

Université Toulouse III – Paul Sabatier

Faculté de médecine- Purpan

Année 2014

2014 TOU3 1140

THESE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine

Spécialité médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 08 décembre 2014

Par

Lucie LOMBES née le 22 juin 1986 à Paris 12e

**Le genre des médecins et des patients
influence-t-il le déroulement des consultations?
A propos de 93 consultations en médecine
générale**

Travail dirigé par le Dr. Hélène STEPHAN et le Dr. Bruno CHICOULAA

Jury :

Monsieur le professeur ARLET : Président

Monsieur le professeur LANG : Assesseur

Madame le docteur ESCOURROU : Assesseur

Monsieur le docteur CHICOULAA : Assesseur

Madame le docteur STEPHAN : Assesseur

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, Madame le Docteur Hélène Stephan 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.

Aux autres membres du jury, Monsieur le Professeur Thierry Lang et Madame le Docteur Brigitte Escourrou, vous avez accepté de juger de mon travail, je vous remercie pour votre écoute et votre disponibilité.

Au Docteur Brigitte Gers Caubet, au Docteur Jean-Paul Boyes, au Docteur Valérie Boyer, au Docteur Jocelyne Balthazar et au Docteur Beatrice Bellamy, vous avez accepté ma présence pour la réalisation de cette étude, merci pour votre accueil et votre aide.

Aux patients qui ont accepté ma présence dans la consultation lors de cette thèse et pendant toutes mes études pour me permettre d'apprendre à leur contact.

A mes parents pour leur soutien et leur amour. A ma mère pour les statistiques, la relecture patiente et pertinente.

A mon grand frère et à ma petite sœur pour leur présence tendre.

A ma grand-mère pour la curiosité et l'ouverture sur le monde que tu m'as transmises.

A Claire, Jeanne et Martin pour les vacances et les découvertes.

A Violaine pour la relecture, la complicité, les soirées dancefloor, morceaux choisis et tout le reste.

A Manon pour la relecture et les projets ensemble, j'espère pouvoir continuer à travailler avec toi.

Aux Cigües pour nos réflexions sur le soin et l'accueil, le féminisme et la dénonciation de l'institution médicale comme relais des inégalités. Vous m'apportez la force et le courage de faire mieux.

Aux GIPSI (spécial dédicace à Samah et Nabil) pour les apprentissages autour de la santé communautaire, la lutte auprès des étrangers malades et les bons moments.

A la case de santé qui se bat pour continuer à exister, pour le modèle de soins centré sur les patients, la médecine de premier recours et qui me permet d'espérer que les soins primaires sont fait pour tous-tes et que le modèle libéral n'est pas le seul à fonctionner.

Aux amis d'ici et d'ailleurs pour la chaleur des instants et le bonheur du présent.

Table des matières

Remerciements	2
Table des illustrations	5
Introduction	6
Problématique	8
Méthode	9
Résultats	12
1) Comparaisons des données issues de la thèse du Dr Stephan et des données récoltées pendant cette thèse	12
2) Description générale des données groupées provenant de la thèse du Dr Stephan et des données récoltées pendant cette thèse (93 consultations)	13
3) Recherche de corrélation sur l'échantillon global	14
4) Recherche de corrélation sur l'échantillon femmes médecins puis hommes médecins	16
5) Etude de l'influence du genre du médecin sur les différents temps de la consultation	17
6) Etude de l'influence du genre des patients sur les différents temps de la consultation	21
7) Description de la population des patients en fonction du genre du médecin	24
Discussion	25
Conclusion	33
Bibliographie	35
Annexe	38

Table des illustrations

Tableau 1 : répartition des patients en fonction de leur genre et des observatrices

Tableau 2 : Répartition des médecins en fonction de leur genre et des observatrices

Tableau 3: test de corrélation des différents éléments influençant la consultation sur l'échantillon global (93 consultations)

Tableau 4 : test de corrélation des différents éléments influençant la consultation sur l'échantillon femmes médecins (46 consultations)

Tableau 5 : test de corrélation des différents éléments influençant la consultation sur l'échantillon hommes médecins (47 consultations)

Tableau 6 : temps total de la consultation en fonction du genre du médecin

Tableau 7 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du médecin

Tableau 8 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient

Tableau 9 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient dans le groupe médecins femmes

Tableau 10 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient dans le groupe médecins hommes.

Tableau 11 : répartition du genre des patients en fonction du genre du médecin

Figure 1 : Répartition des différentes phases de la consultation chez tous les médecins

Figure 2 : Répartition des différentes phases de la consultation chez les médecins femmes

Figure 3 : Répartition des différentes phases de la consultation chez les médecins hommes

Figure 4 : Comparaison des temps de la consultation selon le genre du médecin

Figure 5 : Répartition des différentes phases dans le temps médecin

Figure 6 : Comparaison du temps médical en fonction du genre du médecin et du patient

Figure 7 : Age médian de la patientèle en fonction du genre du médecin

I. Introduction

La prise en charge des patients en médecine générale permet d'aborder de nombreuses thématiques. Mais la pierre angulaire de cette médecine est la relation singulière et renouvelée à chaque consultation entre le médecin et son patient. Cette relation a déjà été étudiée sous différents aspects tant du point de vue du patient que du médecin. La définition de cette relation peut être envisagée avec une approche historique, sociologique ou bien psychanalytique (1). Différentes recherches ont également porté sur les critères de qualité et la satisfaction des participants(2). Dans la définition de la médecine générale – médecine de famille de la WONCA¹ (3), une des caractéristiques mise en avant est l'utilisation « d'un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée ». Cette relation s'effectue sur le long cours et se modifie en s'approfondissant à chaque nouvelle consultation. Les consultations sont de durée variable (70% des consultations durent entre 10 et 20 min) (4) et les thèmes abordés sont divers. Un patient consulte fréquemment pour plusieurs motifs allant du renouvellement d'un traitement chronique aux problèmes psycho-sociaux en passant par la pathologie aiguë surajoutée (5). La relation médecin-patient a un rôle thérapeutique. Par exemple, une bonne communication améliore le bien-être global mais aussi les chiffres glycémiques et tensionnels (6) des patients.

Dans la thèse du Dr Stephan (7) qui a étudié le déroulement de la consultation en médecine générale, on remarquait que la consultation se faisait dans le cadre d'un schéma appris par les deux participants avec la répétition d'une séquence commune et que le chronométrage de ces différentes phases permettait une analyse de la dynamique de la consultation (8). Ce travail a mis en évidence plusieurs éléments. La durée de la consultation dépendait de façon prépondérante du médecin, puis dans une moindre mesure du sexe et de l'âge du patient. Le temps ayant une fonction médicale était peu variable entre les médecins. Le temps donné au patient pour exposer le motif de la consultation et ses demandes supplémentaires était très court. Enfin, le nombre de motifs de consultation avait peu d'incidence sur les différentes phases de la consultation. Cette thèse (7) a étudié les consultations de 5 médecins dont 4 hommes. Or, en 2020, les

¹ WONCA : World Family doctors caring for people

femmes devraient représenter 43% des médecins en exercice libéral et 52% des médecins en exercice. En 2030, on prévoit 53,8% de femmes chez les médecins et 56,4% chez les généralistes. La féminisation de la profession de médecin s'est faite progressivement sur les 50 dernières années. Certains y voient une dévalorisation du métier, d'autres se posent des questions en termes d'organisation de la permanence des soins. En effet, une enquête de la DREES² (4) de 2006 montrait que les femmes faisaient moins d'actes par jour (11 actes versus 16 pour les hommes en moyenne). Leur durée de travail quotidien était plus courte de 13 % par rapport aux hommes. On observait également que les consultations des femmes médecins étaient plus longues de deux minutes en moyenne. Dans le cadre spécifique de la communication médecin-patient, les études observationnelles sociologiques avec analyse du discours concluaient aussi à une différence entre les médecins hommes et les médecins femmes : les patients avaient tendance à parler plus aux femmes médecins et à donner plus d'informations tant biomédicales que psycho-sociales (9). Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes médecins adopteraient un style de communication plus participatif (10). Elles auraient également plus de facilité à poser des questions. Au total, la relation médecin femme – patient peut être décrite comme une relation partenariale plus poussée. Du point de vue des patients, il existait également des différences dans le déroulement de la consultation. Le temps de consultation était plus long pour les patientes (7) et notamment sur le temps ayant une fonction médicale. Cette étude pose la question de l'influence du genre sur le déroulement de la consultation de médecine générale, celui des médecins généralistes et celui des patients. Le terme « genre » renvoie aux déterminants sociaux. Il permet de s'éloigner du rôle biologique et du caractère « inné » de certaines compétences attribuées à chacun des sexes. Il propose une analyse des rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes ainsi que des rapports de pouvoir régissant les relations entre ces deux catégories sociales. Il sera donc utilisé dans tout ce travail pour désigner le sexe social des participants. On se propose par une analyse systématique des consultations en médecine générale (sans sélection du motif de consultation, de l'âge ou du genre du patient) de repérer les dynamiques en jeu dans la rencontre singulière entre le médecin et son patient en prenant en compte les problématiques liées au genre des participants.

² DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

II. Problématique :

Dans le contexte de féminisation de la médecine, y a-t-il une différence significative dans le déroulement d'une consultation de médecine générale si le médecin est un homme ou une femme et s'il reçoit un homme ou une femme ?

Pour répondre à cette question, quatre phases d'analyse successives ont été effectuées :

- le séquençage et l'analyse des différentes phases de la consultation après un recueil observationnel de consultations de quatre femmes et d'un homme médecins généralistes.
- la comparaison des données recueillies avec celles obtenues dans la thèse du Dr Stephan (7), permettant de grouper les données des deux thèses.
- la comparaison de la durée des différentes phases de consultation recueillies chez les femmes médecins avec les données équivalentes recueillies chez les hommes médecins.
- la comparaison aux données de la littérature et discussion.

III. Méthode

Les enregistrements ont été effectués par une observatrice unique chez 5 médecins (4 femmes et 1 homme). Ces médecins ont été choisis parmi le réseau de connaissance de mes deux directeurs de thèse pour compléter les données de la thèse du Dr Stephan (7) en ajoutant le paramètre du genre du médecin. Il s'agit de 3 femmes médecins exerçant à Toulouse, d'une femme médecin en zone rurale et d'un homme médecin en zone péri-urbaine. Les enregistrements se sont déroulés de novembre 2013 à août 2014, sur une ou deux demi-journées pour chaque médecin en fonction du nombre de consultations enregistrées lors de la première demi-journée. Sur les 58 consultations observées, 46 ont été retranscrites. Le seul critère de sélection des consultations retranscrites était un critère de faisabilité (consultations audibles). Il n'y avait aucune sélection sur le motif de consultation de façon à représenter la diversité de la médecine générale.

Les enregistrements étaient effectués après l'accord du patient, sur des consultations avec ou sans rendez-vous en fonction des habitudes de travail du médecin enregistré. L'observatrice se plaçait de manière à être la plus discrète possible. Une fiche de renseignements sur l'étude en cours était affichée dans la salle d'attente ou distribuée par les secrétaires à l'arrivée des patients pour obtenir leur accord éclairé. Les critères d'inclusion des médecins ont été définis en relation avec les médecins enregistrés dans l'étude du Dr Stephan. La sélection des médecins a été faite en miroir, en les appariant en fonction de leur genre, sur le lieu et le mode d'exercice. Ainsi, il a été décidé de n'enregistrer que trois maîtres de stage sur les cinq médecins enregistrés pour avoir un nombre identique dans les deux groupes.

Les enregistrements ont été retranscrits pour permettre un séquençage plus précis des différentes phases de la consultation.

Le découpage reprenait les différentes phases de la consultation de médecine générale décrites dans l'étude du Dr Stephan (7) et dans l'article du Dr Ohtaki (8).

On retrouve donc les phases suivantes :

- les salutations
- l'exposé du motif de consultation
- les motifs supplémentaires

- l'interrogatoire
- l'examen physique
- le diagnostic
- le traitement et les examens complémentaires
- les discussions sociales
- le paiement, le passage de la carte vitale et l'organisation de la prochaine rencontre
- la clôture de la consultation
- les silences

Pour simplifier la lecture des résultats, et pouvoir comparer les deux travaux de thèse ces différentes phases ont ensuite été réparties en 3 temps comme suit :

- 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.

Les salutations étaient rarement enregistrées car l'enregistrement ne débutait qu'une fois l'accord du patient obtenu.

En cas de chevauchement de 2 phases, l'étude se basait sur le discours plutôt que sur les observations faites pendant l'enregistrement. Par exemple si le médecin était en train d'imprimer des ordonnances en discutant des résultats de foot la séquence était classée dans du temps social.

Pour améliorer la reproductibilité et la possibilité de réunir les deux études, le séquençage des 46 consultations retranscrites a été fait par l'observatrice avec l'aide du Dr Stephan.

Les patients ont été classés selon leur genre. Dans le cadre des consultations pour des enfants accompagnés de leurs parents, le genre pris en compte dans l'analyse était celui du parent.

L'âge des patients a été pris en compte de manière linéaire sans classement par tranche d'âge.

Le séquençage et l'analyse des données ont été mesurés en secondes pour une simplification des calculs et une uniformité des données.

Les données recueillies ont ensuite été comparées avec les données du Dr Stephan pour vérifier l'équivalence de la population sur les critères d'âge, de genre des patients et le nombre de motifs de consultation. Les données ont ensuite été fusionnées pour augmenter le nombre des médecins étudiés. Les analyses statistiques ont été faites sur les deux échantillons regroupés soit 10 médecins (5 femmes et 5 hommes) et 93 consultations (47 + 46).

Les logiciels utilisés pour faire les statistiques étaient le logiciel Excel et logiciel SigmaPlot version 12.5.

Un test de Spearman (test de corrélation qui n'exige pas de distribution particulière des échantillons) a été effectué à la recherche de corrélation entre les temps de la consultation (temps total, temps patient, temps médecin et temps autre), le nombre de motifs et l'âge des patients sur l'échantillon total puis sur le groupe hommes médecins et femmes médecins séparément.

Pour répondre à la problématique principale, un test de Mann Whitney (comparaison des médianes) a été fait en fonction du genre des médecins et des différents temps de la consultation. Puis le même test a été réalisé en prenant en compte le genre du patient. Puis dans les sous-groupes femmes médecins et hommes médecins, l'analyse des différents temps de la consultation a été faite en fonction du genre du patient.

Enfin, une comparaison des patientèles reçues par les femmes et les hommes médecins a été faite sur des critères d'âge et de genre des patients et du nombre de motifs exprimé.

IV. Résultats

1- Comparaison des données issues de la thèse du Dr Stephan et des données récoltées pendant cette thèse.

1.1 Nombre de médecins étudiés et de consultations enregistrées

Ces deux nombres sont équivalents entre les deux séries de données

- a. Lucie Lombès : 4 médecins femmes, 1 médecin homme, 46 consultations
- b. Hélène Stephan : 4 médecins hommes, 1 médecin femme, 47 consultations

1.2 Patientèles

- a. L'âge des deux populations est similaire

La moyenne d'âge est de 43,8 ans (écart type (ET) = 20,5) dans la population étudiée par L. Lombès contre 39,3 ans (ET = 23,4) dans la population d'H.

Stephan. Ces données ne sont pas statistiquement différentes ($p = 0,262$ test de Mann Whitney).

- b. La répartition par genre des patients est similaire

	Nom des observatrices		
	H.		Total
genre patient	Stephan	L. Lombès	
Femme	28	25	53
Homme	19	21	40

Tableau 1 : répartition des patients en fonction de leur genre et des observatrices

La valeur de p à 0,765 avec le test du Chi-2 montre qu'il n'y a pas de relation statistique entre le médecin faisant l'étude (L. Lombès ou H. Stephan) et la répartition du genre des patients.

- c. Le nombre de motifs de consultation est similaire

Le nombre moyen de motifs par consultation dans le groupe analysé par L. Lombès est de 1,9 (ET = 0,7). Dans le groupe d'H. Stephan, il est de 2,3 (ET = 1,3). Il n'est pas significativement différent entre les deux patientèles (médiane égale à 2,0 dans les deux groupes, $p=0,07$ avec le test de Mann Whitney).

1.3 Genre des médecins

Il a été ajusté pour permettre l'étude de l'effet du genre du médecin sur les caractéristiques de la consultation, il diffère donc entre les deux séries de données

genre médecin	Nom des observatrices		Total
	H. Stephan	L. Lombès	
Femme	12	34	46
Homme	35	12	47

Tableau 2 : Répartition des médecins en fonction de leur genre et des observatrices

La valeur de $p < 0,001$ avec le test du Chi-2 montre l'influence statistiquement significative du médecin faisant l'étude. H. Stephan ayant surtout étudié des consultations effectuées par un homme médecin, une approche inverse de façon à équilibrer le nombre de consultations entre le genre des médecins a donc été effectuée.

Au total, la similarité de la patientèle dans les deux échantillons ainsi que les nombres équivalents de médecins et de consultations analysées, permet de réunir les données pour la suite de l'étude. Nous disposons donc de 93 consultations de médecine générale dont 46 consultations menées par des femmes médecins et 47 par des hommes médecins.

2- Description générale des données groupées provenant de la thèse du Dr Stephan et des données récoltées pendant cette thèse (93 consultations).

2.1 Moyennes des différents temps de la consultation

La totalité des valeurs (nombre d'observations, moyenne, écart type, maximum, minimum, médiane, 5^{ème} et 95^{ème} centile) des données numériques issues de l'analyse des consultations est donnée en annexe 1.

La durée moyenne d'une consultation est 12 minutes (min) et 42 secondes (sec) (803,7 sec).

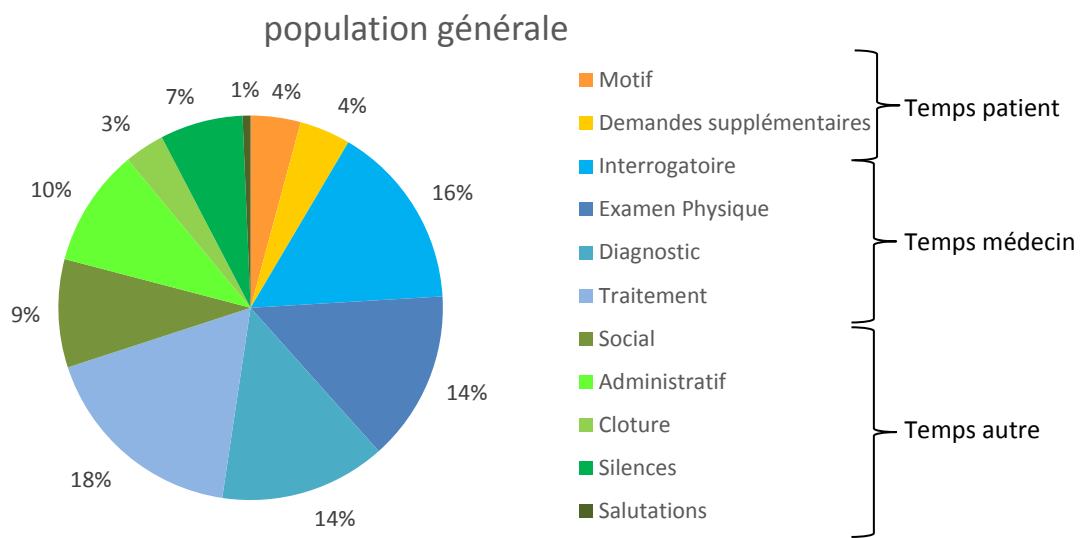
Le temps patient est très minoritaire car il n'est compté que lors de l'expression spontanée des demandes du patient. Il a une durée moyenne de 68 sec.

Le temps médical constitue la majeure partie du temps de la consultation puisqu'il dure en moyenne 8 min et 26 sec (506 sec).

Le temps autre est de 3 min 48 sec (228 sec).

2.2 Répartition des différents temps de la consultation en fonction de la durée totale de la consultation.

La répartition des différentes phases de la consultation dans l'échantillon total est représentée par la figure 1



*Figure 1 : Répartition des différentes phases de la consultation chez tous les médecins (93 consultations)
Résultats exprimés en pourcentage du temps total*

3- Recherche de corrélation sur l'échantillon global

Nous avons recherché un lien entre les différents temps de la consultation, l'âge des patients et le nombre de motifs de consultation en utilisant le test de corrélation de Spearman. Les données sont résumées dans le tableau 3

	Tps total	Tps patient	Tps médical	Tps autre	n motifs
Age	-0,164	-0,0960	-0,202	0,0544	-0,0591
patient	0,117	0,359	0,0522	0,604	0,573
Tps total		0,391	0,870	0,355	0,262
		<u>0,000120</u>	<u>0,000000200</u>	<u>0,000509</u>	<u>0,0114</u>
Tps patient			0,141	0,209	0,394
			0,176	<u>0,0443</u>	<u>0,000105</u>
Tps médical				-0,0489	0,157
				0,641	0,132
Tps autre					0,0972
					0,353

Tableau 3: test de corrélation des différents éléments influençant la consultation sur l'échantillon global (93 consultations) ; dans chaque case sont notés de haut en bas : le coefficient de corrélation, la valeur de p; les cases en gras soulignent les corrélations où la valeur de p est < 0.05

Ce tableau nous montre que, comme attendu, le temps total est corrélé de façon positive aux différents temps de la consultation : temps patient, médical et autre. On remarque cependant que le temps médical est celui qui présente le coefficient de corrélation le plus fort avec un p très inférieur à 0,01. Ceci indique la prépondérance du temps médecin dans la durée globale de la consultation.

Le nombre de motif est corrélé de façon significative et positive au temps total et, avec un coefficient de corrélation plus élevé et un p plus petit, au temps patient.

L'âge du patient quant à lui n'apparaît pas avoir d'influence significative sur les différents temps de la consultation ou le nombre de motifs.

4- Recherche de corrélation sur l'échantillon femmes médecins puis hommes médecins

	Tps total	Tps patient	Tps médical	Tps autre	n motifs
Age	-0,0835	-0,217	-0,124	0,0645	-0,339
patient	0,580	0,146	0,410	0,668	<u>0,0213</u>
Tps total		0,400 <u>0,00610</u>	0,854 <u>0,000000200</u>	0,431 <u>0,00295</u>	0,417 <u>0,00407</u>
Tps patient			0,142 0,345	0,307 <u>0,0381</u>	0,613 <u>0,00000629</u>
Tps médical				-0,0125 0,934	0,261 0,0793
Tps autre					0,147 0,329

Tableau 4: test de corrélation des différents éléments influençant la consultation sur l'échantillon femmes médecins (46 consultations) ; dans chaque case sont notés de haut en bas : le coefficient de corrélation, la valeur de p; les cases en gras soulignent les corrélations où la valeur de p est < 0.05

Chez les femmes médecins, le nombre de motifs est corrélé de façon négative à l'âge du patient : plus le patient est âgé moins il présente de motifs de consultation. Le reste du tableau est similaire à l'échantillon global.

	Tps total	Tps patient	Tps médical	Tps autre	n motifs
Age	-0,172	0,0367	-0,190	-0,0199	0,143
patient	0,246	0,806	0,200	0,894	0,336
Tps total		0,348	0,893	0,361	0,121
		<u>0,0168</u>	<u>0,000000200</u>	<u>0,0130</u>	0,417
Tps patient			0,135	0,129	0,213
			0,362	0,387	0,150
Tps médical				0,0177	0,103
				0,905	0,489
Tps autre					0,0569
					0,703

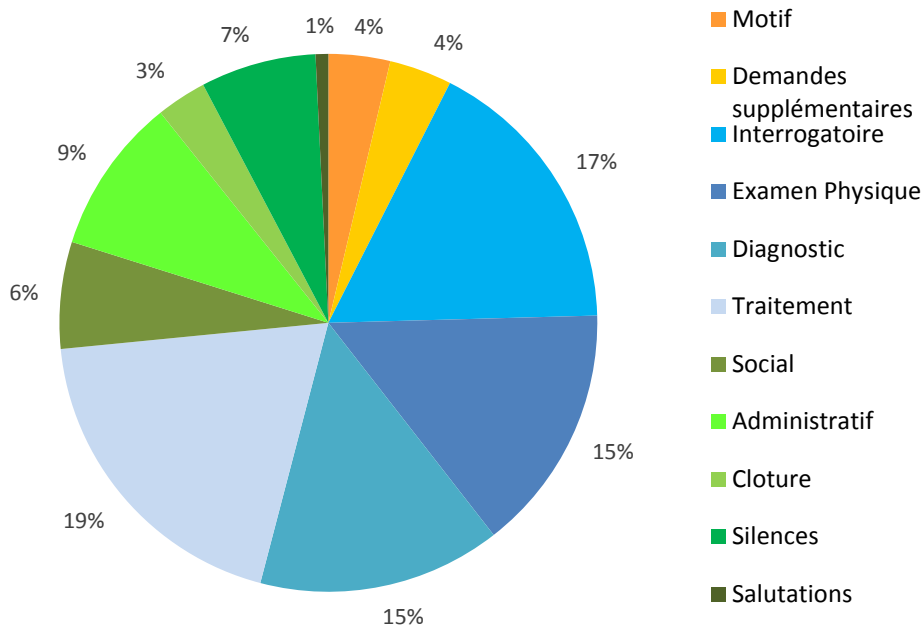
Tableau 5 : test de corrélation des différents éléments influençant la consultation sur l'échantillon hommes médecins (47 consultations) ; dans chaque case sont notés de haut en bas : le coefficient de corrélation, la valeur de p; les cases en gras soulignent les corrélations où la valeur de p est < 0.05

Chez les hommes médecins, on remarque que les différents temps de la consultation ne sont corrélés ni au nombre de motifs, ni à l'âge du patient. Le temps médecin reste prépondérant dans la durée totale de la consultation.

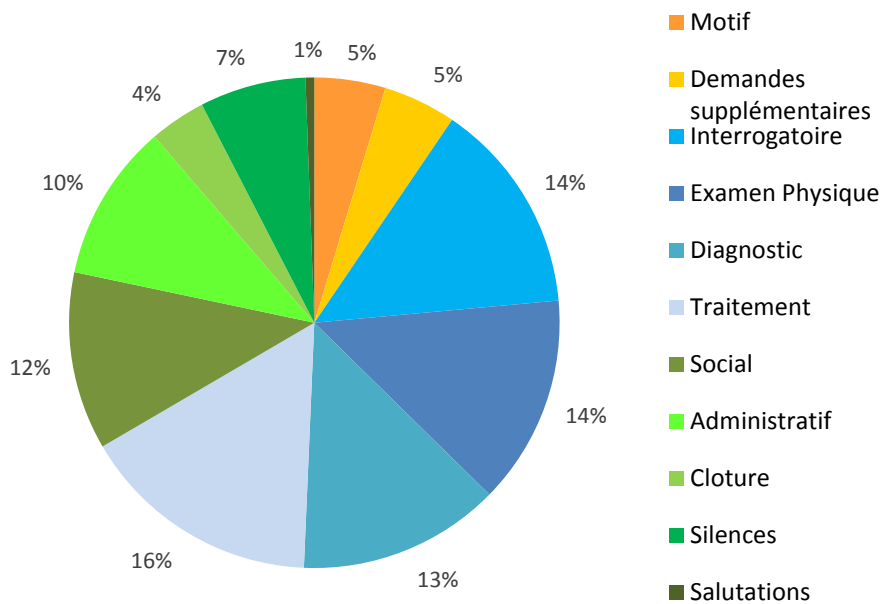
5- Etude de l'influence du genre du médecin sur les différents temps de la consultation

5.1 Répartition des différentes phases de la consultation

Les répartitions des différentes phases de la consultation en fonction du genre du médecin sont représentées en figure 2 et 3



*Figure 2 : Répartition des différentes phases de la consultation chez les médecins **femmes**. Résultats exprimés en pourcentage du temps total*



*Figure 3 : Répartition des différentes phases de la consultation chez les médecins **hommes**. Résultats exprimés en pourcentage du temps total*

Cette représentation avec tous les temps de la consultation montre plusieurs différences : le temps médecin (représenté par les quartiers dans différentes tonalités de bleu) est plus élevé chez les femmes médecins alors que le temps social (représenté par les quartiers dans différentes tonalités de vert) montre une différence inverse.

Pour chaque consultation, les différentes composantes des temps médecin, patient et autres ont été additionnées pour les comparer ensuite entre médecins hommes et médecins femmes (Figure 4).

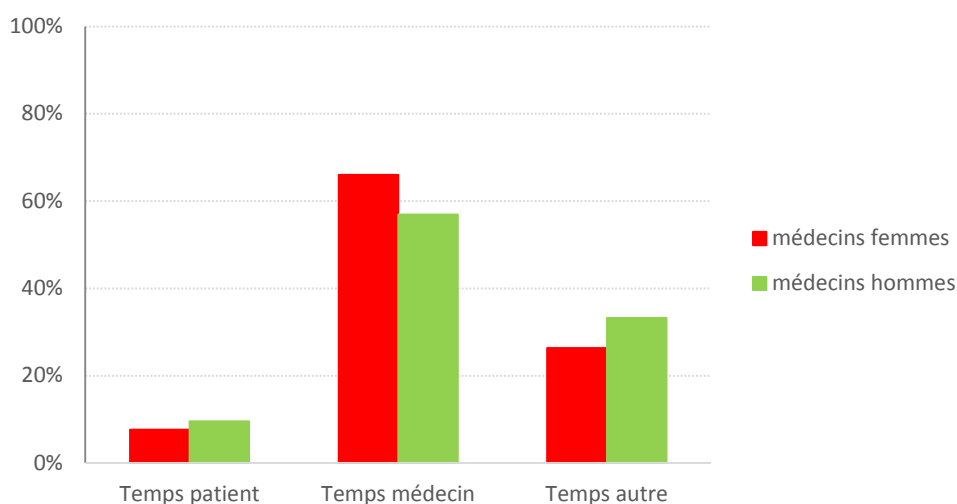


Figure 4 : *Comparaison des temps de la consultation selon le genre du médecin.*

Les données sont exprimées en proportion du temps total.

Cependant ces données ayant été normalisées en fonction du temps total de la consultation, il est nécessaire de retourner aux données en durée réelle (en secondes) pour faire des comparaisons statistiques.

5.2 Comparaison des différents temps selon le genre du médecin

5.2.1 Temps total de consultation

Les valeurs du temps total de la consultation en fonction du genre du médecin (F=femme, H=homme) sont indiquées dans le tableau ci-après.

Groupe médecin	N	médiane	25%	75%
F	46	773	643	1069
H	47	736	596	900

Tableau 6 : temps total de la consultation en fonction du genre du médecin

Les durées de temps total de la consultation ne diffèrent pas significativement entre hommes et femmes médecins ($p= 0,174$ avec un test de Mann Whitney). Pour les femmes médecins, la durée médiane de consultation est de 12 min et 52 sec alors que pour les hommes médecins elle est de 12min 16 sec.

5.2.2 Différents temps de la consultation

Pour simplifier la lecture, seules sont indiquées dans le tableau ci-après les valeurs des médianes pour les différents temps de la consultation en fonction du genre du médecin (F=femme, H=homme).

Groupe médecin	Tps patient	Tps médecin	Tps autre
F	64	529	210
H	51	411	248

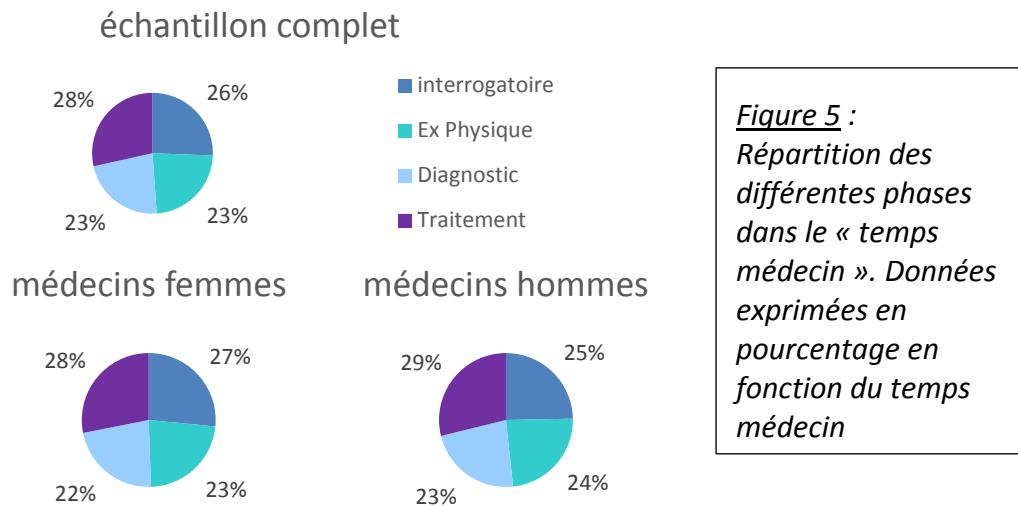
Tableau 7 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du médecin

Le temps médecin est significativement plus long pour les femmes médecins (8 min 49 sec) que pour les hommes médecins (6 min 51sec) ($p= 0,01$ test de Mann Whitney). Ce n'est pas le cas pour le temps patient et le temps autre.

5.2.3 Répartition des phases dans le temps médecin

Ce résultat conduisait à se demander s'il existait une différence dans la structure du temps entre les hommes et les femmes médecins.

La représentation des différentes phases du temps médecin dans la population globale, celle des femmes médecins et celle des hommes médecins (Figure 5) ne montre pas de différence significative dans la structure du temps médecin.



Le temps médecin supplémentaire des femmes médecins se répartit donc également dans toutes les phases du temps médecin : interrogatoire, examen physique, commentaires autour du diagnostic et explications du traitement.

6- Etude de l'influence du genre des patients sur les différents temps de la consultation.

Pour compléter notre analyse, nous avons recherché une influence du genre du patient sur le déroulement de la consultation.

6.1 Etude dans la population générale

Les valeurs des médianes des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient sont indiquées dans le tableau ci-après (valeurs en secondes). La comparaison de ces valeurs par un test de Mann et Whitney n'était significative que pour le temps médecin qui était significativement plus long lorsque le patient était une femme ($p=0,007$).

Groupe Patient	Tps patient	<u>Tps</u> <u>médecin**</u>	Tps autre	Tps total
F	61	532	206	790
H	56	410	250	739

*Tableau 8 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient
** valeurs statistiquement différentes $p < 0.05$*

Il était donc important d'introduire le facteur du genre du patient dans la comparaison en fonction du genre du médecin.

6.2 Etude en fonction du genre du médecin

Il était intéressant d'étudier séparément chez les médecins hommes et chez les médecins femmes l'effet du genre du patient sur le déroulement de la consultation.

- 1- Chez les femmes médecins les médianes des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient sont les suivantes :

Groupe patient	Tps patient	Tps médecin	Tps autre	Tps total
F	66	524	202	770
H	55	529	239	773

Tableau 9 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient dans le groupe médecins femmes.

On ne retrouve aucune différence significative dans aucun des temps de la consultation selon le genre du patient

- 2- Chez les hommes médecins les médianes des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient sont les suivantes :

Groupe patient	Tps patient	<u>Tps</u> <u>médecin**</u>	Tps autre	<u>Tps total*</u>
F	45	532	235	818
H	59	385	255	682

*Tableau 10 : Durée des différents temps de la consultation en fonction du genre du patient dans le groupe médecins hommes. ** Valeurs statistiquement différentes $p < 0.05$*

Deux des temps sont significativement différents selon le genre du patient. Lorsque le patient est une femme les médecins hommes passent plus de temps total ($p=0,05$ test de Mann Whitney) et plus de temps médecin ($p=0,005$). Le temps médecin passe en médiane de 8 min 52 sec pour une patiente femme à 6 min 25 sec pour un patient homme.

Au total, il existe un effet du genre du patient qui coexiste avec un effet du genre du médecin. Ces données sont reprises dans la figure 6

« temps-médecin » en fonction du genre

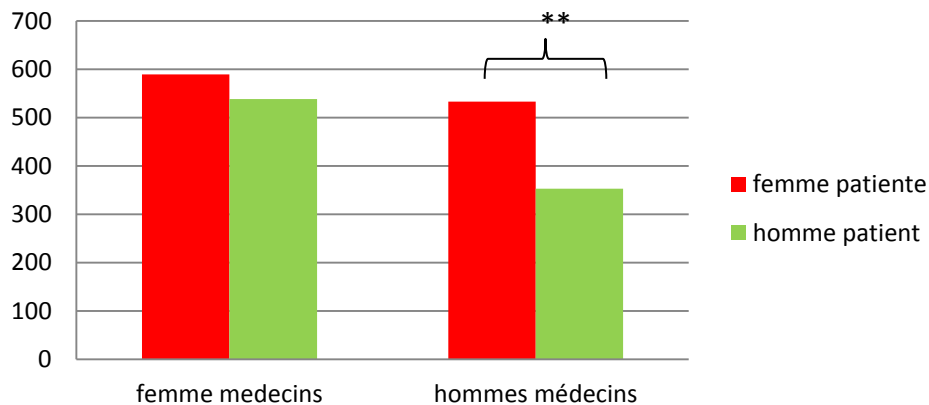


Figure 6 : Comparaison du temps médical en fonction du genre du médecin et du patient

Résultats exprimés en seconde

Les accolades montrent les différences significatives avec $p < 0,05$

7- Description de la population des patients en fonction du genre du médecin.

1- Âge

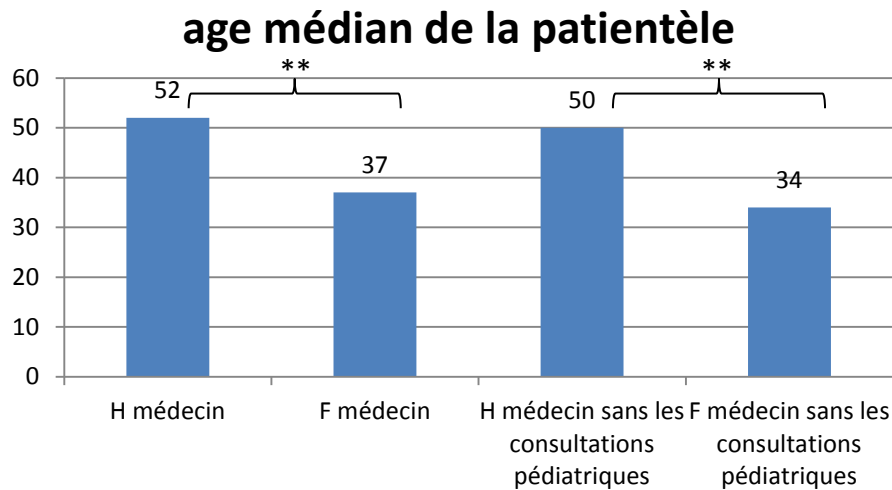


Figure 7 : Age médian de la patientèle en fonction du genre du médecin
 Les comparaisons marquées d'une accolade sont statistiquement significative
 ** $p < 0,01$

Les femmes médecins reçoivent des patients plus jeunes que l'on prenne en compte les consultations pédiatriques ou pas.

2- Genre des patients

	femmes patientes	hommes patients
Hommes médecins	23	24
Femmes médecins	30	16

Tableau 11 : répartition du genre des patients en fonction du genre du médecin.

La différence observée (moins de patients hommes pour les femmes médecins) n'est pas significative ($p = 0,169$, test de Chi-2).

3- Nombre de motifs

Les patients ont une médiane de 2 motifs par consultation qu'ils soient des femmes ou des hommes et qu'ils s'adressent à des femmes ou des hommes médecins. Il n'y a pas d'interaction entre le nombre de motif et le genre du médecin et du patient.

V. Discussion

Cette étude met en évidence des différences dans le déroulement de la consultation de médecine générale en fonction du genre des participants.

Le genre des médecins influence le temps de la consultation ayant une fonction directement médicale appelé «temps-médecin». Ce temps est prépondérant dans la durée de la consultation et est corrélé de manière forte à la durée totale de la consultation. Les femmes médecins passent en moyenne deux minutes de plus sur ce temps médical avec leurs patients. Ce temps supplémentaire est réparti de façon homogène sur les différentes parties du « temps médecin » : l'interrogatoire, l'examen physique, et les explications sur le diagnostic, les traitements ou les examens complémentaires nécessaires.

Le genre des patients quant à lui influence aussi le « temps médecin » qui est significativement plus long pour les patients femmes. Il n'a par contre pas d'influence sur le temps total de la consultation.

En associant genre du patient et celui des médecins, on constate que dans le groupe femmes médecins, les différents temps de la consultation ne varient pas selon que le patient est un homme ou une femme. Au contraire le genre des patients modifie la durée totale et le «temps-médecin» dans le groupe des médecins hommes. Les médecins hommes passent significativement moins de temps avec leurs patients hommes qu'avec leurs patients femmes. La durée moyenne de la consultation est en effet de 11 minutes 22 secondes pour un homme alors qu'il est de 13 minutes 38 secondes pour une femme, la différence étant surtout dans le « temps-médecin ».

1-Etude des biais de mon travail.

Le séquençage des consultations a été faite par deux personnes différentes. Cela aura pu introduire un biais dans l'analyse de la différence homme/ femme médecin car la majorité des données récoltées lors de cette thèse concerne des femmes médecins. Cependant, les mêmes règles de séquençage ont été appliquées lors des séquençages effectués par le Dr Stephan. De plus, plusieurs séquençages ont été faits en parallèle et ont donné des résultats identiques ce qui permet de conclure à l'incidence modéré de ce biais.

La comparaison des échantillons a montré la similarité des populations étudiées ce qui a permis de les regrouper. Les consultations enregistrées étaient représentatives de toute la médecine générale et ne présentaient pas de biais sur des critères d'âge, de genre du patient ou de motifs de consultations. On retrouve d'ailleurs une grande variabilité dans la durée des consultations. Cela reprend les analyses de la DRESS (4) sur les durées de consultation qui évoque une variabilité plus importante pour un même médecin en fonction du patient et de la pathologie plutôt qu'en fonction du type de pratique.

Un biais de sélection des médecins participant à l'étude pourrait être évoqué. Ces médecins ont été choisis par réseau de connaissances et sur la base du volontariat. Ils savaient que l'étude allait évaluer la relation médecin-patient.

Le choix des médecins a été fait pour essayer d'apparier les médecins enregistrés dans le cadre du travail de thèse du Dr Stephan. On retrouve majoritairement des médecins exerçant à Toulouse ou en proche banlieue (8/10). Il n'y a pas de médecin exerçant en zone rurale sous-médicalisée. Cependant, il est notable que l'étude de la DREES (4) retrouve une corrélation positive entre le niveau d'activité et la durée des consultations mais pas de lien significatif entre la densité médicale dans la zone d'activité et la durée de consultation. Au vu de ces données, il semble que le lieu d'exercice ne modifie pas trop les durées de consultations.

2-Etude des résultats

a) Echantillon total

Dans notre étude, il n'y a pas de corrélation entre la durée de la consultation et l'âge du patient. La thèse du Dr Stephan (7) pointait une diminution du temps médical au profit du temps social chez les patients de plus de 60 ans et une plus grande variabilité de la durée totale de consultation. Dans des études à plus grande échelle, il existe un allongement de la durée de la consultation avec le vieillissement des patients (4). Notre étude ne permet pas de conclure sur le rôle de l'âge dans le déroulement de la consultation.

La retranscription et l'analyse des consultations représentent un temps important. La taille de l'échantillon analysé a été doublée par l'addition des données de la thèse du Dr

Stephan permettant l'analyse de dix médecins et 93 consultations. Cet échantillon « élargi » ne peut cependant pas représenter la diversité de la médecine générale dans son ensemble. Toutefois, le nombre de consultations étudiées dans des études de sciences humaines est du même ordre. Par exemple, l'étude linguistique incluse dans le projet INTERMED visant la caractérisation des échanges entre patients et médecins se base sur l'approche d'un corpus de 79 consultations médicales chez 11 médecins généralistes (11).

La répartition de la parole entre le médecin et le patient est inégale. L'expression spontanée du patient représentée par le « temps-patient » est très courte : autour de 68 secondes pour une consultation de 12 minutes et 46 secondes en moyenne. Le « temps-médecin » est prépondérant dans la durée de la consultation en étant corrélé de manière forte à la durée totale (tableau 3). Il représente la partie de la consultation où le médecin dirige l'entretien et fournit des explications concernant le diagnostic et les traitements. Le patient répond ou pose des questions sur des problématiques liées à la consultation.

Le nombre de motifs de consultation n'a pas une influence majeure sur le déroulement de la consultation. Il modifie légèrement le temps total et le « temps-patient » car le patient doit exprimer ses demandes supplémentaires. Cependant, il n'est pas corrélé au « temps-médecin » ce qui montre bien que le médecin ne reprend pas toutes les phases du diagnostic si un nouveau motif apparaît.

b) Comparaison des médecins en fonction de leur genre

Les femmes médecins sont connues pour avoir une relation partenariale plus poussée, avec une approche plus psycho-sociale (9). Elles posent plus de questions et les patients ont tendance à leur répondre plus facilement (12). Notre étude met en évidence que les femmes médecins passent un « temps-médical » plus long de 2 minutes en moyenne avec leurs patients. Cela est concordant avec une méta-analyse de 2002 (9) rapportant que la durée des consultations chez les femmes médecins était en moyenne plus longue de 2 minutes et qu'il n'y avait pas de différence avec les hommes médecins sur le temps social ou la quantité d'informations biomédicales données.

La structure du « temps-médical » est similaire pour les hommes et les femmes médecins. L'augmentation de ce temps ne se fait pas sur une phase en particulier. La structure de la

consultation est un apprentissage universitaire. Tous les étudiants ont accès au même enseignement pour apprendre les différentes phases du temps médical et leur importance respective dans le déroulé de la consultation. Cela peut expliquer que la structure ne soit pas influencée par le genre du médecin.

Dans une étude menée par des sociologues à la demande du CNOM³, le Dr I. Khan-Bensaude (13) montre un effet plus générationnel que sexué sur la répartition du temps de travail et les modifications dans la relation médecin-patient. Les médecins de la nouvelle génération aspirent tous à plus de temps libre et s'éloignent de la vision idéalisée du médecin disponible en permanence pour ses patients. Ils essaient travailler la qualité de la relation médecin-patient pour améliorer l'autonomie du patient. Il aurait été intéressant de pouvoir prendre en compte l'âge des médecins pour explorer l'effet générationnel. Cependant, les médecins enregistrés dans cette étude appartiennent tous à la tranche d'âge [45-60] ans. Il n'y a pas assez de différence pour rendre cette analyse pertinente. Une autre étude ayant pour objet l'observation de médecins nouvellement installés serait plus intéressante pour explorer cet aspect générationnel.

L'étude linguistique de Tanguy et al 2012 (11) constate que les consultations les plus longues, où la parole du patient domine, sont caractéristiques des médecins femmes. Ainsi au vu des différentes études, on aurait pu penser que le « temps-patient » serait plus long avec les femmes médecins ce qui n'est pas le cas dans mon étude. Mais on sait aussi que les femmes ressentent le besoin de montrer plus d'autorité et souffrent parfois d'un manque de légitimité. (14) Elles doivent faire face au stéréotype de genre. La communication participative (patient-centred communication en anglais) est définie par une communication où le patient est au centre des discussions, prit en compte dans la prise de décisions et où il peut poser aisément des questions. Ce type de communication n'est pas perçu par les patients comme une compétence professionnelle mais comme une attitude typiquement féminine (15). Alors que les mêmes patients évaluent positivement les médecins hommes qui pratiquent la communication participative.

Le temps total de la consultation notamment est similaire quel que soit le genre du médecin. Ces données viennent compléter l'analyse du Dr Brispot (16) sur le choix d'un

³ CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

médecin traitant femme par les patients. La majorité des patients interrogés ne voient pas de différence entre les compétences professionnelles d'un médecin femme ou d'un médecin homme. Les patients déclarent choisir leurs médecins non pour leur genre mais plutôt en fonction de leur caractère (16) et de leurs compétences ou bien de la proximité du cabinet avec leur lieu de vie (17). Cependant, les patients auraient plus facilement tendance à s'adresser à une femme en cas de problèmes psychologiques ou de « besoin de discuter » (16).

c) Comparaisons du déroulement de la consultation en fonction du genre du patient

Les femmes passent plus de temps avec leurs médecins que celui-ci soit un homme ou une femme. Cette différence est uniquement significative sur le « temps-médical ». Ces chiffres sont comparables aux chiffres de la DRESS (4) qui met également en évidence des consultations plus longues pour les femmes.

Pendant longtemps, la médecine a considérée les femmes comme malades par nature (18) et les études prenant en compte les différences physiologiques entre les hommes et les femmes sont très récentes (19). Pour les mêmes symptômes cardiovasculaires, les femmes se voient attribuer plus facilement des causes psychologiques (20). Encore actuellement, les hommes médecins prescrivent moins de traitement et à des doses inférieures aux femmes en cas de pathologies cardiaques chroniques (10). On sait également que les femmes reçoivent plus de traitements psychotropes, et consultent plus facilement en médecine générale. Les médecins, quel que soit leur genre, passent plus de temps à interroger les femmes, notamment sur leur ressenti (10). Dans notre étude, le « temps-médecin » est la seule différence dans le déroulement de la consultation et il n'y a pas de différence dans l'expression spontanée des patients. Cela met en évidence l'attitude différentielle des médecins face au genre de leurs patients. L'approche de l'interrogatoire, de l'examen physique, du diagnostic et des traitements varie en fonction des représentations des médecins sur le genre et non en fonction du patient.

d) Relation entre le genre du médecin et celui du patient

Dans notre étude, les médecins quel que soit leur genre reçoivent un nombre similaire de patients hommes et femmes. Il n'y a donc pas de biais lié au genre des patients dans l'analyse en sous-groupe. D'autre part, les patients présentent le même nombre de motifs de consultation qu'ils soient vus par une femme et un homme médecin.

Par contre, il existe une différence significative dans l'âge de la patientèle des femmes médecins par rapport à celle des hommes médecins. Elles reçoivent des patients significativement plus jeunes, que l'on prenne ou non en compte les consultations pédiatriques. Cependant il n'y a pas de corrélation entre l'âge des patients et les différents temps de la consultation chez les femmes médecins (Tableau 2). On peut donc conclure que cette différence d'âge n'explique pas les différences retrouvées dans les temps de la consultation en fonction du genre du médecin ou du patient. Il est possible que la patientèle plus jeune des femmes médecins s'explique par une activité qui serait plus pédiatrique et qui induirait la prise en charge, en plus des enfants, de leurs parents.

Il n'y a pas de différence dans le déroulement de la consultation que les femmes médecins reçoivent des femmes ou des hommes. Par contre, les médecins hommes reçoivent leurs patients différemment selon leur genre. Les médecins hommes passent 2 minutes de moins sur le temps total et sur le temps médical avec leurs patient hommes. En reprenant la figure 6, on peut voir que c'est le binôme (homme/homme) qui est très différent des trois autres dyades. Cette différence dans le déroulement de la consultation de médecine générale quand le médecin et le patient sont des hommes ne ressort pas fréquemment dans les études.

Dans la thèse du Dr Tirilly (21), les patients hommes disent ne pas ressentir de différence si le médecin est un homme ou une femme. Au contraire les patientes femmes ont plus tendance à rechercher l'écoute d'une autre femme pour évoquer des problématiques quotidiennes et chercher un soutien. De même, lors des consultations de prévention autour du poids, le risque de mauvaise entente entre le médecin et le patient augmente si le médecin est un homme et reçoit une patiente (22). Le niveau de référence dans les études prenant en compte le genre étant un médecin homme / patient homme, l'analyse est rarement appliquée à cette dyade. Il serait intéressant d'étudier les représentations

des hommes sur leur santé pour comprendre les enjeux de la relation homme médecin/homme patient.

La répartition des rôles entre les hommes et les femmes dans la conversation a déjà été étudiée. Il existe un rôle facilitateur de la parole en société chez les femmes. Elles montrent plus de marques d'attention et coupent moins la parole (23). Il est probable que les mêmes schémas s'appliquent dans la consultation. Il semblerait que dans notre étude, les hommes ont plus de facilité à parler en présence d'une femme.

Pour approfondir ces données, il pourrait être intéressant de reprendre une analyse qualitative du discours à la recherche des éléments facilitateurs de la parole comme les locutions telle « n'est-ce pas » ou les silences. La recherche d'éléments dans le langage non verbal comme des signes d'acquiescement peut aussi permettre une analyse plus fine des différences liées au genre dans les consultations.

Les conséquences d'une telle disparité entre les femmes et les hommes reçus par un médecin homme doivent être interrogées. On sait qu'il existe des inégalités sociales de santé. D'autre part, ces inégalités sont plus fortes chez les hommes, avec un gradient des disparités d'accès aux soins plus important. Il pourrait être intéressant de mettre en lien les inégalités de santé et les différents temps de la consultation. En effet, les médecins généralistes peuvent être les acteurs de la réduction de ces inégalités. (24) La prise en compte des différences sociales et la modification du déroulé de la consultation par la mise en place, par exemple, de rappels automatiques destinés à améliorer la prévention pour certaines personnes plus fragiles tendent à atténuer les inégalités sociales de santé. Un autre type d'intervention consiste à rendre le patient plus actif pendant la consultation. Pour cela, on propose de remplir un questionnaire en salle d'attente ou de lire un texte l'incitant à poser des questions et exprimer ses idées pendant la consultation. Ce type d'intervention montre des résultats positifs en diminuant le niveau d'anxiété ou en améliorant l'état fonctionnel des patients (24). On sait aussi que les inégalités sociales face à la mort chez les femmes sont plus réduites que chez les hommes et que le suivi médical régulier chez les femmes pourrait en être une des raisons (25).

Au total, cette étude met en évidence plusieurs niveaux de différence dans le déroulement de la consultation de médecine générale en fonction du genre du médecin et du patient. D'une part, les médecins femmes passent plus de temps avec leurs patients sur le « temps-médical », probablement dans le cadre d'une relation plus partenariale mais aussi pour affirmer leurs compétences professionnelles. D'autre part, les femmes patientes sont reçues plus longtemps par leurs médecins mais sans avoir plus de temps dans l'expression spontanée de leurs motifs de consultation. L'expression des patients ne change pas mais c'est l'approche des médecins qui se modifie en fonction du genre de leurs patients. Les représentations des médecins liées au genre sont réelles et il en résulte une différence de prise en charge importante tant dans les consultations de prévention (22) que dans les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques (20, 10). Enfin, la mise en relation du genre du patient et du médecin montre une diminution du temps total de consultation et du « temps-médical » dans le binôme hommes médecins / hommes patients. Or, la durée de consultation est un moyen de réduire les inégalités de santé. Ces résultats sont à prendre en compte pour se questionner sur les moyens de réduire ces différences dans la durée de la consultation. Par exemple, au cours de l'apprentissage du déroulement de la consultation en médecine générale, les représentations autour du genre devraient être abordées. Cela pourrait permettre de ne pas laisser se mettre en place des inégalités face aux soins.

VI. Conclusion

La relation médecin-patient est une des pierres angulaires de la médecine générale. Devant la féminisation de la profession, nous avons cherché à analyser cette relation en fonction du sexe social ou genre du médecin et du patient. Le déroulement de la consultation est un des reflets de la communication. Dans cette thèse, il a été étudié par l'observation et le séquençage de 93 consultations chez 10 médecins. Les facteurs de variation étaient le genre des médecins, le genre et l'âge des patients et le nombre de motif de consultation. Les consultations ont été découpées en trois temps différents : le « temps-patient » qui regroupe l'expression du motif de la consultation et des demandes supplémentaires ; le « temps-médical » qui regroupe l'interrogatoire, l'examen physique, les explications liées au diagnostic et celles liées aux traitements et examens complémentaires ; et enfin le « temps-autre » qui comprend les discussions sociales, le temps administratif les salutations, la clôture de la consultation et les silences.

Cette étude quantitative montre que le temps accordé au patient pour l'expression spontanée de ses demandes est très court quel que soit le genre du médecin et du patient. Le temps total est légèrement modifié par le nombre de motif exprimé par le patient. L'âge des patients n'a pas d'influence sur les différents temps de la consultation.

Les médecins femmes passent plus de « temps médical » avec leurs patients, qu'ils soient homme ou femme, ce qui entre probablement dans le cadre d'une relation plus partenariale mais aussi dans l'affirmation de leurs compétences professionnelles. Les femmes patientes sont reçues plus longtemps par leurs médecins mais sans avoir plus de temps dans l'expression spontanée de leurs motifs de consultation. L'expression des patients ne change pas et c'est l'attitude des médecins qui se modifie en fonction du genre de leurs patients. D'ailleurs, les hommes médecins ont une relation différente s'ils reçoivent un homme ou une femme. Ils accordent moins de temps aux patients par rapport aux patientes. Ces différences pourraient être mises en lien avec les inégalités, face aux diagnostics et aux traitements, observées chez les patients homme ou femme.

Il pourrait être intéressant d'approfondir cette analyse avec des données qualitatives recherchant les mécanismes en jeu dans les différences retrouvées. Mais on peut aussi

penser, dès à présent, que la prise en compte de ces différences liées au genre au cours des études de médecine pourrait réduire l'apparition de certaines inégalités d'accès aux soins pour les patients hommes et femmes.

VII. Bibliographie

- 1) Bousquet MA Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline, fiche n°16 : Patient client partenaire, trois modes de relation médecin-malade, société française de médecine générale 2013
- 2) Dareths-Fabier S. Evaluation de la qualité de l'écoute des médecins généralistes en consultation. Thèse d'exercice. Bordeaux, 2011.
- 3) WONCA Europe La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille 2002
- 4) Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes Etudes et résultats 481 avr 2006
- 5) Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes essai de typologie. Etudes et Résultats 315 juin 2004
- 6) Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review CMAJ. May 1, 1995; 152(9): 1423–1433.
- 7) Stephan H. Analyse du déroulement d'une consultation de médecine générale. A propos de la retranscription de 47 consultations chez 5 médecins généralistes. Thèse d'exercice. Toulouse, 2012
- 8) Ohtaki S, Ohtaki T, Fetters MD. Doctor-patient communication: a comparaison of the USA and Japan. Fam Pract. 2003 Jun;20(3):276-82.
- 9) Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. JAMA. 2002 Aug 14;288(6):756-64
- 10) Cousin G, Schmid-Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1444-7
- 11) Tanguy L, Fabre C, Ho-Dac L, Rebeyrolle J. Caractérisation des échanges entre patients et médecins : approche outillée d'un corpus de consultations médicales. corpus-revues 10/2011 p. 137-154

- 12) Hall JA, Rotter DL Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns.* 2002 Dec;48(3):217-24.
- 13) Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir dec 2005
- 14) Lenormand-Desasy J. Impact de la féminisation de la médecine générale dans la relation médecin malade. Approche qualitative. Thèse d'exercice. Montpellier, 2006
- 15) Blanch-Hartigan D, Hall JA, Rotter DL, Frankel R. Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. *Patient Educ Couns.* 2010 Sep;80(3):315-20
- 16) Brispot L. Les patients choisissent-ils leur médecin traitant femme en raison de son genre ? Etude quantitative en Midi-Pyrénées. Thèse d'exercice. Toulouse, 2013.
- 17) Chabaan S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. Thèse d'exercice. Toulouse, 2014.
- 18) Dorlin E. Genre, santé, nation à l'âge classique In *Féminin, Masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales sous la dir Virel V. Les cahiers du politiques n°4.* 2007
- 19) Fussinger C. genre médecine et santé : quelques repères. *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 1429-32
- 20) Martin R, Gordon EE, Lounsbury P. Gender disparities in the attribution of cardiac-related symptoms: Contribution of common sense models of illness. *Health Psychol.* 1998 Jul;17(4):346-57
- 21) Tirilly C. La féminisation croissante de la médecine générale modifie-t-elle le point de vue des patients sur la Médecine et leurs médecins ? Enquête qualitative par entretiens semi-directifs. Thèse d'exercice. Nantes, 2011
- 22) Schieber AC, Delpierre C, Lepage B et al. Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice ? Results from INTERMEDE study. *Fam Pract.* 2014 Sep 11.

23) Monnet C. La répartition des tâches entre les femmes et les hommes dans le travail de la conversation 1998 Les nouvelles questions féministes vol 19

24) Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In Réduire les inégalités sociales de santé sous la dir. Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. INPES 2010

25) Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Division enquête et études démographiques Insee n°1372 oct 2011

	Size	Moyenne	Ecart-type	Max	Min	Médiane	0,1	1,0
AGE PATIENT	93,0	41,5	22,0	85,0	2,0	41,0	6,0	80,0
TPS TOTAL	93,0	803,7	270,3	1714,0	198,0	758,0	472,2	1385,5
SALUT	93,0	5,5	10,9	48,0	0,0	0,0	0,0	34,1
MOTIF	93,0	33,6	38,3	344,0	0,0	26,0	9,1	79,5
DEMANDE	93,0	33,2	39,5	232,0	0,0	22,0	0,0	104,6
TPS PATIENT	93,0	68,3	55,4	344,0	4,0	57,0	13,4	163,6
INTERRO	93,0	128,7	91,1	440,0	9,0	105,0	22,0	347,7
EX. PHYSIQUE	93,0	114,4	89,5	409,0	0,0	101,0	0,0	321,1
DG EXPLICA°	93,0	115,3	89,0	398,0	0,0	105,0	0,0	308,4
TTT EX. COMPL	93,0	147,1	104,6	468,0	0,0	128,0	0,0	349,5
TPS MEDICAL	93,0	505,5	234,3	1339,0	91,0	479,0	138,5	929,1
SOCIAL	93,0	69,1	76,1	291,0	0,0	51,0	0,0	256,4
ADMINISTRATIF	93,0	76,8	53,7	258,0	0,0	67,0	0,0	188,6
CLOTURE	93,0	25,1	16,4	93,0	0,0	23,0	5,0	52,6
SILENCES	93,0	53,3	47,9	241,0	0,0	44,0	0,0	146,4
TPS AUTRE	93,0	228,4	95,7	479,0	15,0	230,0	79,6	412,3
NBR MOTIFS	93,0	2,1	1,0	8,0	1,0	2,0	1,0	4,0

Annexe 1 : Tableau descriptif de l'échantillon global

Temps patient = salutation + motifs+ demande supplémentaire

Temps médical = interrogatoire + examen physique + diagnostique + traitement

Temps autre = discussions sociales + temps administratif +clôture + silences

Le genre du médecin et du patient ont-ils une influence sur le déroulement des consultations ? A propos de 93 consultations en médecine générale ?

Ce travail quantitatif analyse le déroulement de la consultation en médecine générale en fonction du genre du médecin et des patients. Il repose sur l'observation et le séquençage de 93 consultations chez 10 médecins généralistes. Les différentes phases de la consultation ont été regroupées en trois temps : le « temps-patient », le « temps-médecin » et le « temps-autre ». Le « temps-médecin » est plus long si le médecin est une femme mais les autres temps et le temps total ne varient pas. Le « temps-médecin » est également plus long si le patient est une femme. En mettant en lien le genre du patient et du médecin, on remarque que c'est dans la dyade homme médecin / homme patient que les temps de la consultation sont les plus courts. Cependant, quel que soit le genre des participants, l'expression spontanée des patients n'est pas modifiée. Cela implique un rôle important du médecin dans ces différences liées au genre. Il serait intéressant d'approfondir l'étude par une étude qualitative pour mieux comprendre les mécanismes en jeu. Il semble cependant pertinent de prendre en compte dès à présent ces différences au cours des études de médecine.

Discipline administrative : Médecine générale

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

Do doctor and patient's gender influence the progress of consultations? About 93 consultations in general practice.

This quantitative study analyse the progress of general practice consultation according to doctor and patient gender. It is based on the observation and the sequencing of 93 consultations with 10 general practitioners. The various phases of the consultation were included in three times: the "patient-time", the "doctor-time" and the "other-time". The "doctor-time" is longer if the doctor is a woman but the other times and the total time do not vary. The "doctor-time" is also longer if the patient is a woman. Looking at the patient and the doctor gender, we notice that the dyad man doctor / man patient have the shortest times of consultation. Whatever participant's gender, the spontaneous expression of the patients is not modified. It implies an important role of the doctor in these differences connected to the gender. It would be interesting to deepen the study by a qualitative study to understand better the mechanisms. However, it seems relevant to take into account right now these differences during the medical studies.

Keywords: general practice, doctor-patient relationship, duration of consultation, gender

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

Directeurs de thèse : Dr Hélène STEPHAN et Dr Bruno CHICOULAA