces mécanismes d'expression (questions ou affirmations), ou d'inhibition du patient au cours des différentes phases de la consultation. Sont-ce les silences laissés par le médecin qui lui permettent de poser des questions ? Comment se fait le tour de parole et varie-t-il selon les consultations ? Quelles sont les réactions immédiates et les négociations du patient face aux propositions diagnostiques et thérapeutiques du médecin ?

CONCLUSION

Le travail présenté ici a pour finalité d'examiner le déroulement d'une consultation de médecine générale. Pour cela, 47 consultations chez 5 médecins généralistes ont été enregistrées. Elles ont ensuite été retranscrites, analysées et chronométrées.

Afin de pouvoir porter un regard objectif sur ces consultations, celles-ci ont été décomposées en 11 phases distinctes. Ensuite, ces phases ont été regroupées en 3 temps : le « temps-patient » qui regroupe les phases des motifs de consultation et des demandes, le « temps-médecin » qui est la somme des phases d'interrogatoire, d'examen physique, de diagnostic et de traitement, et le « temps-autre » qui représente les salutations, les questions pratiques, les discussions sociales et les silences. Ces temps permettent de souligner le rôle de chacun des protagonistes. Les critères d'analyse retenus sont la durée de chacun de ces temps et des phases qui les composent ainsi que le nombre de motifs. A la lumière d'études précédemment réalisées, 4 facteurs influençant la durée des phases ont été identifiés : le médecin, l'âge et le sexe du patient et le nombre de motifs de consultation.

En examinant les variations de durée des phases pour chacun des ces facteurs, on constate que le médecin est le principal facteur de variation. Par ailleurs, le « temps-médical » est plus long chez les patientes que chez les patients. Il apparaît aussi que l'âge est un facteur déterminant non seulement sur les « temps-patient » et « temps-autre » qui augmentent avec l'âge du patient mais surtout sur le « temps-médecin » qui lui diminue. Enfin, de façon remarquable, le nombre de motifs de consultation a peu d'incidence sur la variation des différentes durées.

En regardant de plus près le contenu de ces temps, on remarque que le « temps-autre » est utilisé par le médecin, pour les patients les plus âgés, à des fins médicales. Les phases dont les durées sont les moins variables sont celles ayant une fonction médicale reconnue tandis que les phases d'ordre relationnel ont des durées beaucoup plus variables.

Ce travail met en avant la pertinence pour l'observation des consultations de médecine générale de l'emploi d'outils d'analyse simples. Néanmoins, une analyse qualitative détaillée du discours des protagonistes ne pourrait qu'améliorer la compréhension de la dynamique des échanges au sein de la consultation.

BIBLIOGRAPHIE

- BALINT, M. (1960) *Le Médecin, son malade et la maladie* (Londres, 1957), Paris, Payot.
- BASZANGER, I. (Texte réunis par) (1992) *Anselm Strauss. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Ed l'harmattan, 319pp.
- BECKMAN, H. B., & FRANKEL, R. M. (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692–696.
- BOUDON, R. (1973) *L'inégalité des chances*, Paris, ed Armand Colin.
- BYRNE, P. & LONG, B. (1976) *Doctors talking to patients: A study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation*, London, HMSO.
- CARR-HILL, R et al. (1998) Do minutes count? Consultation lengths in general practice. *J Health Serv Res Policy*; 3 (4) : 207-214.
- CHARLES, C. et al (1999a) Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model, *Social Science & Medicine* 49, 651-661.
- CHARLES, C. (1999b) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Med Journal*, 7212 : 780-782.
- DURKHEIM, E. (1893) *De la division du travail social*, Paris, PUF, 2007.
- DUMONT, L. (1983) *Essais sur l'individualisme*, Paris, ed Seuil.
- EHRENBERG, A. (1998), *La Fatigue d'être soi – dépression et société*, Paris, ed Odile Jacob.
- EMANUEL et al. (1992) Four models of the physician-patient relationship, *JAMA* 267, 2221-2226.
- FLESCHE-GEORGEL, G. (1998) Le nombre de motifs abordés pendant une seule et même consultation en cabinet de ville : une spécificité de la médecine générale. Thèse: Médecine, Strasbourg, n°50, 70p.
- FREIDSON, E. (1984) *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GILL, V. (1998). Doing attributions in medical interaction: Patients' explanations for illness and physicians' responses. *Social Psychology Quarterly*, 61, 342.
- GOFFMAN, E. (1973) *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, ed de Minuit.
- GORI, R. et DEL VOLGO, M.J. (2005) *La santé totalitaire*, Paris, ed Denoël, 264 pp.
- HERITAGE, J. & STIVERS, T. (1999) Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine*, 49, 1501–1517.
- HERITAGE, J. et al. (2006a). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology* 32: 351-374.

- HERITAGE, J. (2006b) Revisiting authority in physician-patient interaction, in J. Duchan, D. Kovarsky (eds), *Diagnosis as Cultural Practice*. New York: De Gruyter.
- La durée des séances des médecins généralistes*, DREES (2006), Études et résultats N° 481.
- LANG, T. et ROLLAND, C. (2007) La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville, Rapport de recherche, INPES.
- OHTAKI, S. et al. (2003) Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Family Practice*; 20: 276-282.
- PARSONS, T. (1951) *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.
- ROBINSON J.D. and STIVERS, T. (2001) Achieving Activity Transitions in Physician-Patient Encounters From History Taking to Physical Examination , *Human Communication Research*, Vol. 27 No. 2, 253–298.
- ROBINSON, J.D. (2003) An Interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation, *Health Communication*, 15, 27-59.
- ROBINSON, J.D. and HERITAGE J. (2005) The structure of patients' presenting concerns: the completion relevance of current symptoms, *Social Science & Medicine*, Volume 61, Issue 2, Pages 481–493.
- ROSMAN, S. (2010) Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas in *Singuliers Généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- ROTER, D.L. and STEWART, M. (1997) Communication patterns of primary care physicians, *JAMA*; 277; 350-356.
- SARRADON-ECK, A. (2010) Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue in *Singuliers Généralistes, sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- SLEATH, B. et al. (1999) Asking questions about medication: Analysis of physician-patient interactions and physician perceptions. *Medical Care*, 37, 1169–1173.
- SUBRA, J. (2011) Dépister le sujet âgé fragile en consultations de médecine générale, Thèse : Médecine, Toulouse.
- TATES, K. et al. (2002) Doctor-parent-child relationships : a « pas de trois », *Patient Education and Counseling*, Volume 48, Issue 1, 5–14.
- TEN HAVE, P. (1991) 'Talk and institution: a reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction'. In: D. Boden, D.H. Zimmerman, eds. *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press: 138- 63

TOURAINÉ, A. (1992) *Critique de la modernité* Paris, ed Fayard, 462 pages.

WAITZKIN, H. (1985), Information giving in medical care. *Journal of health and social behavior*, 26, 81-101.

WEST, P. (1976) *The physician and the management of childhood epilepsy* in Wadsworth M. and Robinson D. (Eds), *Studies in everyday medical life*, London, Martin Robertson.

ANNEXES

Les tableaux des résultats présentés aux figures 1 et 9.

Phase	durée en secondes (écart-type)	durée en % du temps total
SALUTATIONS	4 (9)	0,5
MOTIF(S)	41 (31)	5,3
DEMANDES	41 (47)	5,3
INTERROGATOIRE	97 (60)	12,7
EXAM. PHYSIQUE	115 (85)	15,0
DIAGNOSTIC	117 (84)	15,3
TRAITEMENT	110 (72)	14,3
SOCIAL	76 (86)	9,9
PRATIQUE	76 (62)	9,9
CLÔTURE	26 (17)	3,4
SILENCES	65 (70)	8,4

Tableau 1: Durées moyennes des phases de la consultation en secondes et en pourcentage du temps total.

Les durées et écart types des phases selon le sexe du patient sont dans le tableau 2.

PHASES	PATIENTS FEMMES		PATIENTS HOMMES	
	en sec (ET)		en sec (ET)	
SALUTATIONS	3,2 (9)		2,5 (6,3)	
MOTIF(S)	54,2 (72,8)		31,6 (20,6)	
DEMANDES	28,2 (39)		51,8 (60,9)	
INTERROGATOIRE	127,4 (95,3)		81 (69,2)	
EXAM. PHYSIQUE	129 (122,7)		86,8 (58,5)	
DIAGNOSTIC	157,1 (111,3)		80,4 (62,5)	
TRAITEMENT	120,8 (90,1)		78,8 (50,4)	
SOCIAL	59,9 (74,3)		80,2 (79,8)	
PRATIQUE	87,9 (69,7)		54,2 (46,3)	
CLÔTURE	21,5 (14,5)		28 (18,5)	
SILENCES	53,8 (51,1)		68,5 (74,5)	
« TEMPS »	en sec (ET)	en %	en sec (ET)	en %
TEMPS PATIENT	82,4 (85,6)	9,8	83,4 (62,4)	13,0
TEMPS MEDECIN	534,3 (259,9)	63,3	327,0 (123,5)	50,8
TEMPS AUTRE	226,3 (95,5)	26,9	233,4 (92,4)	36,2
TEMPS TOTAL MOYEN	843 (288)	100	643,8 (206)	100

Tableau 2: Comparaison de la durée des phases des consultations entre patients femmes et hommes.

Les durées des « temps-patient », « temps-médecin » et « temps-autre » en fonction des facteurs liés aux médecins (tableau 3), aux patients (tableau 4) et du nombre de motifs de consultation (tableau 5).

MEDECINS	TEMPS PATIENT		TEMPS MEDECIN		TEMPS AUTRE		DUREE TOTALE (ET)	NOMBRE DE MOTIFS
	en sec	en %	en sec	en %	en sec	en %		
A	57	9,4	282	46,0	273	44,6	612 (200)	2,0
B	94	11,0	523	61,2	238	27,8	855 (170)	2,3
C	111	11,5	576	59,8	276	28,7	963 (286)	3,8
D	74	8,4	596	67,8	210	23,8	880 (308)	2,0
E	87	14,2	324	53,2	198	32,6	609 (202)	2,4
moy des médecins	85	10,9	460	57,6	239	31,5	783	2,5
écart type	20	2,2	147	8,3	35	8,0	163	0,7

Tableau 3: Variations des durées des "temps", de la consultation totale et du nombre de motifs en fonction du médecin.

PATIENTS	TEMPS PATIENT		TEMPS MEDECIN		TEMPS AUTRE		DUREE TOTALE (ET)	NOMBRE DE MOTIFS
	en sec	en %	en sec	en %	en sec	en %		
FEMMES	83	9,8	534	63,3	226	26,9	843 (288)	2,7
HOMMES	83	13,0	327	50,8	233	36,2	643 (206)	2,1
- de 16 ans	75	9,0	528	63,0	235	28,0	838 (210)	2,0
16 – 59 ans	74	9,5	456	58,6	249	31,9	779 (245)	2,2
60 – 69 ans	101	15,7	325	50,7	216	33,6	642 (323)	2,3
70 ans et +	103	13,9	354	47,6	287	38,5	744 (360)	3,6
moy selon l'âge	88	12,0	416	55,0	247	33,0	750	2,5
écart type	16	3,4	94	7,1	30	4,4	82	0,7

Tableau 4: Variations des durées des "temps", de la consultation totale et du nombre de motifs en fonction du sexe et de l'âge du patient.

NOMBRE MOTIFS	TEMPS PATIENT		TEMPS MEDECIN		TEMPS AUTRE		DUREE TOTALE (ET)
	en sec	en %	en sec	en %	en sec	en %	
1	72	9,5	445	59,0	237	31,5	754 (203)
2	68	10,0	353	52,0	258	38,0	679 (212)
3	84	11,0	468	60,9	216	28,1	768 (323)
4 et +	126	14,2	513	58,0	246	27,8	885 (315)
moy selon motif	87	11,2	445	57,5	239	31,3	772
ecart type	26	2,1	67	3,8	18	4,8	85

Tableau 5: Variations des durées des "temps" et de la consultation totale en fonction du nombre de motifs de consultation.

PHASES EN SECONDES ET ECART-TYPES				
MEDECINS	DIAGNOSTIC	ET	TRAITEMENT	ET
médecin A	53	64	91	79
médecin B	162	98	105	74
médecin C	216	125	208	102
médecin D	154	101	94	70
médecin E	72	66	96	47
moyenn/médecin	131	68	119	50
PATIENTS				
femmes	157	111	121	90
hommes	80	87	79	50
moyenne/sexe	118		100	
- de 16 ans	128	80	128	105
16-59	137	102	137	75
60-69	61	130	61	101
70 et +	107	105	107	50
moyenne/âge	108	34	108	34
NBR MOTIFS				
1	117	118	117	68
2	98	87	98	95
3	133	100	133	81
4 et +	176	112	176	78
moyenne/nbr de motifs	131	33	131	33

Tableau 6 : Durées et variations des phases diagnostic et traitement en fonction des facteurs médecin, patient et nombre de motifs de consultation.

Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes.

Ce travail examine le déroulement d'une consultation de médecine générale. Pour cela, 47 consultations ont été analysées. Elles ont été décomposées en 11 phases distinctes regroupées en 3 temps : le « temps-patient », le « temps-médecin », et le « temps-autre ». Les critères d'analyse retenus sont la durée de chacun de ces temps ainsi que le nombre de motifs de consultation. On constate que le médecin est le principal facteur de variation. Le « temps-médical » est plus long chez les patientes que chez les patients. Il apparaît que l'âge est un facteur déterminant sur les « temps-patient » et « temps-autre » qui augmentent avec l'âge du patient, et surtout sur le « temps-médecin » qui lui diminue. Le nombre de motifs de consultation a peu d'incidence sur la variation des durées. Le « temps-autre » est utilisé par le médecin, pour les patients âgés, à des fins médicales. Les phases dont les durées sont les moins variables sont celles ayant une fonction médicale reconnue tandis que les phases relationnelles ont des durées beaucoup plus variables.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : relation médecin-patient, consultation, durée, médecine générale

The analysis of the mechanism governing the course of a general practitioner consultation.

The aim of this work is to investigate the mechanism governing the course of a general practitioner consultation. To this end, 47 consultations were analyzed. Each consultation is divided into 11 distinct phases which are grouped into three categories: "doctor-time", "patient-time" and "other-time". The analysis is based on measuring the duration of each category as well as the number of medical complaints. Results show that the practitioner is the greatest source of variability. Furthermore, medical time is longer for female patients than for males ones. Whereas "doctor-time" decreases with age, "other-time" and "patient time" increase. The number of complaints has little impact on the duration of a consultation. For older patients, the "other-time" is used by the practitioner for medical purposes. Finally the phases that show the least variability are those which have a recognized medical purpose whereas those with a social purpose show the greatest.

Keywords: doctor patient relationship, consultation, duration, general practice

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeurs de thèse : Dr Serge BISMUTH et Dr Bruno CHICOULAA