Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : étude qualitative auprès de patients ayant déclaré une femme médecin traitant en Gironde

Soline Petit Becquet de Megille

▶ **To cite this version:**

Soline Petit Becquet de Megille. Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : étude qualitative auprès de patients ayant déclaré une femme médecin traitant en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02513307

HAL Id: dumas-02513307

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513307

Submitted on 20 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2019 Thèse N°94

THESE POUR L'OBTENTION

DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

Soline PETIT, épouse BECQUET DE MEGILLE

(née le 16 juillet 1989 à Metz)

Le 2 juillet 2019

Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : Etude qualitative auprès de patients ayant déclaré une femme médecin traitant en Gironde.

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Nousone NAMMATHAO

Jury

Président de jury :	Madame le Professeur Nathalie SALLES
Rapporteur de Thèse :	Monsieur le Professeur François PETREGNE
Membres du Jury :	Madame le Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON
	Madame le Docteur Bérengère GRENIER

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Nathalie SALLES,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez recevoir, par ce travail, l'expression de mon profond respect, et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François PETREGNE,

Un immense merci pour vos conseils, votre disponibilité et votre bienveillance qui m'ont aidé à me lancer dans ce projet. Merci également d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous prie de recevoir l'expression de ma très haute considération et de tout mon respect.

A Madame le Professeur Isabelle BOURDEL-MARCHASSON,

Vous avez accepté si rapidement de faire partie de mon jury, je vous en suis très reconnaissante.

A Mademoiselle le Docteur Bérengère GRENIER,

Tu as été là, depuis le premier jour de mon internat, et tu es toujours là, alors que je m'apprête à soutenir ma thèse. Outre une amie chère, tu es pour moi un modèle dans ta pratique, et tu as été un pilier lors de la mise en œuvre de ce travail. Il n'y aurait pas assez de merci pour te dire toute ma gratitude. Je suis profondément honorée que tu ais accepté de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur Nousone NAMMATHAO,

Tu m'as guidé tout au long de ce travail, malgré la distance et le décalage horaire : merci ! Merci aussi pour tes encouragements lorsque je doutais, pour ta compréhension de l'équilibre que je recherchais, et pour m'avoir montré ce qu'est un médecin profondément humain.

A mes amis et collègues,

A Astrid,

Ton amitié m'est si précieuse... Merci pour toutes nos discussions interminables, pour ton soutien, tant de fois vérifié, pour ta présence, bien réelle, malgré les kilomètres et le décalage horaire ! Tu es pour moi bien plus qu'une amie...

A Elise,

Parce que tu seras bientôt le docteur Paris, parce que tu peux comprendre mieux que quiconque le difficile équilibre entre nos vies de famille et notre métier. Merci pour ces heures à bosser ensemble, merci pour ton soutien lors des moments difficiles, merci d'avoir partagé mes joies, merci pour ton amitié qui m'est si chère.

A Ludivine,

Ma Lulu, notre coloc a été pour moi une si belle expérience ! Merci d'avoir été une oreille attentive et bienveillante. Je te souhaite toutes les belles choses que tu mérites tant. Merci pour notre si riche amitié !

A Isabelle,

Isa, une perle à Tahiti... ton amitié m'a tant aidé cette année, merci ! Merci pour ta relecture attentive, pour tes encouragements, pour nos balades, et pour tant d'autres choses !

A tous ceux qui m'ont encouragé,

Hélène, Ombeline, Sybille, Geneviève, Aude, Anne-Sophie, Mathilde, Marie-Amélie, Pauline, et tous les autres.

Aux équipes hospitalières qui m'ont accueillie dans leurs services, et aux maîtres de stages qui m'ont formée, en particulier le Docteur Baptiste Luaces et le Docteur David Chevillot, pour tout ce que vous m'avez appris.

A tous ceux qui m'ont aidé dans la mise en œuvre de ce travail, en particulier aux médecins qui ont accepté de m'aider au recrutement, et aux patients qui m'ont fait confiance et ont répondu à mes sollicitations.

A ma famille,

A mes parents,

Merci pour votre amour inconditionnel, et pour le modèle de couple et d'éducateurs que vous avez été pour moi. Merci en particulier de votre exigence et de m'avoir donné la possibilité de devenir médecin.

A Humbeline, Berthile, Marie-Domitile et Enguerran,

Je sais combien je peux compter sur vous. Vous avez été tous les 4 des modèles pour moi, et par bien des égards, vous l'êtes encore. Merci !

A mes beaux-frères, belle-sœur et neveux

Merci pour tout ce que vous apportez à notre famille, et pour votre soutien durant ces longues années d'étude !

A Mam',

Merci pour la place que vous m'avez fait dans votre famille et pour votre si grande gentillesse. Merci notamment d'avoir relu ce travail et de m'avoir encouragé sans cesse ! Pour tout, je vous suis infiniment reconnaissante.

A ma belle-famille,

Merci pour vos encouragements lors de ce travail de thèse. En particulier, merci Greg pour ton aide efficace !

A Benoît,

Pour avoir fait de longues siestes qui m'ont permis de finir ce travail et pour la joie que tu nous apportes chaque jour !

A François,

Pour tout. Pour ton amour, ton soutien, tes encouragements, ta présence, nos projets, notre famille.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANFEM	Association Nationale des Femmes de Militaires
ARS	Agence Régional de Santé
CPP	Comité de Protection des Personnes
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DREES	Département de Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
Etc	Etcetera
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
KCS	Déclaration de Consensus de Kalamazoo
LMC	Leucémie Myéloïde Chronique
MISS	Medical Interview Satisfaction Scale (échelle de mesure)
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSR	Maison de Santé Rurale
PU-PH	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
Rdv	Rendez-vous
RIPH	Recherche Impliquant la Personne Humaine
USA	Etats Unis d'Amérique

RESUME

Introduction :

La féminisation médicale est un phénomène croissant, et la parité devrait être atteinte en France en 2020. La pratique des femmes diffère de celle des hommes dans leur organisation, mais aussi dans le domaine relationnel. Sachant qu'une relation médecin-patient de qualité améliore la qualité des soins, nous avons interrogé les patients ayant choisi un médecin traitant féminin afin de recueillir leur ressenti sur leur relation avec leur médecin et étudier la qualité de celle-ci.

Méthode :

Une étude qualitative par 11 entretiens téléphoniques semi-dirigés, auprès de patients aux profils variés, a été menée. L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée, avec l'aide du logiciel N Vivo.

Résultats :

Les patients interrogés sont satisfaits de leur relation avec leurs médecins, basée sur la confiance. Ils apprécient la douceur, la sensibilité et l'aspect maternel de leurs médecins. Une plus grande écoute, une attitude plus empathique, et une prise en charge plus centrée sur le patient, sont les avantages observés, tandis qu'un temps de travail réduit est l'inconvénient principal. La relation de femme à femme est facilitée, tandis que les patients hommes ne sont pas gênés par la différence de sexe qui n'entraine pas de tabou, grâce à une relation de qualité. La qualité de la relation repose sur une bonne entente, une prise en charge humaine, la compétence et la disponibilité.

Conclusion :

Des qualités dîtes féminines améliorent la relation et la qualité des soins, même si la personnalité du médecin prime sur son sexe.

Mots clés :

Relation médecin-patient, Qualité des soins de santé, Femmes médecins

Table des matières

REMERCIEMENTS 2
RESUME 6
INTRODUCTION 11
PARTIE I 13
1. Relation médecin-patient et qualité des soins. 13
1.1. Déterminants de la qualité de la relation médecin-patient 13
1.1.1. Focus patients 13
1.1.2. Focus médecins 14
1.1.3. Grilles et outils d'évaluation de la relation médecin-patient 15
1.1.4. Théorisation des modèles relationnels 17
1.2. Effet placebo : le remède médecin 20
1.2.1. Principe 20
1.2.2. Quantification de « l'effet médecin » 20
1.2.3. Nécessité de la formation des médecins à la dimension relationnelle de l'exercice médical 21
1.3. Une relation médecin-patient de qualité est bénéfique pour l'économie de la santé. 22
1.3.1. Une relation médecin-patient altérée est facteur de nomadisme médical. [32], [33] 22
1.3.2. Une relation médecin-patient de qualité améliore l'observance et l'adhésion aux soins. [39], [40] 23
2. Horizon démographique des femmes médecins généralistes. 24
2.1. Féminisation sur le plan national [43] 24
2.2. Féminisation sur le plan départementale : situation de la Gironde. [43] et [44] 24
2.3. Une population de médecins plus jeune [43]. 25
2.4. Répartition par territoires [3] 26
2.5. Répartition par type d'activité [3] 26
2.6. Organisation de l'activité libérale des femmes médecins généralistes [1], [4], [45] et [46]. 26
3. Problématique : Du point de vue des patients, quels sont les avantages et les inconvénients d'avoir un médecin généraliste femme dans le domaine de la relation médecin-patient ? 28
PARTIE II 29
1. Matériel et méthode 29
1.1. Type d'étude 29
1.2. Recherche documentaire 29

1.3. Population étudiée 30
1.4. Elaboration du guide d'entretien 31
1.5. Mise en œuvre de l'étude 32
1.5.1. Recrutement de l'échantillon 32
1.5.2. Réalisation des entretiens téléphoniques 33
1.6. Méthode d'analyse des données 34
2. Résultats 35
2.1. Recrutement de l'échantillon 35
2.2. Caractéristiques de l'échantillon 36
2.3. Réalisation des entretiens 38
2.4. Résultats du codage thématique 39
2.5. Résultats qualitatifs 40
2.5.1. Avantages et inconvénients de la relation avec une femme médecin traitant. 40
a. Satisfaction générale des patients. 40
b. Personnalité du médecin, marquée par des qualités « féminines » 41
c. Une relation basée sur la confiance 42
d. Compétences techniques et médicales 43
e. Communication entre le médecin et le patient 45
f. Empathie 48
g. Disponibilité du médecin et aspects organisationnels 49
h. Particularités féminines dans certains domaines médicaux 53
i. Genre du médecin vs genre du patient 54
j. Comportement général des patients 57
2.5.2. Qualité de la relation médecin-patient. 58
a. Déterminants de la relation médecin-patient 58
b. Liens entre la qualité de la relation médecin-patient et la qualité des soins 62
2.5.3. Place centrale du médecin traitant 63
a. Aspect réglementaire 63
b. Médecin de 1er recours 63
c. Notion de « médecin de famille » 63
d. Prise en charge globale, et centrée sur le patient 64
e. Choix du médecin traitant 64
2.5.4. Ressenti général sur la féminisation des médecins généralistes. 67
a. Constatation du phénomène. 67

b. La féminisation de la médecine générale intégrée dans une féminisation professionnelle plus globale. 67
c. Vision positive 68
d. Craintes exprimées 68
e. Primauté de la personnalité du médecin par rapport à son genre 69
3. Discussion 69
3.1. Méthode : des forces et des limites 69
3.2. Discussion autour des résultats 72
3.2.1. Une relation médecin-patient de qualité 72
3.2.2. Avantages de la relation avec un médecin femme. 72
3.2.3. Inconvénients de la relation avec un médecin femme. 75
3.2.4. Dyades de genres. 76
3.2.5. Un modèle maternaliste ? 78
3.2.6. Primauté de la personnalité du médecin sur son sexe 78
3.2.7. Déterminants de la relation médecin-patient. 79
3.2.8. Vision de la féminisation 82
CONCLUSION 83
BIBLIOGRAPHIE 85
ANNEXES 93
SERMENT D'HIPPOCRATE 109

FIGURES

Figure 1 : Référentiel de l'expertise de vivre avec la maladie.

Figure 2 : Part de femmes généralistes (y compris les généralistes à mode d'exercice particulier) en 2017 dans le département de la Gironde.

Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en 2018.

Figure 4 : Schéma récapitulatif du recrutement des participants à l'étude.

TABLEAUX

Tableau 1 : Forest Plot of Cohen's d for the Effect of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes.

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon étudié.

Tableau 3 : Durée des entretiens et présence d'évènements interférents.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille Calgary Cambridge simplifiée.

Annexe 2 : « Grille d'évaluation des compétences relationnelles du médecin de famille avec les patients » de Luc Coté et coll.

Annexe 3 : American board of internal medecine patient assessment for continuous professionnal development.

Annexe 4 : Rochester Communication Rating Scale.

Annexe 5 : Méthodologie de référence MR-003.

Annexe 6 : Version 1 du Guide d'entretien.

Annexe 7 : Version 2 du Guide d'entretien.

Annexe 8 : courrier destiné aux médecins.

Annexe 9 : Fiche d'information destinée aux patients participant à l'étude.

INTRODUCTION

La présence des femmes en médecine en France est récente, puisque Madeleine Brès, première française à intégrer la faculté de médecine – sous dérogation, et avec l'accord de son mari – n'obtint son diplôme qu'en 1875 [1]. Pour la sociologue Anne-Chantal Hardy, cette arrivée des femmes s'est fait « en douceur », puisqu'elles s'y sont fait une place, d'abord en tant que femmes, exerçant un métier féminin de la médecine, sans combat féministe et sans fracas. Ainsi, Madeleine Brès choisit-elle de se spécialiser en pédiatrie : La femme, l'enfant, l'hygiène et la diététique étant leurs domaines [2].

Très minoritaire pendant la première moitié du XXe siècle, le processus de féminisation s'accélère au cours des années 70, sous l'influence de l'accès croissant des femmes aux études supérieures. Cet accroissement ne correspond au départ nullement à une substitution des médecins masculins, puisque le nombre de médecins des deux sexes connait alors une progression constante. Au contraire, elle accompagne une expansion globale du nombre de praticiens, alors non régulé par le numérus clausus [1]. Augmentant en nombre, les femmes médecins n'occupent plus seulement les domaines qui leurs étaient jusque-là réservés (gynécologie, pédiatrie), mais élargissent leur présence à d'autres spécialités. Par la suite, et à partir des années 80, Anne-Chantal Hardy rapproche l'augmentation du nombre de femmes en médecine, du détournement, d'une partie des jeunes hommes, des études médicales, au profit d'autres professions scientifiques (commerce, finance, entreprise). Les jeunes femmes des milieux privilégiés ont alors investi le champ de la médecine, avec la vision pragmatique d'un diplôme leur permettant l'accès à une profession rentable, adaptable, laissant la possibilité de mobilité, de baisse de régime (temps partiel) puis de reprise d'un temps de travail plus important sans préjudice, contrairement aux postes de cadres dans les entreprises [2].

Deux visions s'opposent alors : D'un côté, les universalistes soutiennent que les femmes sont des médecins comme les autres, et qu'elles calqueront leur pratique sur l'éthos professionnel défini et mis en œuvre par les générations précédentes, composées majoritairement d'hommes. D'un autre côté, les essentialistes pensent que les femmes constituent un enjeu majeur – et même un risque pour certains – pour l'avenir de la profession [1].

Face à l'accroissement du nombre de femmes médecins, leur pratique a été de plus en plus étudiée et des différences ont été observées dans leurs choix d'exercice et dans leur organisation

[1],[3]. Ces différences ne semblent pas s'arrêter à la seule gestion de leur temps de travail, puisque d'aucun considère qu'elles ont « révolutionné l'exercice médical » [2], [4].

En même temps que l'arrivée réelle et en nombre des femmes en médecine, et notamment en médecine générale, le modèle relationnel en place s'est considérablement transformé. Basé sur un paternalisme autoritaire, il a peu à peu laissé la place à un modèle plus partenarial, porté entre-autres par le psychiatre anglais Michael Balint. Ce nouveau modèle a pour but d'améliorer la prise en charge des patients et in fine la qualité des soins [5].

Si ces deux évolutions peuvent être rapprochées, il faut alors se demander si le sexe féminin du médecin modifie sa relation avec son patient, et quels avantages ou inconvénients ce dernier en retient.

A ce sujet, deux études américaines ont montré qu'une part importante des patients préfèrent une femme médecin, à cause d'une « meilleure qualité de la relation médecin-patient » [6], [7].

Plusieurs thèses ont d'ores et déjà exploré le ressenti des patients sur la féminisation de la médecine générale, en les questionnant sur l'accès aux soins et sur leur opinion générale, mais sans traiter de façon spécifique la relation médecin-patient [8],[9]. Seule la thèse de Caroline Tirilly aborde spécifiquement cette question, mais en interrogeant des patients de médecins hommes et femmes, plus sur leurs opinions que sur leurs expériences [10].

Nous avons donc souhaité nous intéresser à l'expérience spécifique des patients ayant choisi un médecin traitant femme, en les questionnant sur leur relation avec leurs médecins généralistes, au travers d'entretiens individuels semi-dirigés, réalisés par téléphone, puis analysés avec une approche qualitative, basée sur la théorisation ancrée *(grounded theory)*.

Notre objectif était d'évaluer la qualité de cette relation, et par là même, d'en extraire les déterminants de la relation médecin-patient du point de vue des patients.

PARTIE I

1. Relation médecin-patient et qualité des soins.

1.1. Déterminants de la qualité de la relation médecin-patient

Si la relation de soins est au cœur de l'exercice médical du médecin traitant par le biais du « colloque singulier » ainsi nommé par Louis Portes, encore faut-il s'accorder sur ce qui constitue ses déterminants. Plusieurs études, en majorité qualitatives, se sont intéressées au contenu de la relation de soins et en particulier aux déterminants de sa qualité. Ce concept recouvre des points de vue et perceptions différentes pour les patients et pour les médecins [11] et [14].

1.1.1. Focus patients

La majorité des études exploitant la notion de qualité de la relation de soins adopte le point de vue des patients et utilise comme critère de qualité la satisfaction de ces derniers. Cette satisfaction est d'ailleurs un facteur prédictif de la poursuite de la relation thérapeutique et de l'observance du traitement proposé. Elle n'est donc pas indépendante de la qualité des soins [11].

En utilisant la méthode du « focus group », une étude qualitative réalisée en France et publiée en 2003 a cherché à identifier les critères selon lesquels les patients jugent la qualité de la relation médecin-patient [11] : les entretiens de groupe ont mis en avant l'importance accordée à la notion de médecin de famille, à sa capacité d'écoute (en particulier pour les problèmes d'ordre psychologique) sans interrompre le malade et sans jugement. La dimension pédagogique et informative était également appréciée et attendue par les participants en ce qui concerne l'examen physique, les traitements proposés, les résultats d'examens et le diagnostic. Les patients souhaitaient que cette relation évolue au cours du temps vers un partenariat. Ils accordaient un droit à l'erreur à leur médecin, dans la mesure où celui-ci le reconnaissait. Une grande disponibilité et la possibilité de visites à domicile étaient aussi appréciées. Ils estimaient que l'argent n'avait que peu d'importance dans la relation, du fait du système de remboursement.

Une autre étude qualitative utilisant la méthode Delphi et publiée en 2011 [12], s'est intéressée aux préoccupations des usagers de médecine générale et retrouvait des résultats globalement similaires : les participants accordaient une grande importance à la relation médecin-patient et en particulier à l'échange d'informations, au fait que le médecin connaisse l'histoire médicale de son patient et écoute celui-ci. Ces résultats concordent avec la volonté, pour les patients, de jouer un rôle plus actif au sein de la relation médecin-patient en allant vers un partenariat. Les résultats de cette étude montraient aussi l'importance, pour les participants, de « la minutie de l'examen clinique » : la relation médecin-patient n'étant pas suffisante pour assurer un soin de qualité, du point de vue des usagers.

Une étude d'observation transversale, publiée en 2015 [13], s'est intéressée à l'importance de la communication verbale et non verbale en interrogeant 360 patients britanniques sur leur satisfaction quant à la communication et la relation médecin-patient, mesurée au moyen de l'échelle MISS (Medical Interview Satisfaction Scale), après enregistrement vidéo des consultations évaluées. Le fait d'entretenir une conversation sociale et l'utilisation de sons approbateurs (tels que « hum hum ») étaient associés à une amélioration du score MISS. De même, les auteurs concluent aussi qu'une dynamique évolutive dans la consultation pouvait aider, partant d'une distance professionnelle au début de la consultation pour passer à une communication plus chaleureuse tout en évitant un regard lointain et désintéressé à la fin de la consultation.

1.1.2. Focus médecins

Si peu d'enquêtes se sont intéressées au point de vue des médecins, une étude qualitative a cependant interrogé 28 médecins généralistes installés et remplaçants de la région Rhône-Alpes, repartis en 4 focus group pour connaître leurs critères de qualité de la relation médecin-patient [14]. La satisfaction réciproque et le fait que le patient revienne ultérieurement en consultation étaient considérés comme des marqueurs de bonne relation. La confiance en était décrite comme le critère clé de la relation. Les items relatifs aux compétences étaient également importants, en particulier l'efficacité diagnostique et le soin de l'examen clinique. En communication, les médecins ont estimé que la relation devait être chaleureuse et personnalisée, empreinte d'écoute active, d'empathie et de pédagogie. La gestion du temps pouvait être problématique ainsi qu'une attitude consumériste de la part du patient. En effet, pour les médecins participants à l'étude, la relation était aussi l'affaire du patient qui devait pouvoir respecter le médecin et comprendre qu'il ait besoin de repos et droit à une vie privée.

Plusieurs articles se sont d'ailleurs intéressés au lien entre la qualité de la relation médecin-patient (et plus particulièrement de l'empathie) et la survenue du syndrome d'épuisement professionnel ou *« burn out »* pour le soignant. A ce titre, trois hypothèses ont été formulées par l'équipe du Pr Zenasni de l'université Paris Descartes [15] : La première hypothèse est que le burn out diminue l'empathie du soignant et semble être vérifiée par plusieurs études [16] et [17]. La seconde hypothèse s'interroge sur la possibilité qu'un niveau élevé d'empathie puisse provoquer une « fatigue de compassion », puis créer un état d'épuisement et de burn out. Les preuves de cette hypothèse sont moins claires et dépendent d'une définition spécifique de l'empathie qui met l'accent sur les aspects affectifs. Une conséquence inappropriée de cette l'empathie pourrait conduire le médecin à devenir trop soumis aux sentiments du patient et par conséquent à y apporter une compassion inadaptée. Enfin la troisième hypothèse suggère au contraire que l'empathie préviendrait le soignant du burn out, en considérant que l'empathie serait associée à une meilleure satisfaction au travail et donnerait ainsi plus de sens à l'activité professionnelle.

1.1.3. Grilles et outils d'évaluation de la relation médecin-patient

L'existence de tels outils permet la reproductivité et le séquencement de l'évaluation de la qualité de la relation médecin-patient dans le but d'améliorer celle-ci, et en se basant sur des déterminants de qualité relationnelle préétablis.

- **Outils pédagogiques**

Ce sont des grilles ou guides dont le rôle est essentiellement pédagogique et qui sont destinées à évaluer les aptitudes relationnelles d'étudiants ou de médecins en formation. L'évaluation est réalisée par un superviseur en vue d'une relecture (feed-back) avec le médecin évalué.

- Guide de Calgary-Cambridge [18]

Outils extrêmement complet et exhaustif (comprenant plus de 70 items), il est utilisé par de nombreuses universités où il fait référence.

Chaque chapitre de ce guide correspond à un élément essentiel de la communication médecin-patient décrit par la Déclaration de consensus de Kalamazoo (KCS) [19] qui définit les sept points suivants :

- Commencer l'entrevue

- Recueillir l'information

- Structurer l'entrevue

- Construire la relation

- Expliquer et planifier la prise en charge du patient

- Reprendre les explications et la planification si le patient présente une hostilité à la prise en charge

- Terminer l'entrevue.

Sa version simplifiée (annexe 1), réduite à 17 items permet une utilisation plus rapide et efficace.

- Grille de Luc Coté et coll. [20] (annexe 2)

Cette grille d'évaluation francophone est un outil validé sur le plan conceptuel, dont l'utilisation est simple et rapide.

Elle comporte 15 items à évaluer selon une échelle de Likert (de 1= tout à fait en désaccord à 4= tout à fait en accord) et répartis en deux thèmes :

-Compréhension de l'expérience de la maladie du patient

-Communication efficace et respectueuse.

Elle aborde les aspects d'empathie, de pédagogie, d'habilité de communication (comprenant les aspects verbal et non verbal) ainsi que d'écoute. Elle ne prend cependant pas en compte l'accueil du patient et les aspects techniques tels que l'examen clinique.

- **Outils destinés aux patients**

Ils permettent une évaluation directe par le patient – et non par un tiers observateur – facilitant ainsi leur mise en œuvre dans la pratique courante et prenant davantage en compte le ressenti des patients.

- American board of internal medecine patient assessment for continuous professionnal development (annexe 3)

- Rochester Communication Rating Scale (annexe 4)

L'ensemble de ces grilles d'évaluation sont des outils élaborés par des équipes anglo-saxonnes ou canadiennes, adaptés aux contextes médicaux de ces pays. Il n'existe à ce jour pas de grille validée en France, même si une thèse d'exercice de médecine générale a fait l'objet de travaux en ce sens [21].

1.1.4. Théorisation des modèles relationnels

Bien que plusieurs systèmes de modélisation aient été décrits, nous avons choisi de retenir celui proposé en 1992 par Emmanuel et Emmanuel [22], basé sur le partage des pouvoirs. Ils identifient quatre modèles idéo-typiques : paternaliste, informatif, interprétatif et délibératif.

- **Modèle paternaliste [5], [22], [23]**

Il s'agit du modèle dominant, depuis Hippocrate et jusqu'aux années 50 environ. Dans ce modèle, le médecin endosse le rôle de « décideur » et promeut le bien-être du patient indépendamment des préférences de celui-ci [23]. Le médecin est considéré comme expert de la pathologie et donc détenteur du seul savoir pertinent. La délibération et le choix du traitement appartient uniquement au médecin, le patient, quant à lui y consent et se place en situation de confiance totale envers son médecin. Le médecin peut donc, s'il le juge nécessaire, cacher des informations voire mentir à son patient. Cette configuration peut avoir un effet apaisant et rassurant pour le malade lorsque celui-ci accepte cette relation de dépendance. Elle favorise par ailleurs la suggestivité et par conséquent, les effets placebo.[5]

Les termes d'ordonnance et de prescription (le médecin ordonne et prescrit) appartiennent typiquement à ce modèle.

C'est une relation asymétrique qui repose sur le soin de la maladie, et non sur les intérêts du malade dans sa globalité. En cas de désaccord ou de non-consentement, le risque est de conclure à un refus de soins, où la responsabilité entière repose sur le patient.

Pour le médecin, ce modèle de relation peut être source de satisfaction (en faisant le bien et en apportant son aide) néanmoins, la lourdeur de la dépendance et la responsabilité excessive vis-à-vis du patient lui fait courir le risque de la toute-puissance ou du découragement. [5]

- **Modèle informatif [5], [22], [23]**

Développé en réaction au modèle paternaliste, ce modèle est apparu après la Seconde Guerre Mondiale afin de tenter de dépasser les inconvénients de celui-ci. Le rôle du médecin y est de fournir au patient une information factuelle et pertinente afin que celui-ci puisse choisir son traitement, puis de mettre en œuvre le choix du patient. Le patient est totalement autonome dans son choix, ses valeurs sont définies avant sa rencontre avec le médecin et ne sont pas modifiées par celle-ci.[23] Les préférences du médecin n'interviennent pas dans le choix de tel ou tel traitement ni dans la représentation que se fait le médecin de celles de son patient. Ce modèle réduit le médecin à être un expert technique compétent en médecine, et assimile la relation de soin à un contrat de prestations de services. Il s'adapte particulièrement aux patients qui ont besoin d'autonomie et qui sont rassurés par le sentiment d'exercer un contrôle sur la situation. Il exige du patient de bonnes capacités cognitives et la maîtrise de son état émotionnel. [5]

L'absence de la relation naturelle d'aide et de bienveillance, et son remplacement par un contrat de prestation de services techniques peut cependant s'avérer déstabilisant pour les deux parties. D'autre part, la solitude du patient dans les décisions concernant sa santé peut être angoissante et susciter un sentiment d'abandon ainsi que la crainte de commettre une erreur.[5]

- **Modèle interprétatif [22], [23]**

Dans le modèle interprétatif, les valeurs du patient sont en construction et conflictuelles, et le patient a besoin de les définir. Le devoir du médecin consiste alors à essayer d'élucider et interpréter les valeurs des patients afin que le choix thérapeutique les épouse le plus harmonieusement possible. Le médecin donne des informations factuelles et objectives sur le diagnostic, les options thérapeutiques et leurs conséquences. Il conseille son patient et l'invite à mieux se comprendre. Le choix thérapeutique naît donc de cette interaction [23].

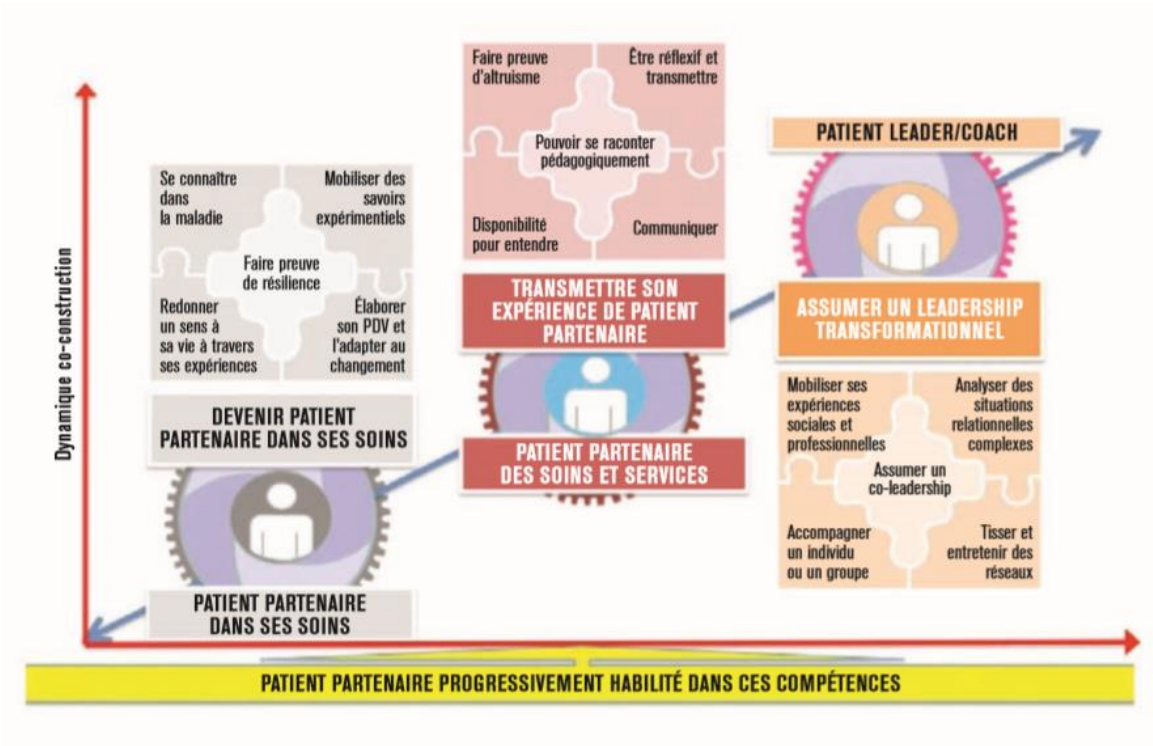
- **Modèle délibératif [22], [23]**

Il est assez semblable au modèle interprétatif, bien que les valeurs du patient y soient plus ouvertes à une révision à travers un débat moral (« délibération »). Le médecin, à travers son rôle de confident et d'enseignant, aide le patient à développer sa propre morale et à choisir le soin médical à envisager. Le patient participe pleinement à cette délibération en commentant et questionnant, et le médecin doit quant à lui s'assurer de la bonne compréhension du patient sur les bénéfices et risques des options envisagées, ainsi que leurs répercussions sur sa vie.

Ces deux derniers modèles sont proches et sont d'ailleurs rassemblés par certains auteurs à travers un modèle « de décision partagée » ou « de révélation des préférences » *(Shared decision making model)* où le patient est considéré comme un partenaire [5]. Le partage est alors la règle à tous les niveaux du processus décisionnel, et tend à révéler les préférences du malade. La phase d'information notamment, inclut aussi les données apportées par le malade (valeurs, conditions de vie, expérience). Ni infantilisé, ni abandonné, ce dernier peut exercer son autonomie tout en satisfaisant ses éventuels besoins de dépendance.

Dans le prolongement de cette vision de partenariat, l'université de Montréal déploie simultanément dans l'enseignement, les milieux de soins et la recherche, un nouveau modèle impliquant le patient à travers plusieurs niveaux d'engagements : patient partenaire de ses soins, patient partenaire des soins et services, patient leader ou coach. Ce modèle appelé modèle de Montréal [24] reconnait les patients pour leurs savoirs expérientiels de la maladie, comme des membres à part entière de l'équipe, et en cela considérés comme soignants et comme des personnes légitimes pour prendre les décisions les plus adaptées à leur projet de vie.

Figure 1 : Référentiel de l'expertise de vivre avec la maladie. [24]



Dans la pratique médicale et lors du colloque singulier entre le médecin et son patient, ces modèles coexistent et oscillent selon les situations et les besoins. Le rôle du médecin étant, non

pas de se positionner dans un modèle idéal à appliquer en toutes circonstances, mais de se questionner sur les avantages et inconvénients de chacun d'eux, lors d'un moment donné et d'une situation précise.

1.2. Effet placebo : le remède médecin

1.2.1. Principe

Acteur indispensable de la relation de soins, le médecin lui-même constitue pour son patient un élément thérapeutique que Balint avait nommé le médecin-remède [25] : « Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. »

Cette notion inclue le rôle thérapeutique de l'implication du médecin dans sa relation avec le patient, comprenant en particulier le réconfort -ou la réassurance- et le conseil, tels que décrits par Balint [25], et l'empathie, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction dans l'efficacité du traitement [26].

Cet « effet médecin » justifie la procédure en double aveugle lors d'essais cliniques : le fait de connaître la nature du traitement influençant (consciemment ou inconsciemment) la relation avec le patient et l'effet thérapeutique induit.

1.2.2. Quantification de « l'effet médecin »

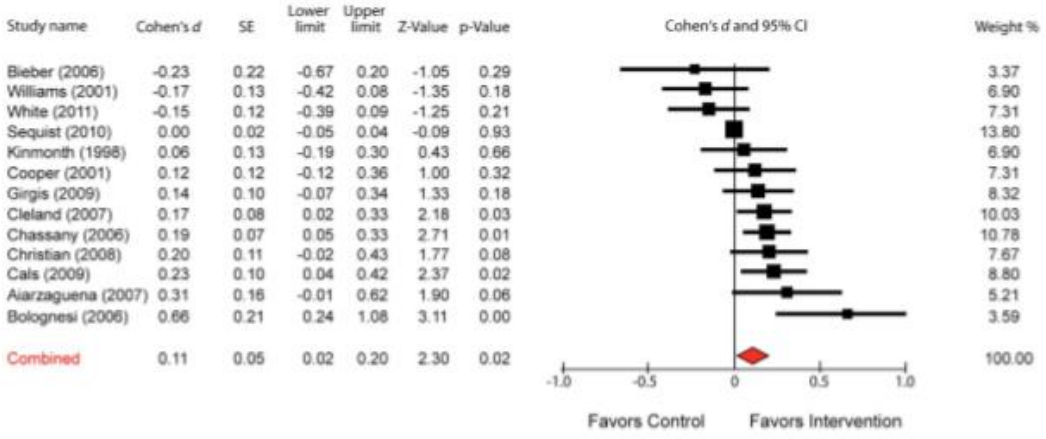
Une revue systématique de la littérature sur l'efficacité de l'effet médecin en soins primaires a été publiée en 2006 [26]. Cet article montre que l'efficacité thérapeutique de l'effet médecin peut se mesurer par des essais comparatifs randomisés, alors qu'elle était auparavant une donnée empirique et subjective. L'effet d'interventions selon les aspects « cognitifs », centré sur l'information écrite ou orale (c'est-à-dire le savoir), et « émotionnels », faisant intervenir les attitudes médicales et les capacités relationnelles (c'est-à-dire le savoir-faire et le savoir-être) y était rapportés.

De même, un essai comparatif randomisé publié en 2008 [27], évaluait l'amélioration des symptômes chez des patients souffrants de côlon irritable ayant bénéficié pour certains d'un suivi habituel (afin de tenir compte de l'effet Hawthorne), pour d'autres, d'acuponcture factice

(placebo), et pour le groupe restant, de la même acuponcture factice enrichie d'une relation empathique avec le médecin tout au long de son administration. Le groupe significativement le plus amélioré était celui qui recevait l'acupuncture placebo + 45 minutes de relation « de qualité » avec le clinicien. Les auteurs suggèrent que les patients répondent mieux au traitement, qu'il soit réel ou placebo, s'ils sont associés à une bonne relation médecin-patient.

Si l'amélioration de la qualité des soins liée à l'effet médecin se vérifie sur des critères de jugements dits « subjectifs » tels que la satisfaction des patients ou l'amélioration des symptômes ou de la qualité de vie [27], une méta-analyse publiée en 2014 combinant 13 essais comparatifs randomisés [28], a permis de montrer que celle-ci se vérifie aussi sur des critères de jugements objectifs (tension artérielle par exemple) et sur des échelles subjectives validées (score de douleur). Bien que limité, l'effet global était statistiquement significatif et les auteurs concluent à la nécessité d'autres études pour mieux évaluer cet effet.

Tableau 1 : Forest Plot of Cohen's d for the Effect of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes. [28]



1.2.3. Nécessité de la formation des médecins à la dimension relationnelle de l'exercice médical

La formation des médecins et des soignants à la dimension relationnelle de l'exercice médical a une influence sur leurs comportements et est efficace dans la mesure où elle améliore leur communication. Un essai clinique randomisé en oncologie, publié en 2002 [29] montrait que

l'expérience et l'ancienneté des médecins ne permettaient pas de résoudre leurs difficultés de communication, mais qu'une formation de trois jours augmentait significativement la qualité de leur communication « mesurée » par les patients, les médecins, et les expérimentateurs (enregistrement vidéo). De même, dans un autre essai contrôlé randomisé [30], la satisfaction des patients était significativement améliorée lorsque les jeunes médecins (résidents) avaient suivi un programme intensif visant à améliorer la qualité de la communication.

La conférence de consensus de Toronto [31], dans sa conclusion, affirme la nécessité de former les médecins à une communication de qualité, et conseille la mise en place de jeux de rôle et de mise en situation avec enregistrements audio et vidéo.

1.3. Une relation médecin-patient de qualité est bénéfique pour l'économie de la santé

1.3.1. Une relation médecin-patient altérée est facteur de nomadisme médical. [32], [33]

Cette notion se rapporte à la multiplication des consultations médicales, par un même patient et pour un même objet, auprès de différents médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. La définition précise du nomadisme médical ou « *doctor shopping* » varie cependant selon les études, où elle est fonction du nombre de médecins consultés, du nombre total de consultations, de l'intervalle temporel de celles-ci [32]. En France, le parcours de soins coordonné [34] a pour but d'éviter les situations de nomadisme médical afin de garantir une prise en charge raisonnée grâce au rôle tenu par le médecin traitant. Le patient dispose néanmoins de l'accès libre aux soins, sans restriction si ce n'est celle liée au taux de remboursement des consultations et actes réalisés hors parcours de soins [35].

La prévalence du nomadisme médical dans notre pays est difficile à estimer, même si elle semble limitée [36] : les études peu nombreuses sur ce thème se contredisent et ne tiennent pas compte de la réforme du parcours de soins par la loi du 13 Août 2004, du fait de leur publication antérieure.

Parmi les nombreuses causes du nomadisme médical, l'étude réalisée sur un échantillon de patients aux Etats-Unis et publiée en 1976 [33] a mis en évidence le rôle du médecin, et notamment ses aptitudes en communication, et du temps jugé insuffisant, dévolue à celle-ci lors

des consultations. Dans une autre étude réalisée en France par l'Assurance maladie des professionnels indépendants et publiée en 2001 [36], près de 8% des actes dont avaient bénéficiés les patients nomades étaient dus à une confiance insuffisante dans le médecin traitant. Dans cette même étude, les nomades étaient en majorité des patients suspects de troubles somatoformes et de fibromyalgie, pour lesquels la qualité de la relation médecin-patient est primordiale dans la prise en charge [37]. Chez ces patients en particulier, l'absence de cette relation de qualité pourrait augmenter le nomadisme.

Le coût du nomadisme s'évalue en terme économique. En 2001, la caisse d'assurance des professions indépendantes avait évalué que les remboursements des patients nomades étaient environ 2 fois supérieurs à ceux des autres consommants [36]. Inducteur de surcoût, le nomadisme est aussi sans bénéfice sur le plan de la santé : il participe à l'errance diagnostique (notamment des patients souffrants de fibromyalgie et de troubles somatoformes [37], [38]) et amène à une multiplication de prescriptions pouvant être responsable de iatrogénie.

1.3.2. Une relation médecin-patient de qualité améliore l'observance et l'adhésion aux soins. [39], [40]

Dépendante de plusieurs facteurs parmi lesquels la maladie, le traitement, les caractéristiques propres du patient lui-même et son environnement psycho-social, l'observance est également influencée par la relation de soin établie avec le médecin ou le système de soin [39]. Ainsi, c'est à travers une relation de confiance, et une prise en charge centrée sur le patient, que le médecin pourra mettre à jour avec son patient, les difficultés potentielles, croyances, obstacles et motivations pour une observance de qualité.

Chez des patients suivis pour LMC, il a pu être démontré qu'en plus des facteurs attendus (nombres de prises médicamenteuses…), des facteurs spécifiquement liés au médecin étaient en jeu : la durée des consultations initiales et le temps de suivi avaient un impact déterminant sur l'observance. Le médecin et le centre de suivi comptaient pour plus d'un tiers dans la variabilité de l'adhérence rapportée par les patients [41]. Une méta-analyse publiée en 2009 montrait également que la communication dans les soins médicaux était étroitement liée à une meilleure observance et que la formation des médecins aux techniques améliorant la communication avec les malades, augmentait de façon significative et substantielle l'observance de ceux-ci. [40]

Les conséquences de la non-observance sont évidemment importantes en termes de morbidité et de mortalité, et sont présentes dans tous les domaines de la médecine. Les conséquences économiques sont également importantes du fait des coûts induits des complications secondaires à ces comportements, et aux tonnes de médicaments inutilisés contenus dans les armoires à pharmacie des patients. Difficilement quantifiable, une estimation annuelle autour de 100 milliards de dollars a été avancée aux USA. [42]

2. Horizon démographique des femmes médecins généralistes.

2.1. Féminisation sur le plan national [43]

Très peu présentes au sein du corps médical français jusque dans les années 1960 où elles ne représentaient que 10% des effectifs, les femmes ont peu à peu investi ces professions pour atteindre en 2018, 43% des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre (toutes spécialités confondues). Il s'agit bien là d'une évolution sociologique marquante qui laisse entrevoir une parité globale à l'horizon 2020.

En ce qui concerne la médecine générale, le conseil national de l'Ordre dénombrait au 1er janvier 2018, 87 801 médecins généralistes ayant une activité régulière dont 48,2% de femmes (tous modes d'exercice). Tandis que les effectifs totaux sont en baisse constante – en diminution de 7% depuis 2010 – la part de femmes a quant à elle augmenté de près de 9 points sur la même période. Cette accélération franche de la féminisation de la médecine générale, également retrouvée parmi les spécialistes, devrait se poursuivre selon les projections établies : les femmes sont en effet majoritaires chez les nouveaux inscrits à l'ordre en 2018 (59%) et au sein des facultés formant les futurs praticiens.

On constate cependant de grandes disparités de ce ratio homme/femme selon les départements : Mayotte et l'Indre étant les départements les moins féminisés (respectivement 32,4% et 32,5% des médecins en activité régulière), l'Isère et Paris étant les départements les plus féminisés (respectivement 54,4% et 53,9% des médecins en activité régulière).

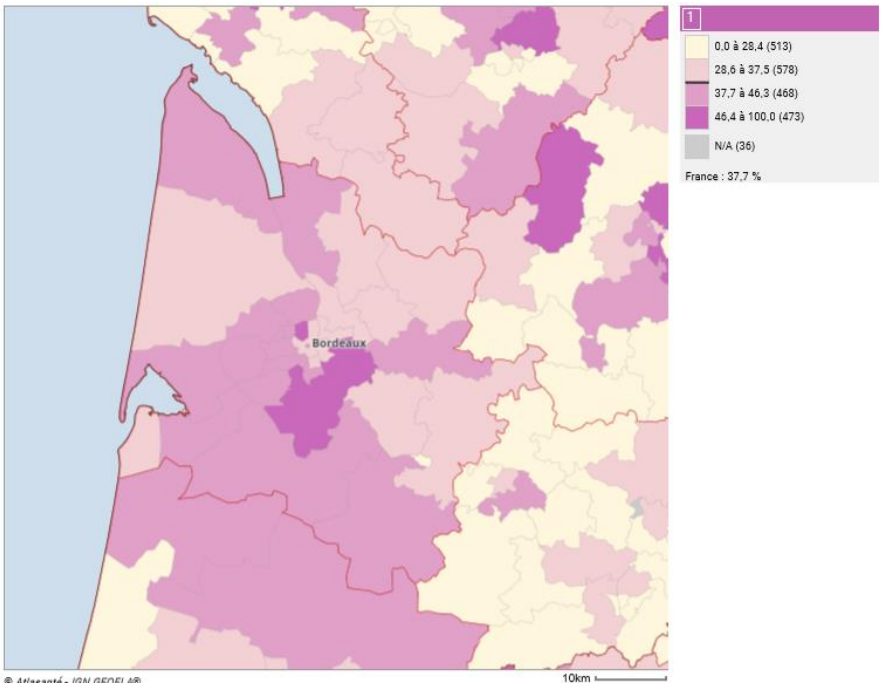
2.2. Féminisation sur le plan départementale : situation de la Gironde. [43] et [44]

En Gironde, le taux de femmes parmi les médecins généralistes (48,6%) était en 2018 légèrement supérieur au taux national. Il faut noter également que dans ce département, et

contrairement à la tendance nationale, la population de médecins généralistes en activité régulière est en augmentation (+2,68% en 2018).

Selon les territoires du département, il existe cependant de fortes disparités témoignant d'une réalité plus contrastée : on comptait ainsi seulement 28,8% de femmes omnipraticiennes en 2017 dans le sud Médoc, tandis le canton du Bouscat en dénombrait 53,7%.

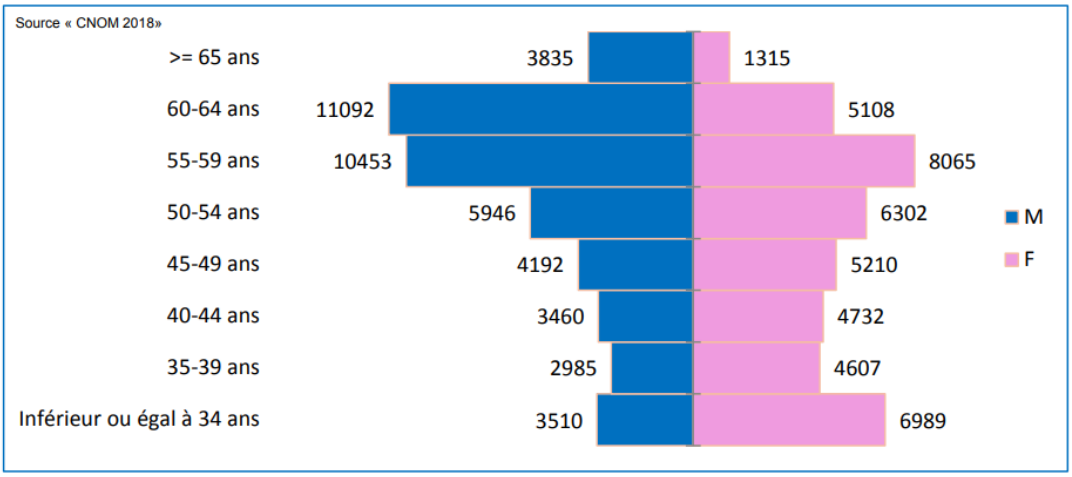
Figure 2 : Part de femmes généralistes (y compris les généralistes à mode d'exercice particulier) en 2017 dans le département de la Gironde. [44]



2.3. Une population de médecins plus jeune [43].

Les femmes médecins généralistes sont en moyenne plus jeunes que leurs confrères masculins (49 ans contre 54 ans). Elles sont largement majoritaires au sein des classes d'âge les plus jeunes et représentent par exemple 67% des omnipraticiens âgés de moins de 34 ans.

Figure 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière en 2018. [43]



2.4. Répartition par territoires [3]

Selon le recensement 2018 de la DREES [3], les femmes généralistes préfèrent l'exercice urbain, et choisissent en majorité (60%) d'exercer dans les grands pôles urbains de plus de 100 000 habitants. Elles sont mêmes numériquement plus nombreuses que les hommes généralistes dans le Grand Paris. Pour autant, elles ne désertent pas complètement les territoires ruraux ou les petits pôles urbains, même si elles y sont moins nombreuses que les hommes.

2.5. Répartition par type d'activité [3]

En tant que médecins généralistes, elles s'orientent plus que les hommes vers une activité salariée, hospitalière ou non (38% des femmes versus 19,5% des hommes). Une majorité d'entre elles (57%) choisissent tout de même d'exercer exclusivement en tant que médecin libéral. Seulement 4% d'entre elles conjuguent activité salariée et libérale.

2.6. Organisation de l'activité libérale des femmes médecins généralistes [1], [4], [45] et [46]

Selon une étude de la DREES réalisée en 2012 [45], les femmes installées en tant que généralistes exercent en cabinet de groupe dans les mêmes proportions que les hommes et disposent également d'un secrétariat dans les mêmes proportions qu'eux. Le temps qu'elles attribuent aux tâches de gestion est à peu près similaire à celui de leurs homologues hommes.

Il existe cependant des différences notables avec l'exercice des médecins généralistes masculins:

Elles travaillent quantitativement moins que les hommes, puisque la durée de travail hebdomadaire déclarée par les femmes médecins généralistes s'élève à 53 heures, contre 59 heures pour les hommes. Elles sont tout de même 62% à déclarer travailler 50 heures ou plus par semaine. Elles exercent aussi plus souvent à temps partiels, et sont moins nombreuses que les hommes à travailler le samedi. [45]

Elles effectuent par ailleurs 4 150 consultations et visites par an en moyenne, soit 24% de moins que leurs confrères masculins. Elles font également moins de visites à domicile.

En revanche, la durée des consultations est supérieure chez les femmes (19 minutes versus 17 minutes pour les hommes) [45].

Concernant la permanence des soins, elles sont 50% à participer aux gardes, contre 64% des hommes. Elles y consacrent d'autre part moins de temps qu'eux par semaine (6,6 heures contre 11,5 heures en moyenne) [45].

Pour ce qui est de la rémunération, leurs honoraires individuels sont en moyenne inferieurs de 40% à ceux des hommes, car en plus d'une activité plus faible, elles privilégient très fréquemment le temps partiel à certaines périodes de leur vie. [4].

Elles sont moins nombreuses que les hommes à exercer une activité de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure à leur cabinet, mais s'investissent dans des proportions comparables dans les organisations professionnelles [45].

Elles sont enfin peu nombreuses à avoir une carrière universitaire. Au sein du Département de Médecine Générale à Bordeaux, on ne compte par exemple aucun professeur, et seulement un maitre de conférence associé et 2 chefs de clinique de sexe féminin [46]. Véronique Leblond et al. attribuent cette difficulté aux maternités et aux implications familiales vécues entre 30 et 40 ans, âge charnière pour la progression universitaire [1]. On peut cependant rajouter à titre personnel que la constitution de ce jury de thèse a été l'occasion de constater la présence relativement importante de femmes PU-PH au sein d'autres spécialités au CHU de Bordeaux.

3. Problématique : Du point de vue des patients, quels sont les avantages et les inconvénients d'avoir un médecin généraliste femme dans le domaine de la relation médecin-patient ?

La féminisation des médecins généralistes a d'ores et déjà été largement étudiée sous l'angle de ses conséquences quantitatives : transformation de la démographie médicale, maintien de l'accès aux soins et de la permanence des soins… [3], [43], [44]. On peut par exemple citer l'ARS Aquitaine qui dans son précédent schéma régional d'organisation des soins (2012-2016) [47], projetait que la féminisation de la profession pourrait, dès 2018, menacer la stabilité de la densité médicale des médecins généralistes dans cette région.

Au-delà de ces aspects démographiques, cette féminisation induit des évolutions sur les pratiques : les qualités d'écoute des femmes, leur motivation à exercer un métier relationnel (alors que les hommes citent en premier lieu l'intérêt technique et intellectuel de leur profession) [4] pouvant influencer la relation qu'elles établissent avec leurs patients. Une méta-analyse de 26 études [48] rapporte ainsi que les femmes auraient une tendance plus aisée au partage de la prise de décision avec le patient, pratiqueraient une prise en charge plus centrée sur ce dernier, et adopteraient plus facilement une approche pluridisciplinaire.

Ces aspects participent à la qualité des soins, et il devient alors légitime d'interroger les patients eux-mêmes sur leur perception de singularités de la relation avec un médecin traitant femme.

La question de recherche motivant cette étude était donc :

Du point de vue des patients, quels sont les avantages et les inconvénients d'avoir un médecin généraliste femme, dans le domaine de la relation médecin-patient ?

L'objectif principal de ce travail était d'analyser la qualité de la relation médecin-patient quand le médecin est une femme.

L'objectif secondaire était de relever les déterminants de la qualité de la relation médecin-patient, du point de vue des patients.

PARTIE II

1. Matériel et Méthode

1.1. Type d'étude

Le travail de recherche mené se présente sous la forme d'une étude transversale qualitative, basée sur des entretiens téléphoniques semi-dirigés individuels. Le choix de ce type d'étude était basé sur le principe de la théorie ancrée *(grounded theory)* qui est une méthodologie de recherche de type inductive, destinée à faire émerger des hypothèses et non pas à en vérifier une préétablie. Elle était donc adaptée à l'objet de notre recherche puisqu'il s'agissait de recueillir les perceptions de patients sur la qualité de leur relation avec leurs médecins traitants femme.

Le choix de réaliser des entretiens téléphoniques et non pas des entretiens en tête-à-tête, s'est imposé du fait de la distance géographique entre la thésarde réalisant les entretiens, résidant en Polynésie Française au moment de l'étude, et les participants résidants en Gironde.

Il s'agit par ailleurs d'une étude impliquant la personne humaine, dite non interventionnelle, la classant RIPH de catégorie 3. A ce titre, elle a fait l'objet d'une demande d'avis à un Comité de Protection des Personnes. Le CPP Ouest 6, tiré au sort selon la procédure standard, a rendu un avis de non-compétence.

Un engagement de conformité a également été réalisé auprès de la CNIL selon la méthodologie de référence MR-3 (annexe 5).

1.2. Recherche documentaire

L'ensemble de la bibliographie a été réalisée tout au long du travail de thèse, depuis la construction du sujet jusqu'à sa rédaction.

Les recherches ont été principalement informatiques. Des ouvrages personnels de la thésarde ont également été utilisés, en particulier *Le médecin, son malade et la maladie,* écrit par Balint.

Les ressources consultées regroupaient :

- Des moteurs de recherche spécialisés ou non : Pubmed, Cismef, Google, Google scholar

- Des interfaces en accès libre, ou depuis l'accès de l'Espace Numérique de Travail de l'Université de Bordeaux (via la sélection thématique de sa collection numérique) : Docdocpro (Egora Doc), ScienceDirect (ebooks et revues), EM Premium, John Libbey Eurotext Journal, Cairn.info.

- Des sites officiels :
Conseil National de l'Ordre des Médecins : https://www.conseil-national.medecin.fr
Collège de santé de l'université de Bordeaux : https://sante.u-bordeaux.fr/
Service Public France : https://www.service-public.fr/
ARS Nouvelle Aquitaine : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/
DREES : http://www.data.drees.sante.gouv.fr
CartoSanté : https://cartosante.atlasante.fr
Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/portail/
Legifrance : https://www.legifrance.gouv.fr

Les mots clés utilisés ont été :

-En français : Relations médecin-patient / relations médecin-patient + étude d'évaluation comme sujet / Effet médecin / féminisation + médecine générale

En anglais : Physician-patient Relationship / Physician-patient Relationship + Physician gender / Physician-patient Relationship + women / Communication + Primary care / Empathy + Primary care

1.3. Population étudiée

Les entretiens ont eu lieu auprès de patients ayant déclaré un médecin généraliste femme.

Les autres critères d'inclusion étaient :
-Patient majeur
-Patient résidant en Gironde

-Médecin traitant déclaré, installé en Gironde.

Les critères d'exclusion étaient :
-Patient mineur
-Patient en incapacité de donner son accord verbal ou de participer à un entretien téléphonique. (Déficit cognitif/ troubles mnésiques/ déficit sensoriel)

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé a priori, la réalisation des entretiens a été interrompue lorsque la saturation des données a été approchée au plus près.

Pour cette étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'était pas recherchée. En revanche, le recrutement a été réalisé de façon orientée pour obtenir un échantillonnage en variation maximale. Les tranches d'âges, le sexe, les catégories socio-professionnelles des participants, ainsi que la catégorie urbaine de zone d'installation des médecins généralistes étaient variés afin d'obtenir une diversité de comportements et d'opinions.

1.4. Elaboration du guide d'entretien

Un premier guide d'entretien (annexe 6) a été élaboré et testé auprès de personnes de notre entourage. Il s'est avéré que les questions étaient trop orientées et directives, et laissaient peu de place à l'expression spontanée du participant.

Il a donc été remanié afin que les questions soient plus ouvertes et plus neutres. Cette deuxième version (annexe 7) a également été testée auprès de notre entourage. Les questions ont été bien comprises, et les réponses étaient adaptées aux sujets abordés. Cette trame a donc été conservée pour le reste de l'étude, puis à la fois enrichie et allégée en fonction des réponses des participants afin de structurer l'échange sans le contraindre.

Le guide d'entretien comprenait au final 2 parties relatives à notre travail de thèse :

Dans une première partie, les questions abordaient le vécu et les attentes du patient dans le domaine de la relation médecin-patient, et en particulier dans la relation avec une femme médecin généraliste. Les différents aspects de la relation (communication/ disponibilité/ empathie/ compétence) ainsi que les différents temps de la consultation (interrogatoire/ examen physique) y étaient explorés.

Dans un second temps, la question de la perception plus générale de la féminisation de la profession était posée.

1.5. Mise en œuvre de l'étude

1.5.1. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des participants à l'étude a été réalisé de façon progressive afin d'obtenir un échantillon hétérogène, avec une variation maximale, en tenant compte des profils des patients déjà interrogés. Le recrutement a également été multimodal, en utilisant l'intermédiaire des médecins traitants d'une part, d'autres professionnels de santé d'autre part, et enfin en passant par le milieu associatif. Il s'est interrompu lorsque la saturation des données a été approchée au plus près.

- Recrutement par le biais du médecin traitant.

Les médecins traitants approchés ont été choisis pour satisfaire une diversité de lieu et de population, grâce à nos connaissances personnelles de la démographie médicale en Gironde. Ils faisaient partie de notre réseau élargi (thésarde et directeur de thèse).

Un courriel présentant l'étude, ses objectifs et les modalités de recrutement (annexe 8), une copie du guide d'entretien (annexe 7) ainsi qu'une fiche d'informations à remettre en mains propres au patient (annexe 9) leur ont été adressés.

Au total, 10 médecins généralistes répartis dans 8 cabinets ou maisons de santé pluridisciplinaires ont été sollicités (MSR La Réole, Fargues Saint Hilaire, MSP Créon, MSP Saint Caprais de Lerm, Saint Médard en Jalles, Cadillac, Le Porge, Bordeaux). Trois d'entre eux ont proposé 21 patients pour cette étude. Les 7 autres médecins traitants n'ont pas donné suite à nos demandes malgré les relances qui leurs ont été envoyées.

- Recrutement par le biais d'autres professionnels de santé.

Un médecin spécialiste urologue et une infirmière libérale de notre entourage ont également été sollicités pour recruter des participants répondants aux critères d'inclusion, parmi leur patientèle. Les mêmes documents leurs ont été adressés par courriel. Il leur était également indiqué une préférence pour certains profils compte tenu des caractéristiques des patients déjà interrogés.

Un retour positif de principe a été obtenu pour tous deux, mais au final, seuls 3 patients ont ainsi été proposés, par le biais de leur médecin spécialiste.

- Recrutement par le biais du milieu associatif.

Nous avons contacté l'Association Nationale des Femmes de Militaires (ANFEM) de Bordeaux par l'intermédiaire d'un de ses membres de notre connaissance et recruté par ce biais des participants à l'étude en précisant une préférence de sexe et de tranche d'âge afin d'assurer l'hétérogénéité de notre échantillon.

Au total, 4 patients correspondants aux critères d'inclusion se sont portés volontaires. Nous avons pris contact avec eux par téléphone et leur avons adressé par courriel, la fiche d'informations qui leur était destinée.

Pour chacun des participants recrutés dans le milieu associatif, ou par le biais de leur médecin spécialiste, nous avons informé leur médecin traitant de leur participation à l'étude.

Au total, 27 noms et coordonnées de patients nous ont été transmis par courriel ou par téléphone, selon la préférence de l'intermédiaire.

1.5.2. Réalisation des entretiens téléphoniques

Les entretiens ont été intégralement menés par la thésarde, qui était l'investigatrice principale de cette étude.

Les participants ont été contactés individuellement afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique pour réaliser l'entretien, et pour s'assurer qu'ils aient bien reçu la fiche d'information comportant leurs droits. Elle leur était ré-envoyée par courriel si nécessaire.

Les échanges téléphoniques ont été réalisés avec l'application WhatsApp lorsque les patients y étaient inscrits, ou par appel, via un abonnement Skype, sur leur ligne téléphonique fixe ou portable.

Les entretiens ont systématiquement été précédés par une introduction présentant le thème de l'étude, ses objectifs, et le cadre de l'échange. Un rappel des droits des participants y était également réalisé ainsi qu'un recueil de leur consentement oral. L'obtention d'une série de renseignements sociologiques concernant le patient et son médecin traitant clôturait cette introduction.

Nous avons ensuite mené l'entretien proprement dit, en suivant un guide d'entretien composé d'une trame de questions ouvertes et de relances afin d'aborder avec le patient les différents thèmes.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité par 2 enregistreurs vocaux, après avoir obtenu l'accord des participants.

1.6. Méthode d'analyse des données

Le verbatim a été retranscrit mots-à-mots grâce à l'outil de bureautique Word 365. Les initiales « IP » pour investigatrice principale, ont été attribués à la thésarde. Les participants ont quant à eux été identifiés par la lettre H ou F en fonction de leur sexe, puis par un numéro correspondant, pour chacun, à la chronologie de la réalisation des entretiens (F1 à 5, H1 à 6), afin d'assurer leur anonymat. Les données susceptibles de les identifier de façon indirecte ont également été modifiées : les noms et prénoms cités ont été remplacés par leur lien avec le participant (enfant, frère, médecin spécialiste…), et les noms de lieux ont été remplacés par une lettre arbitraire suivie d'un chiffre correspondant à la distance en km avec leur domicile. Ces données apparaissent en italiques, afin de faciliter la compréhension de l'entretien. Leurs professions ont été remplacées par la catégorie socio-professionnelle correspondante, selon les critères de l'INSEE.

L'analyse du verbatim a été réalisée au fur et à mesure, au fil des entretiens, selon la méthode de la théorisation ancrée. Cette analyse qualitative vise à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide des données empiriques qualitatives. Elle nécessite donc un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies et le processus de théorisation. [49].

Dans un premier temps, nous avons donc réalisé un codage ouvert et axial, sans interpréter les données, mais en les thématisant pour en extraire le sens à travers des nœuds de codage. Ceux-ci ont ensuite été regroupés en catégories plus larges qui ont été mises en relation et intégrées afin de modéliser les phénomènes retrouvés, et d'enfin les théoriser. Cette analyse a été mouvante et a impliqué des va-et-vient entre ces différentes étapes pour finalement l'enrichir. Le logiciel N'Vivo 12 a été utilisé pour faciliter ce processus.

Cette analyse s'est poursuivie jusqu'à tendre au plus près de la saturation des données : il s'agissait d'obtenir 3 entretiens consécutifs n'apportant pas de nouvelles thématiques à explorer.

Au fil de l'analyse réalisée par la thésarde, une triangulation a été effectuée par le docteur Bérengère Grenier, médecin généraliste disposant d'une expérience dans le codage qualitatif, afin d'apporter une validité interne plus grande à notre étude. Au total 6 entretiens ont bénéficié de ce double codage indépendant, permettant de vérifier l'homogénéité des résultats obtenus.

2. Résultats

2.1. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des participants a eu lieu entre septembre 2018 et mars 2019. Initialement prévu uniquement par l'intermédiaire des médecins traitants, il a finalement été multimodal, du fait du peu de réponses des médecins généralistes sollicités d'une part, mais aussi pour éviter un biais de sélection : les médecins proposant plutôt des patients avec qui ils entretiennent une bonne relation.

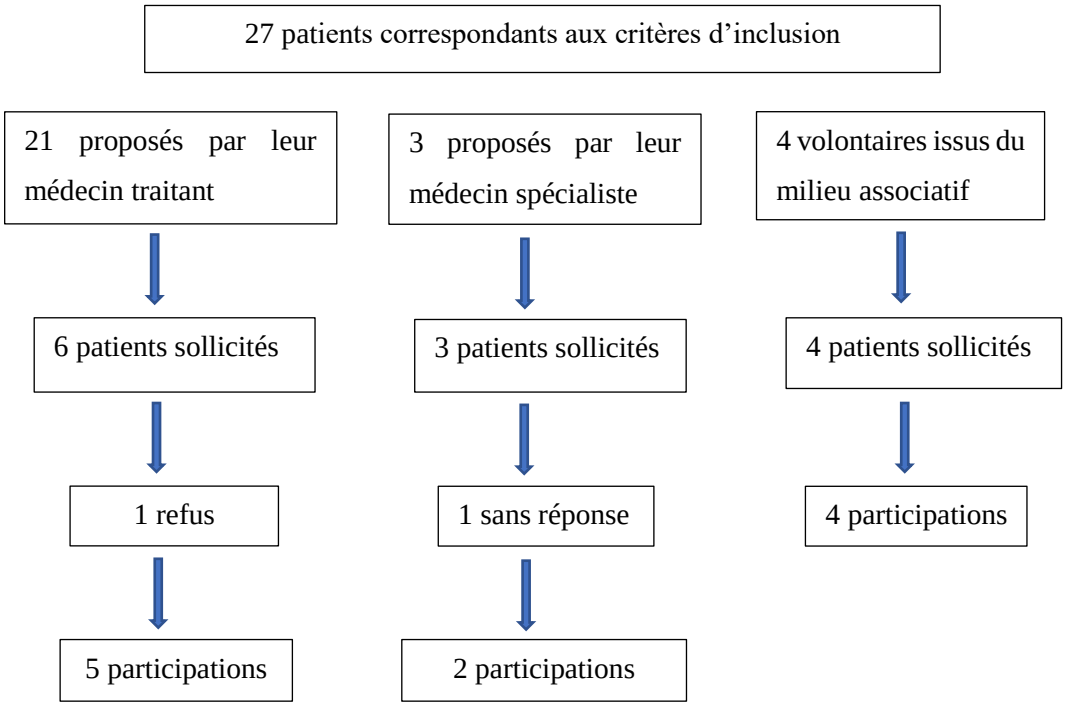
3 médecins généralistes (La Réole/ Fargues Saint Hilaire) ont proposé 21 patients au total. Parmi les patients proposés par leur médecin traitant, seulement 6 ont été choisis, selon leurs profils, et pour ne pas cumuler un nombre important de participants partageant le même médecin traitant. L'un d'entre eux a finalement refusé l'entretien du fait d'une hospitalisation prolongée. Au final, 5 patients ont accepté l'entretien.

3 patients (ayant tous déclaré un médecin traitant différent) ont été proposés par leur médecin spécialiste urologue, exerçant à la Clinique Bordeaux-Nord. L'un d'entre eux n'a pas répondu à nos divers appels téléphoniques ou courriels et n'a finalement pas participé à l'étude, les 2 autres patients ont accepté l'entretien.

Enfin, 4 participants membres de l'ANFEM se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Ils avaient chacun un médecin traitant différent et ont tous les 4 accepté l'entretien.

Au total 11 patients de 9 médecins traitants différents avaient participé à notre étude lorsque la saturation des données a été approchée au plus près.

Figure 4 : Schéma récapitulatif du recrutement des participants à l'étude.



2.2. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon comptait 5 femmes pour 6 hommes. Ils étaient âgés de 24 à 85 ans (âge moyen 53,9 ans) et étaient de catégories socio-professionnelles variées. Leurs lieux de résidence comportaient des zones rurales (< 3000 habitants), semi-rurales (3000 à 10 000 habitants) et urbaines (> 10 000 habitants). La population ainsi formée était donc hétérogène. Il en était de même pour les médecins traitants qui différaient par leurs âges, leurs modes et leurs lieux d'exercice.

La durée de relation moyenne avec le médecin traitant était de 9,5 ans.

Tous les médecins traitants étaient conventionnés en secteur 1.

Les caractéristiques des patients interrogés, ainsi que de leurs médecins traitants déclarés, ont été synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon étudié.

	Sexe	Age	Catégorie socio-professionnelle	Lieu de résidence	Durée de la relation avec le médecin traitant	Age du médecin (estimé par le patient)	Zone d'installation	Mode d'installation
F1	F	40	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Urbain	5 à 15 ans	50 ans	Semi-rurale	Maison de santé
H1	H	85	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Rural	<5 ans	50 ans	Semi-rurale	Maison de santé
H2	H	24	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Rural	5 à 15 ans	50 ans	Semi-rurale	Maison de santé
F2	F	40	Ouvrier	Rural	<5 ans	30 ans	Semi-rurale	Maison de santé
F3	F	52	Sans activité professionnelle	Urbain	5 à 15 ans	55 ans	Urbain	Seule
F4	F	32	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Urbain	5 à 15 ans	40 ans	Urbain	Seule
H3	H	57	Retraité	Urbain	<5 ans	35 ans	Urbain	Association
F5	F	65	Retraité	Urbain	>15 ans	65 ans	Urbain	Seule
H4	H	77	Retraité	Semi-rural	5 à 15 ans	40 ans	Semi-rurale	Association
H5	H	45	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Urbain	>15 ans	45 ans	Urbain	Association
H6	H	76	Retraité	Rural	5 à 15 ans	45	Rurale	Association

2.3. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés par téléphone et en s'adaptant aux disponibilités des patients. Les entretiens des patients H1, H2, F1 et F3 ont eu lieu via l'application de téléphonie WhatsApp, depuis le téléphone portable de la thésarde. Pour les autres entretiens, nous avons utilisé un abonnement Skype permettant d'appeler les lignes téléphoniques fixes ou mobiles depuis notre ordinateur portable.

Les échanges ont duré entre 21 et 43 minutes, avec une durée moyenne de 34 minutes.

Les entretiens F1 (WhatsApp) et H6 (Skype) ont été interrompus par une coupure téléphonique, qui a nécessité un rappel. Dans les deux cas, le fil de la conversation a pu être repris où il en était, mais cela a marqué une courte rupture de fluidité dans l'échange.

De même, 6 coupures de son de quelques secondes, sans coupure téléphonique, ont eu lieu lors des entretiens F1, H2, F2, F3 et F5. Là aussi, la conversation a pu être rapidement reprise et il a été demandé au patient de répéter ce qu'il venait de dire.

Enfin, lors de l'entretien H1, l'épouse du participant est intervenue à 2 reprises : la première fois, lorsque son mari lui a demandé un renseignement sur la durée de la relation avec leur médecin traitant, et la seconde fois, de façon spontanée, pour donner son avis sur une question posée. Dans ce second cas, l'intervention de l'épouse n'a pas été prise en compte dans l'analyse.

Tableau 3 : Durée des entretiens et présence d'évènements interférents.

	Durée de l'entretien	Evènements interférents
F1	33'09 min	1 coupure de téléphone, ayant nécessité un rappel
H1	43'15 min	Interventions de l'épouse, à 2 reprises
H2	21'07 min	1 coupure son de quelques secondes
F2	36'58 min	1 coupure son de quelques secondes
F3	31'15 min	1 coupure son de quelques secondes
F4	41'41 min	
H3	33'45 min	
F5	41'09 min	2 coupures son de quelques secondes
H4	36'03 min	
H5	25'00 min	
H6	31'59 min	1 coupure de téléphone ayant nécessité un rappel

Les échanges ont dans l'ensemble eu lieu dans un climat chaleureux, et les participants étaient enthousiastes de parler de leurs vécus, ainsi que de leurs ressentis de la relation avec leurs

médecins traitants. Ils étaient parfois soucieux de savoir si leurs réponses convenaient pour l'étude, mais ont parlé librement après réassurance.

Lors de l'entretien H3, l'ambiance a été cordiale, mais légèrement plus tendue, du fait du vécu difficile du patient.

Nous nous sommes parfois un peu écartés de la trame d'entretien, afin de faciliter et fluidifier la conversation. Le but n'étant pas de détailler toutes nos questions mais d'inviter le patient à parler librement de son expérience et de son ressenti. De fréquentes reformulations ont été faites par la thésarde afin de confirmer auprès du participant, la bonne compréhension de ses propos.

2.4. Résultats du codage thématique

Le codage thématique a été réalisé en tenant compte de la question de recherche formulée *(Du point de vue des patients, quels sont les avantages et les inconvénients d'avoir un médecin généraliste femme, dans le domaine de la relation médecin-patient ?)* ainsi que des objectifs de l'étude *(Etudier la qualité de la relation médecin-patient lorsque le médecin est une femme/ Relever les déterminants de la relation médecin-patient, du point de vue des patients)*. Néanmoins, le sujet de la relation médecin-patient étant large dans sa définition, et le cadre des entretiens étant souple, les patients ont parfois abordé d'autres thèmes qui s'y reliaient. Ces thèmes ont donc été intégrés à l'analyse pour enrichir la problématique et finalement, la dépasser.

Une soixantaine de nœuds de codage ont ainsi été extraits du verbatim. Ils ont été regroupés en une quinzaines de thèmes plus larges, eux-mêmes mis en lien à travers 4 grands thèmes. Certains nœuds ou thèmes étaient transversaux et se rapportaient à plusieurs grands thèmes.

Nous avons choisi d'illustrer les résultats quantitatifs ci-après par 3 ou 4 extraits du verbatim pour chacun des thèmes ou sous-thèmes abordés, afin d'en préserver la lisibilité et de ne pas noyer les concepts mis en lumière par trop de citations. L'exhaustivité des propos rapportés n'était pas recherchée, puisque l'ensemble du verbatim est disponible en annexe de ce travail, dans un document distinct. Celui-ci a été remis aux membres du jury et peut être obtenu sur demande auprès de la thésarde.

2.5. Résultats qualitatifs

2.5.1. Avantages et inconvénients de la relation avec une femme médecin traitant.

a. Satisfaction générale des patients.

Presque tous les patients ont exprimé leur satisfaction vis-à-vis de leurs médecins généralistes féminins et de la relation établie avec elles.

F5 : j'ai une très bonne relation avec ce médecin.

H1 : Avec A. (nom de son médecin généraliste actuel), je suis très très bien !

H5 : et comme ça s'est bien passé, on a continué !

H6 : Là pour moi, ça marche bien, ça tourne bien : on se comprend bien…

La patiente F3 a cependant décrit une relation plus nuancée avec son médecin.

F3 : Voilà, je ne dirais pas que j'ai le médecin idéal…

- **Fidélité et attachement pour le médecin**

Parmi les patients satisfaits, plusieurs ont notamment expliqué être particulièrement attachés à leurs généralistes. Pour la patiente F1, cela était associé à une certaine défiance pour les autres médecins.

F1 : si je vais consulter un autre médecin par obligation, parce que je peux pas aller consulter le docteur T. (son médecin généraliste), je suis jamais très tranquille...

F2 : Si elle part pas loin, et bé on va la suivre ! (rires)

H4 : je suis habitué à elle maintenant, ça me ferait de la peine de changer…

- **Durabilité de la relation**

La durabilité de la relation semblait aussi être un marqueur de satisfaction pour les patients F1 et H1.

F1 : On n'a pas un médecin pendant des années, et on n'a pas le même médecin pendant des années par hasard !

H1 : […] Si elle me plaisait pas, si elle m'écoutait pas, ou quelque chose comme ça… j'partirai moi !

Cette relation durable permettait au patient et au médecin de bien se connaitre mutuellement, ce qui était apprécié des patients.

H4 : je dois reconnaître, c'est quelqu'un que je connais bien… Ça joue beaucoup.

H6 : Elle me connaît ! Elle me connaît, et depuis le temps qu'elle me suit, moi je la connais

b. Personnalité du médecin, marquée par des qualités « féminines »

Les patients appréciaient la personnalité de leur médecin, cela était particulièrement important à leurs yeux.

- **Bonté et gaité**

Les patients F2 et H6 évoquaient par exemple la gentillesse, ou la bonté de leurs médecins respectifs.

F2 : On l'a trouvée vraiment gentille, très douce […]

H6 : Moi je trouve que c'est une bonne personne ! C'est un bon médecin !

La patiente F5 appréciait la gaité de son médecin.

F5 : C'est quelqu'un qui a le sourire, donc ça pour moi, c'est très important !

- **Calme et sérénité**

La patiente F4 confiait quant à elle, être mis à l'aise par le calme et la sérénité de son médecin, en particulier avec ses enfants. Lors de l'entretien F2, le calme du médecin était aussi plébiscité.

F4 : Et elle a une sérénité aussi mon médecin ! […]

F2 : Elle parle doucement, elle est pas énervée

- **Douceur**

Plusieurs patients ont rapporté la douceur de leurs médecins.

F3 : Dans le cas de la nôtre, c'est vrai qu'elle est très douce !

F4 : Moi, j'ai en face de moi une personne douce et attentionnée

Cette dernière qualité semblait d'ailleurs être plus spécifique aux femmes, même si elle n'excluait pas les hommes.

F1 : Des qualités relationnelles, euh, je vais dire peut-être plus douces […] mais j'ai eu avant le Dr T. (médecin traitant actuel) un médecin homme, mais qui était très doux

H4 : Parce que j'ai l'impression qu'elles (les femmes) sont plus douces…

- **Aspect maternel**

Certains patients retrouvaient chez leurs médecins généralistes femmes un aspect maternel rassurant.

H2 : Elle a une relation qui est peut-être un peu maternelle ou euh… du coup, attentive quoi…

H4 : Ben, disons que pour un peu, je la considèrerai un peu comme ma mère…

- **Relation cordiale et parfois plus**

La relation établie était souvent cordiale et chaleureuse, dépassait parfois le cadre professionnel pour tendre vers une relation amicale.

H4 : Oh disons que bé, ça se passe … franchement, amicalement…

H5 : le courant est bien passé…

F5 : voilà, on était devenue pas amie… amie, un petit peu quand même ! Mais voilà, une relation d'amitié… voilà, qui s'est créée !

c. Une relation basée sur la confiance

La confiance semblait être la clé de la relation vécue par les patients avec leur médecin. Le terme de « confiance » est d'ailleurs revenu à plusieurs reprises dans tous les entretiens.

H1 : c'est vrai que j'ai confiance en A. (nom du médecin actuel).

H6 : […] et donc là vraiment, c'est une relation de confiance !

Pour le patient H5, la confiance a été un cheminement, pas forcément acquise dès le départ, mais obtenue petit à petit au cours de la relation.

H5 : […] comment dire, la confiance, elle s'est gagnée au fur et à mesure, en fait !

- **Expériences marquantes**

L'expérience de certaines situations difficiles pour les patients ou pour leurs proches, avait fortement contribué à établir ce lien de confiance avec leur médecin.

F5 : elle s'est occupée de mon enfant, euh… mon enfant allait mieux… parce qu'on est passé tellement… on a passé plusieurs années, c'était dur ses crises d'asthme… […] Donc j'avais entièrement confiance en elle et à un moment, j'ai dû faire appel à elle parce qu'il fallait avoir vraiment un médecin référent

F1 : […] mon plus jeune frère qui a été très malade, et euh, le Dr T. (son médecin généraliste) - je peux dire qu'elle l'a sauvé, il était extrêmement malade - donc il y a tout de suite un lien qui s'est créé, et j'ai confiance avec ce médecin

- **Défaut de confiance**

Lors de l'entretien H3, la patiente a néanmoins regretté ne pas pouvoir être pleinement en confiance auprès de son médecin. La relation pour les problèmes mineurs n'en était cependant pas trop affectée. Cela n'était pas le cas pour les problèmes plus importants.

F3 : J'peux pas dire que j'ai 100% confiance… voilà… donc pour les petites maladies… euh… pour les petites maladies ça va -les grippes, les problèmes comme ça- ça va…

d. Compétences techniques et médicales

Les patients appréciaient leurs médecins avant tout pour leurs compétences et les résultats obtenus sur leur santé ou celle de leurs proches.

F2 : Elle, elle est vraiment compétente, quoi !

F5 : […] j'ai eu un autre problème il y a 4 ans, elle a été très très efficace…

H6 : […] Voir comment elle traite ça, et puis finalement si ça se passe bien, et que ça correspond, si elle nous soigne correctement, et beh, il y a pas de problème !

H4 : Bon et puis du point de vue – comment dirais-je – soins, je l'apprécie aussi.

Le diplôme du médecin, témoin de sa compétence, était ainsi pour le patient H3 source de confiance.

IP : qu'est ce qui pourrait vous inspirer confiance ?
H3 : Euh… bah le fait qu'elle soit docteur en médecine.

Le soin de l'examen physique, minutieux et sérieux, était apprécié des patients. Il pouvait être l'occasion d'un dépistage, dans le cadre d'une prise en charge globale.

F1 : elle prend toujours la tension, elle écoute toujours le cœur, même si on vient pour un problème de tibia -je dis n'importe quoi- et voilà, elle est attentive aux fondamentaux, j'imagine. Et donc ça c'est plutôt rassurant quand on arrive aussi...

H6 : Et ben l'examen, bon, systématiquement elle vous prend la tension ! D'entrée ! Ensuite au niveau cardiaque, il est bien évident que le stéthoscope, tout ça… ça c'est systématique au départ !

Le professionnalisme et notamment le fait de rappeler les patients, était un fait marquant pour la patiente F2, qui distinguait ainsi son médecin.

F2 : […] Elle rappelle ma fille pour lui demander qu'est-ce qu'il se passe… Voilà, moi j'en connais pas beaucoup des médecins comme ça qui rappelle les patients quand ça va pas… ben jusqu'à présent, moi, j'en ai jamais vu, quoi !

Les patients F5 et H1 relayaient également la rapidité de la prise en charge et l'investissement de leurs médecins.

F5 : aussitôt elle a dit vous devez voir untel et elle a mis tout ça en main, et puis voilà : ça a avancé, ça ne trainait pas…

H1 : Et A. (nom du médecin actuel) tout de suite a pris ça en main ! Elle a vraiment trimé : elle a dit « il faut pas faire ça, faut faire ci ! Allez voir celui-là, parce que celui-là : pas top… etc »

Un défaut de compétence ou une erreur médicale pouvait cependant compromettre la relation de confiance, comme l'expliquait la patient F3 :

F3 : J'peux pas dire que j'ai 100% confiance… […] elle a fait des choses qui n'étaient pas bonnes, et le psychiatre qui m'a suivi derrière me l'a dit quoi !

- **La compétence : une qualité plutôt indépendante du sexe du médecin**

Pour la majorité des participants, les qualités techniques et médicales de leurs médecins ne semblaient pas être liées à une question de genre.

F1 : je pense que les femmes sont aussi compétentes que les hommes.

IP : Est-ce que vous pensez qu'il y a des domaines dans lesquels, les femmes médecins, elles seraient plus ou moins compétentes ?
F2 : […] Moi je pense que ce soit homme ou femme, c'est exactement la même !

H3 : Voilà, en ce qui concerne la compétence, euh… alors là homme ou femme, ça m'est complètement indifférent !

Néanmoins, sans rendre ces qualités exclusivement féminines, la patiente F5 s'enthousiasmait de l'efficacité, de l'organisation, et de la réactivité des femmes médecins.

F5 : Surtout elles sont très réactives quoi !

F5 : Les femmes sont performantes, organisées et c'est ça que j'aime bien !

Tandis que pour le patient H1, les femmes avaient une pratique moins mécanique, et étaient moins dans les habitudes.

H1 : c'était peut-être moins mécanique ! […] Moi, j'ai l'impression que la femme est plus… peut être plus… elle me donne l'impression d'être moins dans les habitudes.

e. Communication entre le médecin et le patient

L'une des questions posées aux participants concernait la phase d'échange avec le soignant.

- **Capacité d'écoute, en particulier chez les médecins femmes.**

Les patients ont rapporté apprécier l'écoute que leur portait leur médecin. Cela était encore plus marqué pour les femmes de notre échantillon (F1 à F5).

F1 : J'ai la chance d'avoir un médecin qui est très à l'écoute.

F3 : Ça, on peut dire, elle est à l'écoute !

F5 : Elle était vraiment très très à l'écoute, justement à cette période-là, elle a été très très à l'écoute…

H1 : Voilà, elle écoute, elle est pas à 5 minutes !

La patiente F4 relevait l'aspect non-verbal de la communication, qui lui donnait le sentiment d'être écoutée.

F4 : […] c'est une personne qui est assez douce et qui a…, qui écoute ses patients. Qui les fait parler pour savoir ce qu'ils ont à dire !
IP : Elle te fait parler, elle t'aide à trouver les mots ?
F4 : Euh non, pas spécialement ! J'dirais que c'est plus une attitude physique, un regard, qui fait qu'on se sent écouté !

Pour certains patients, cette qualité d'écoute était plus particulière aux femmes. Le patient H1 en particulier a insisté à plusieurs reprises sur ce point.

H1 : Ce que je vous dis, c'est que je crois que la femme est plus à l'écoute.

IP : […] qu'est ce qui serait positif ou négatif pour vous, dans le fait justement que ce soit une femme ?
H2 : Euh…. Peut-être plus à l'écoute… Peut-être, non! Plus à l'écoute ! Je pense oui !

- **Participation et implication du patient**

La place laissée au patient pour s'impliquer dans l'échange, et prendre part à une décision partagée, a été expliquée, en particuliers par les patients F2, H4 et H5.

F2 : quand on arrive pour un problème, elle va demander, elle va aller au-delà du problème. […] Parce qu'elle demande beaucoup, elle demande : « est ce que vous aimeriez faire ça… est ce que ça vous dérange pas… et tout ça »

H4 : Disons qu'avec elle, c'est plus…. Euh… c'est moi qui contribue davantage qu'elle ne me l'ordonne… ou qu'elle me l'impose…

H5 : Dans la façon d'apporter la chose, elle suggère quelque chose, comme si elle avait… elle cherchait mon avis un petit peu… est ce que je suis d'accord avec ce qu'elle me propose !

Une relation franche, dans laquelle il n'y a pas de tabou, et où le patient dispose d'une grande liberté de parole, était aussi rapportée.

F1 : je me suis jamais empêchée de lui dire quelque chose par peur du jugement. Non jamais.

F4 : j'ai apprécié aussi de pouvoir dire ces choses-là à mon médecin, de pouvoir dire aussi simplement « j'me sens un peu bête de venir vous voir pour ça, qu'en pensez-vous ? » tu vois ? De pouvoir le faire avec liberté…

H5 : Effectivement si j'étais pas à l'aise avec elle, il pourrait y avoir des sujets que je ne pourrais pas évoquer ! Mais c'est pas le cas !

Au contraire, le patient H3 appréciait que son médecin respecte qu'il ne souhaite pas tout partager.

H3 : elle essaye pas de euh… je dirais d'aller chercher ce que je n'ai pas envie de lui dire.

Cette liberté de parole pouvait être limitée, lorsque la relation de confiance était ébranlée, comme l'expliquait la patiente F3.

F3 : En fait, on n'a jamais osé lui dire, donc on lui laisse marquer le traitement (l'homéopathie), et on le prend pas ! Autant dire, voilà, il y a pas forcement une relation de confiance

- **Pédagogie et partage de l'information**

Les patients étaient dans l'ensemble satisfaits des explications fournies par leurs médecins.

F1 : […] je trouve qu'elle est très pédagogique, et pour le coup, c'est toujours très clair en fait.

H4 : Bah j'apprécie sa façon - comment - […] d'expliquer par exemple tel et tel problème, qu'il faudrait mieux prendre ce médicament plutôt qu'un autre…

H6 : Notamment, on a même discuté dernièrement de cholestérol, elle m'a expliqué le bon, le mauvais, etc… et là, elle m'a expliqué tout ça bien comme il faut.

L'utilisation d'un langage compréhensible, sans jargon médical, était rapportée, notamment par les patients F2, F3 et H5.

F2 : sur une radio qui expliquait comme les médecins… nous on comprend pas trop, et elle, elle explique […] pour qu'on comprenne bien quoi !

F3 : Elle est pas du tout jargon médical, pas compréhensible, non, non, pas du tout !

H5 : […] elle vulgarise quand même pas mal !

Au contraire, pour le patient H6, le langage utilisé par son médecin était trop médical et ne lui était pas assez accessible.

H6 : elle donne des explications, mais à son niveau à elle ! Mais par contre, il y a des choses, moi, je pigeais pas, mais je vais pas l'embêter

Les explications pouvaient cependant parfois manquer. La patiente F5 a par exemple expliqué ne pas avoir pris un médicament prescrit par peur et par manque d'information.

F5 : Peut-être qu'elle m'a pas suffisamment expliqué… je me suis dit « ohlala, ce médicament… je vais absolument pas prendre ça, quoi ! »

- **Echanges facilités avec une femme**

Selon la patiente F1, les qualités de communication des femmes pouvaient faciliter les échanges avec le patient, mais aussi entre professionnels de santé, pour une prise en charge globale.

F1 : pour une femme, parfois, euh, le relationnel peut passer plus facilement aussi, ou les échanges avec d'autres professionnels de santé, qu'avec un homme.

- **Communication hors cabinet**

Lors de l'entretien de la patiente F4, celle-ci s'interrogeait sur une façon de poursuivre la communication avec son médecin en dehors des consultations. Cela était pour elle un manque, mais une solution parfaite lui semblait difficile à trouver. Cet aspect ainsi que le rôle d'un éventuel secrétariat n'ont pas été abordés par les autres participants

F4 : J'ai aucun contact avec mon médecin en dehors des consultations, […] je me pose la question de comment faire pour ne pas écraser les médecins sous les appels téléphoniques, et ils sont déjà bien sollicités, et en même temps, parfois, on a une question qui ne nécessite pas une consultation, et on aurait besoin de quelqu'un à qui on

puisse demander conseil : quelqu'un qui nous connaît […] et en même temps, je me dis que si elle avait un numéro en libre accès, elle pourrait plus consulter : elle serait… tu vois? Ce serait horrible quoi !

f. Empathie

De nombreux enquêtés nous ont rapporté des situations au cours desquelles, ils s'étaient sentis soutenus et entourés par leurs médecins.

F2 : j'ai l'impression que elle, elle se met à notre place ! […] on ressent tout, on se dit bah on a bien été entouré par son médecin, on a bien été comprise

F5 : elle m'a bien soutenue à des moments difficiles

H4 : j'ai l'impression qu'elle est à la portée de tout ça, qu'elle se met bien -comment dirais-je – dans la peau du patient, enfin bref voilà…

La patiente F5 témoignait également du réconfort et de la réassurance que son médecin lui avait apportés.

F5 : quand je me mettais à pleurer […] elle me disait « mais c'est tout à fait normal que vous pleuriez ! » et puis bon… et puis au moment où ça commençait à aller mieux, bah elle a dit « ça fait plaisir là ! vous avez le sourire ! voilà, ça y est vous vous êtes re maquillée ! »

La prise en compte du facteur psychosomatique faisait partie de cette prise en charge empathique pour la patiente F4.

F4 : il me semblait important qu'on puisse aussi détecter si ces causes psy entrainaient un problème […] physique. […] Donc, il fallait que je puisse aussi parler de mon ressenti

A contrario, pour le patient H3, l'empathie ne faisait pas du tout partie de ses attentes. Il recherchait avant tout un expert technique, mais reconnaissait pourtant que son médecin sentait ses appréhensions.

H3 : Je dirais que la relation… en caricaturant un peu, c'est la même qu'avec le technicien SAV de chez Darty !

H3 : je pense qu'elle comprend mieux mes appréhensions

- **Disposition féminine pour l'empathie**

L'empathie, et la sensibilité qui s'y rapporte, était, pour les participants, une qualité dont les femmes étaient plus pourvues que les hommes.

F1 : Voilà, les hommes et les femmes fonctionnent pas pareil, euh, et donc, on est nous, avec notre sensibilité plus facilement dans l'empathie.

H1 : Je trouve qu'une femme est plus sensible.

H2 : je pense que l'empathie effectivement, c'est quelque chose qu'on trouve plus facilement… pas absente chez les hommes, mais qu'on retrouve plus fréquemment chez le sexe féminin…

Le patient H2 nuançait cependant ses propos en se demandant si cette impression ne pouvait pas être en partie forgée par la société.

H2 : […] c'est une impression personnelle qui peut être forgée par la société aussi…

g. Disponibilité du médecin et aspects organisationnels

La question de la disponibilité de leurs médecins a été posée aux participants, ou parfois abordée spontanément, comme ce fut le cas pour la patiente F4.

La disponibilité était attendue et appréciée des patients, qui étaient satisfaits de pouvoir consulter leurs médecins assez facilement, et parfois à des horaires tardifs comme le soulignaient les patient F2 et H5.

F2 : Après elle est disponible pas mal […] Parce que des fois, elle consulte jusque 20h, des fois, 20h30, des fois 21h.

H4 : C'est quelqu'un qui est très disponible, oui, que je considère comme très disponible !

H5 : […] et donc moi, ce que j'attends, c'est que ces créneaux soient assez larges, et assez tard dans la journée pour me permettre d'arriver ! Parce que pareil avec mon travail, je peux pas partir à 17h… et avec elle je l'ai trouvé !

Certains patients appréciaient que leurs médecins soient arrangeants et fassent preuve de souplesse et de flexibilité.

F1 : elle s'adapte toujours, elle me trouve toujours un créneau, même malgré mes contraintes horaires, euh ou géographiques...

H5 : Un jour elle m'a dit, « bah écoutez, quand vous devez venir un soir - donc un soir, c'est jusqu'à 19h - appelez, et moi je vous attends ! » […] La souplesse dont elle fait preuve, ça c'est un point positif, tout à fait !

Une organisation interne au médecin (créneaux d'urgences à valider par le médecin) permettait de satisfaire des demandes de consultations, même quand celles-ci semblaient initialement difficiles à obtenir.

F4 : Oui dans ces moments-là, on sent que c'est difficile, en fait, on se fait rappeler : il n'y a pas de place en gros quand on appelle, et son secrétariat l'appelle ensuite pour essayer de dégager un créneau… et en fait, pour finir, elle se rend assez disponible !

Au contraire, pour les patients F3, F5, H3 et H6, leurs médecins manquaient de disponibilité.

F3 : Alors, on a un médecin qui travaille pas à plein temps parce qu'elle a un rythme pré… pré-retraite ! Donc, bon, ça c'est pénible, parce que, effectivement, si on tombe malade le mauvais jour, ça nous arrive d'aller chez d'autres médecins…

H6 : si je veux avoir une consultation, j'appelle : par exemple, si je veux avoir… moi, ce qui m'intéresse c'est de la voir le matin, vers 9 ou 10 heures… euh, des fois, il faut attendre 4-5 jours, sinon plus !

Pour les patients F3 et H3, il était difficile d'obtenir un rendez-vous rapide, sauf s'il s'agissait d'une vraie urgence.

F3 : Mais, j'pense que si c'est vraiment urgent, elle nous prendrait !

H3 : il faut téléphoner le matin à 8h si c'est vraiment une urgence, et elle vous donne un rendez-vous dans la journée… Sinon sur Doctolib, avec un rdv dans la semaine suivante. […] et l'intermédiaire qui n'est pas franchement une urgence absolue, mais où on va pas rester 8 jours comme ça non plus, euh… alors là la gestion est pas terrible.

La question des visites à domicile n'a été abordée que par le patient H2, qui cependant n'en bénéficiait pas pour lui-même, mais ce qui limitait les créneaux de consultations.

H2 : elle travaille pas, elle est en consultations itinérantes !

- **Des femmes médecins moins disponibles**

Les patients F4 et H3 et H4 ont évoqué les responsabilités familiales des femmes, en particulier auprès de leurs enfants, pour justifier leur plus faible disponibilité.

F4 : elle fait pas un plein temps ! […] Aussi parce que c'est une femme… en vrai c'en est un (inconvénient) ! C'est plus les femmes qui s'occupent de leur famille et il se trouve que en tant que femme, ce médecin a fait ce choix-là.

H3 : Oui, bah c'est compliqué, parce qu'une femme est moins disponible qu'un homme

IP : D'accord… Elle est souvent absente ou c'est assez rare ?
H4 : Et bah disons qu'elle a des enfants aussi !

Plusieurs médecins ne travaillaient pas à temps plein et beaucoup avaient un jour off dans la semaine. Cela concernait plutôt des médecins entre 30 et 45 ans.

F2 : Mme C., c'était son jour de repos, le mercredi, et donc du coup, elle était pas là […]

F4 : C'est un 80% plus vacances scolaires ! Elle ne travaille pas un jour par semaine, et elle ne travaille pas une semaine des vacances scolaires : pas les quinze jours, mais une semaine.

H6 : demain, elle travaille pas, c'est le mauvais truc…

Au contraire, le patient H1 trouvait que son médecin femme se rendait plus disponible.

IP : […] le fait qu'elle soit peut être un peu moins disponible?
H1 : Ben moi je trouve l'inverse, moi !

- **Compréhension des contraintes du médecin**

Quasiment tous les patients ont expliqué comprendre ces contraintes et les accepter. Le patient H5 disait par exemple en tenir compte dans son organisation.

F1 : Je crois que le Dr T. (médecin traitant) a un temps - je crois que c'est le mercredi après-midi qu'elle ne consulte pas - euh... moi ça m'a jamais dérangé.

H5 : Et puis après, il y a des jours où elle ne consulte pas, mais voilà, moi, j'ai cette habitude maintenant, je sais que quand il faut que j'aille voir le médecin, c'est le vendredi, en fin d'après-midi, donc voilà, moi, je suis un peu réglé là-dessus

Pour la patiente F2, cela était même nécessaire compte tenu de la dureté du métier de médecin généraliste, afin d'éviter un surmenage et un retentissement sur la prise en charge des patients.

F2 : […] 'fin moi je pense que c'est préférable qu'ils aient un jour de repos pour justement pouvoir souffler, pour mieux, après, être avec les patients !

- **Organisation du cabinet**

En termes d'organisation, les patients appréciaient qu'il y ait des remplaçants les jours d'absence de leurs médecins et qu'une permanence des soins soit mise en place.

F1 : […] si on a vraiment une urgence un mercredi après-midi, il y a quand même ses remplaçants

H1 : Y a toujours des remplaçantes ou des remplaçants !

H5 : Bah quand elle est absente pour les vacances, il y a un remplaçant systématiquement !

- **Gestion du temps parfois difficile, quel que soit le sexe du médecin**

La gestion du temps était un sujet sensible, abordé spontanément par plusieurs patients (particulièrement les plus âgés : H1, F5, H6).

Concernant la ponctualité, les situations différaient selon les cabinets. Les patients semblaient accepter les petits retards, et ne faisait pas de lien direct avec le fait que leurs médecins soient des femmes.

F1 : Alors depuis que je suis suivie par le Dr T. (médecin traitant), j'ai pas de... enfin, j'ai rarement attendu dans la salle d'attente, contrairement au médecin que je consultais avant. Euh, est-ce que c'est du fait que ce soit une femme, en tout cas, en termes d'organisation, euh, il n'y a rien à redire, je n'attends pas.

F4 : Il y a parfois du retard, et je suis… je pense qu'on tolère… […] J'espère toujours ne pas attendre des heures dans une salle d'attente et c'est pas le cas avec elle !

H3 : Oui, oh je suis pas au quart d'heure ni à la demi-heure près ! Mais l'associée, qui est aussi une femme, dans son cabinet, là vous avez rdv à 16h, vous passez avant 17h30, vous avez de la chance hein !

Un seul patient s'est plaint de retards réellement importants, dont les conséquences étaient une moindre disponibilité de son médecin durant la consultation. On peut noter qu'il s'agissait dans cette situation d'un médecin rural.

H6 : disponible, oui… à condition peut être, si elle sait qu'elle est en retard – moi j'ai attendu jusqu'à 2 heures avec elle ! 2 heures ! – bon alors là, il est bien évident que c'est plus pareil hein !

Concernant la durée des consultations, une partie des patients étaient satisfaits et trouvaient que leurs médecins prenaient le temps nécessaire.

F2 : elle prend pas non plus 1h, mais quand il faut prendre vraiment un peu plus que 30 min, eh bien elle le prend !

F3 : c'est bien, on sent pas qu'il faut faire vite pour prendre le patient d'après !

H5 : Des fois c'est très rapide, parce que il y a pas plus de… donc ça va assez vite ! Mais bon la dernière fois, il y avait un sujet un peu particulier et on a passé ¾ d'heure ensemble, quelque chose comme ça !

Les patients F5 et H6, regrettaient en revanche que les consultations auprès de leurs médecins respectifs soient trop rapides et leurs laissent peu de temps pour exposer leurs problèmes dans leur globalité.

F5 : Maintenant, les fois où je la vois, je note tout ce que je dois lui dire, parce que ça va tellement vite !

H6 : on arrivait avant à parler d'autre chose que de son cas… vous voyez ? […] Mais maintenant c'est difficile !

Pour le patient H6, cette situation l'amenait même à se restreindre et à ne pas oser poser toutes ses questions.

H6 : Donc, c'est pour ça, je vois un petit peu tous les gens qui sont derrière moi dans la salle d'attente… bon j'ose pas…

Toujours pour la patiente F5, cela n'avait pas de lien avec le fait que son médecin soit une femme.

F5 : le négatif, c'est pas le fait que ce soit homme ou femme, c'est pareil. C'est le fait d'avoir moins de temps…

Mais ces difficultés dans la gestion du temps étaient plutôt en lien avec une surcharge de travail due au manque de médecins.

F5 : Mais on peut pas faire autrement, mais je comprends ! Elle trime… elles étaient 2 auparavant, il y avait une personne qui est partie à la retraite, il y a 2 ans maintenant

H6 : Elle est un peu… elle et puis d'autres médecins, maintenant, si vous voulez, il y a pas assez de médecins, vous devez le savoir, et disons que les médecins généralistes sont très très très occupés !

h. Particularités féminines dans certains domaines médicaux

- **Domaine psychologique**

Pour certains des participants à l'étude (hommes et femmes), il était plus facile d'exprimer un mal-être ou une difficulté d'ordre psychologique auprès d'une femme. Les patientes F1 et F4 ont abordé ce domaine spontanément, pour les autres patients, la question a été clairement posée.

F1 : C'est vrai qu'on est dans une aisance, dans la présentation du mal-être ou des maux qu'on peut avoir aussi, face à une femme. […] je pense que je préfèrerai échanger avec une femme, en termes de sensibilité.

F4 : je crois toujours que ce qui a attrait à la psychologie c'est quand même toujours plus facile avec une femme !

IP : si vous aviez un peu des problèmes au moral, des soucis psychologiques, euh parler un petit peu de vous-même… vous auriez une préférence ?
H2 : Si, oui ! Ça oui, pour une femme.

- **Pédiatrie**

Une aisance particulière auprès des enfants était appréciée par les patients, sans pour autant qu'il y ait une réelle préférence pour un médecin femme, dans ce domaine.

F3 : Et puis pour les enfants, pour des petites filles, enfin, c'est vrai que, il y a le coté, des fois, douceur, - enfin avec la nôtre en tout cas - qu'on aimait bien.

F5 : j'avais apprécié sa façon d'être avec mes enfants et mes enfants l'appréciaient beaucoup !

Certains parents ont décrit une certaine affection de leurs enfants pour leurs médecins femme.

F2 : D'ailleurs, même (sa fille, 9 ans), elle me dit : « on va au médecin ! Oh, on va voir Mme N. (médecin traitant) ! » Elle est contente !

F4 : je voudrais dire que ma fille (3 ans) l'aime beaucoup aussi !

Le fait qu'une femme médecin ait elle-même des enfants était considéré comme un avantage.

H1 : Ah, oui, moi, je pense que la femme, ce serait encore très bien. Surtout si elle a des enfants ! Je dis : beaucoup mieux ! Pour les enfants !

F4 : Nan, là pour moi, j'apprécierai un médecin qui a des enfants

La présence de jeux et l'attention particulière à l'accueil de famille, étaient rapportés par la patiente F4.

F4 : elle a des jeux pour les enfants […] ça, ben, ça, ça veut dire que c'est un médecin qui ne te reproche pas de débarquer en famille ! tu vois, je sais que mes enfants sont occupés pendant la consultation à jouer par terre

- **Aspect social**

La question de la prise en charge sociale a été posée ouvertement lors du premier entretien. La patiente F1 pensait que la sensibilité d'une femme lui facilitait l'approche sociale.

F1 : L'aspect social, une femme aura peut-être plus de sensibilité qu'un homme sur l'aspect social.

Néanmoins, la façon de poser la question a pu orienter sa réponse. La question n'a donc plus été posée lors des entretiens suivants. Aucun patient ne l'a ensuite abordé spontanément.

i. Genre du médecin vs genre du patient

- **Médecin femme vs patiente femme**

Certaines femmes de notre étude se sentaient plus à l'aise dans une relation avec un médecin femme

F3 : Je pense que -voilà-, les femmes aiment bien les médecins femmes, je pense !

F4 : Moi, ça me met peut-être plus en confiance d'être auscultée par une femme, […] écoutée par une femme…

Elles trouvaient qu'il était plus facile d'aborder certains sujets entre femmes :

F1 : je trouve que en tant que patiente, là, on a plus de facilité à avoir un médecin femme pour certains cas médicaux.

F2 : je me sens mieux avec elle, parce que comme je vous ai dit : quand on est une femme, il y a des choses qu'on peut pas dire à un médecin -médecin homme-…

F4 : Moi, j'ai en face de moi une personne douce et attentionnée, qui peut être comprend aussi ma féminité …

- **Gynécologie**

Cela concernait en particulier les problèmes d'ordre gynécologique.

F1 : Tout ce qui va être gynécologie, tout ce qui va être un petit peu plus intime.

F2 : Pour moi, le plus important … voilà quand je vais à la gynéco, que ce soit un homme, c'est pas possible !

Le fait que le médecin femme puisse elle-même vivre ses situations, la rendait plus compréhensive.

F3 : elles peuvent être peut-être plus sensibles à des choses qu'elles ressentent elles même…

- **Pudeur**

Pour les femmes F1, F2 et F4 de notre échantillon, il était plus facile d'être examinée par une femme médecin.

F1 : Je pense que, voilà, elle examine comme elle doit examiner, du coup, non par rapport à la pudeur, j'ai jamais euh... pourtant je suis plutôt pudique, j'ai jamais eu de gène particulière en tout cas.
IP : Et est-ce que vous pensez que ça pourrait avoir un lien avec le fait que votre médecin généraliste est une femme ?
F1 : Ah oui, complètement ! Oui, oui, oui, tout à fait.

La réalisation des touchers intimes par une femme était également un avantage.

IP : Notamment si elle doit vous faire des touchers intimes -on a parlé gynécologie tout à l'heure- c'est quelque chose que vous acceptez ?
F1 : Oui, plus par une femme en effet. Je serai plus à l'aise, oui, tout à fait

F2 : moi j'aurai du mal à me faire consulter par un médecin homme si un jour j'ai des hémorroïdes.

Pour la patiente F5, il était néanmoins difficile de subir un examen plus intime, même par un médecin femme.

F5 : J'étais très gênée d'aller la voir et de montrer mon… mon derrière… m'adresser à Mme S (son médecin traitant) l'année dernière pour ça… j'étais hyper gênée… Est-ce que si ça avait été un homme ça aurait été la même chose… je sais pas !

Le fait d'expliquer les gestes et les moments de l'examen clinique était apprécié et permettait de rendre celui-ci moins gênant pour la patiente F2.

F2 : Quand elle ausculte, elle met à l'aise, et puis elle explique en même temps. […] C'est vrai que des fois, quand on va au médecin, on arrive, ils auscultent -qu'est-ce qu'il se passe- … on attend ! […] on ose pas trop demander des questions… tandis que elle, eh bé elle, elle explique.

Tandis que le professionnalisme de son médecin et le fait que celle-ci ne montre pas de gêne permettait de mettre à l'aise la patiente F4.

F4 : Le fait qu'elle soit pas gênée, ça met à l'aise ! Tu vois ? Il y a rien de pire qu'un médecin qui est gêné de nous mettre en sous-vêtements quoi ! Parce que là, du coup, on est encore plus gêné !!

- **Médecin femme vs patient homme**

Certains patients de notre étude (H1 et H4) ont expliqué une préférence nette pour la relation avec un médecin femme, du fait de leur douceur et de leur qualité d'écoute

H1 : Vous devez sentir que je suis pour les femmes !

H4 : les dames sont plus disposées […] à écouter les - comment dirai-je - les problèmes des hommes, que les hommes, écouter les problèmes des hommes !

Pour le patient H3, le fait de se trouver face à une femme le rendait plus aimable, ce qui impactait la relation en la rendant plus apaisée.

H3 : c'est un vieux coté macho, mais je serai peut-être plus aimable avec une femme qu'avec un homme… Voilà. Du coup la relation serait peut-être plus apaisée.

Le patient H1 évoquait quant à lui la possibilité d'un rapport de séduction entre un patient homme et une médecin femme. Aucun autre patient n'a abordé ce sujet.

H1 : En ce qui me concerne, du moment qu'il y a la confiance, y a pas d'arrière pensé de ma part ni rien du tout ! Vous comprenez ce que je veux dire ? Je parle de l'homme et

femme …

- **Urologie**

La prise en charge d'un problème urologique par leurs médecins traitants femme ne dérangeait certains des hommes interrogés.

IP : Pour tout ce qui serait un peu plus intime, urologique, tout ça… ça ne vous poserai pas de problème ?
H2 : Euh, non, non, non. Ni problème, ni confort.

Pour le patient H5, cela était dû à la qualité de la relation établie avec son médecin.

H5 : Voilà, si j'avais eu un homme, il n'y aurait eu aucun problème, euh… avec elle, il n'y en a pas eu non plus… peut être que si ça avait été une autre femme avec une relation un peu différente, j'aurai peut- être été gêné, et puis j'aurais pas été la voir, elle !

Tandis que le patient H6 évoquait le changement des mentalités.

H6 : Mais si vous voulez, il y a très longtemps, ça m'aurait gêné quand même… tel que j'étais, et puis peut-être avec les idées, les mentalités qu'on avait à l'époque, etc… d'aller voir […] une femme pour ça ! Mais là, non, non, non…

Le patient H3, en revanche, évoquait une très grande gêne quel que soit le sexe du médecin, à l'idée de consulter pour un problème urologique.

H3 : Ah, ça me poserait un énorme problème d'aller voir un médecin ! […] Homme ou femme. […] Alors, si vraiment, j'avais pas le choix… euh je lui dirai peut être ce que j'ai, mais je lui demanderai un courrier pour un spécialiste…

j. Comportement général des patients

Les patients étaient attachés à la notion de suivi médical, incluant par exemple le dépistage pour la patiente F4, mais celui-ci était pour eux occasionnel.

F4 : Je vais pas souvent chez le médecin, et donc cette maladie pour laquelle je viens est l'occasion peut être de détecter autre chose.

F5 : Actuellement, bon j'la vois vraiment si j'ai un problème

H2 : Je vais pas très souvent chez le médecin

Les consultations pouvaient d'ailleurs être vécues comme une obligation, voire une contrainte.

H1 : Moi, si vous voulez, quand je vais voir A. (nom du médecin traitant actuel) ou un médecin, j'y vais pas par plaisir !

H3 : Vous retirez « quand j'ai un pépin de santé » et vous remplacez par « quand j'ai VRAIMENT besoin de voir un médecin » !

Enfin, sans que ce soit forcément un acte délibéré ou conscient, plusieurs patients ont finalement expliqué consulter plutôt auprès de médecins femmes, généralistes ou spécialistes.

F1 : spontanément, euh, bah quand je recherche un médecin, oui, je vais consulter des femmes, effectivement.

F3 : les 3 derniers médecins, j'vais dire, ont été des médecins femmes…

F5 : justement depuis 4 ans je vois pas mal de femmes spécialistes…

H3 : il y a très longtemps que j'ai pas vu un médecin homme…

<u>Pour résumer :</u> La relation avec un médecin traitant féminin était jugée de qualité par les patients, et reposait sur la confiance, même si celle-ci pouvait être limitée par une erreur médicale par exemple. Les participants plébiscitaient la personnalité de leurs médecins, à travers des qualités dites « féminines » comme la douceur. Le peu de temps à accorder aux patients était le point le plus négatif, selon les enquêtés, mais cela relevait pour eux du manque de médecin et non pas du sexe de celui-ci.

Les avantages perçus étaient une plus grande écoute, un médecin moins ancré dans les habitudes, avec des qualités de communication, mais surtout d'empathie. D'autre part, certains sujets, comme les problèmes psychologiques ou gynécologiques pour les femmes, étaient plus faciles à aborder avec un médecin femme.

Au titre des inconvénients, une plus faible disponibilité liée au contraintes familiales étaient évoquée, mais les patients semblaient être compréhensifs vis-à-vis de ces contraintes. Enfin, chez les patients masculins, une gêne à l'évocation de problèmes sexuels ou urologiques était contrebalancée par la qualité de la relation de soins établie.

2.5.2. Qualité de la relation médecin-patient.

Au cours des entretiens, les patients ont évoqué de façon générale ce qu'ils attendaient de leur relation avec un médecin. Cela n'était pas spécifique au sexe du médecin, ni à une spécialité en particulier.

a. Déterminants de la relation médecin-patient

- **Une bonne entente avec le médecin, facilitée par des expériences communes**

La constitution du duo médecin-patient nécessite une bonne entente entre les 2 parties. La notion de *good feeling* a été exprimée par plusieurs patients.

F5 : ce qui est important […] voilà, qu'il se passe quelque chose entre nous…

F2 : Donc euh, moi, pour moi la relation c'est important, quand on s'entend bien avec le médecin traitant, on se sent en confiance quoi… Avec N. (nom du médecin traitant actuel), ça a accroché !

Cette entente pouvait s'appuyer sur le partage d'expériences communes ou de points communs.

H1 : Elle était de chez nous, de P. (lieu), à coté !

H2 : Mme B. a des enfants que je connais bien, que j'ai connus au lycée

H6 : avec lui, si vous voulez, on était du même âge, et on arrivait… on pouvait parler entre autres, quand il avait le temps, du côté technique des choses, etc… bâtiments, tout ça… bricolage, etc…

F5 : j'avais apprécié cette personne que j'avais rencontré à l'école… mon dernier et son ainé avaient le même âge…

Cette relation, parfois amicale, pourrait cependant parfois présenter un risque pour la confidentialité.

F4 : et puis aussi parce que en fait on confie des choses. [...] le coté secret médical, quoi!

- **La confiance comme pilier de la relation médecin-patient**

Pour les patients, cette relation est basée sur la confiance. Celle-ci doit être réciproque et repose notamment sur le secret médical.

F1 : bah c'est dès le point de départ, pour moi, le centre de tout ça c'est la confiance

H5 : il faut qu'il y ait la confiance entre les 2 personnes pour que ça marche bien en fait !

F4 : j'ai besoin de cette relation de confiance où on sait que… euh ce qu'on dit là, le coté secret médical, quoi !

Dans l'établissement de cette relation de confiance, la responsabilité du médecin, à travers la confidentialité, et du patient, à travers l'honnêteté, ont été évoquées par le patient H2.

H2 : j'imagine que ce qui pourrait desservir (la relation), c'est euh… bah si par exemple le médecin est membre de la famille du patient… parce que du coup, la confidentialité, bah… c'est un peu tout mêlé quoi ! […] Si le patient n'est pas honnête vis-à-vis de son hygiène de vie

- **Qualité de l'accueil**

Le fait d'être accueilli par le médecin, de façon chaleureuse et polie, était apprécié. Cette phase d'accueil était aussi l'occasion d'entretenir une courte conversation sociale, avant de commencer la consultation.

F3 : je pense que si le médecin, tout simplement, va demander comment ça va heu… voilà des petites questions sur la famille pendant 1 ou 2 minutes peut-être, même avant la consultation, bah ça, ça me plait ! Que le médecin en fait nous connaisse un peu !

F4 : Bah j'aime le coté, peut être le coté chaleureux, quand elle m'appelle par « Bonjour Madame (avec son nom) » […] Elle va me mettre à l'aise parce qu'elle va me - j'sais pas - me proposer de m'installer pour que je sois bien quoi !

- **Une prise en charge « humaine »**

Les patients étaient attentifs à une prise en charge humaine, ou le patient n'est pas considéré comme un « cas » ou comme un numéro.

F4 : Que si on est pris comme une machine, comme un numéro, je trouve que ça rend la médecine déjà très inhumaine, et puis ça ne permet pas de s'ouvrir au médecin et de lui donner les clés quoi ! Pour qu'il puisse bien nous soigner !

Le patient H1 a notamment relaté une expérience désagréable, où il ne s'était pas senti considéré au-delà de ses ordonnances.

H1 : Cet homme, en fin de compte, il a regardé mes ordonnances, que j'avais de l'autre, et puis il a pas cherché à comprendre du tout : il a refait la même chose ! Et si vous voulez, j'ai un peu parlé, et au bout d'un moment, j'ai vu que c'était pas la peine que je discute !

Au titre de cette prise en charge humaine, un médecin empathique était apprécié, et l'importance du recul émotionnel était souligné par la patiente F4

F4 : j'attends un médecin […] qui sait prendre du recul sur ce que je lui dis

- **Une bonne connaissance du patient et de son état de santé**

La connaissance du patient et de son dossier médical était attendue du médecin.

IP : si moi, je vous dis la formulation « relation médecin-patient », qu'est-ce que ça vous évoque ?
H2 : Euh, la relation médecin-patient… […] Euh… la santé, évidemment. Euh… ouais, la connaissance approfondie de l'état de santé du patient, et puis de ses antécédents… voilà.

IP : Qu'est ce qui pourrait t'inspirer confiance par exemple dans cette relation ?

F4 : Que mon médecin se rappelle de moi, et de mon dossier, d'une fois sur l'autre par exemple.

- **Le médecin à l'écoute du patient**

Les patients, homme ou femme, souhaitaient que leurs médecins disposent d'une grande qualité d'écoute.

F1 : je pense que si on n'est pas à l'aise avec son médecin, […] et que on sent pas une écoute.... ça peut pas fonctionner, je pense.

H1 : Quand on est médecin, […] on doit être à l'écoute

L'attitude et le comportement du médecin devait aussi signifier l'intérêt du médecin pour son patient et le discours de celui-ci. L'attitude inverse d'une remplaçante avait été par exemple très mal perçue par la patiente F2.

F2 : Elle était sur son portable, elle me parlait, et elle était sur son portable. […] Et à un moment, je lui ai dit : je me suis sentie un peu -comment dire- pas… pas en consultation quoi ! […] Parce que moi, pour moi, un médecin qui est sur son téléphone au lieu d'écouter le patient, pour moi, c'est pas un médecin !

- **Compétence et efficacité du médecin**

La qualité de la prise en charge dans les diagnostics et dans le suivi, ainsi le professionnalisme du médecin, faisaient partie des éléments nécessaires pour une relation de confiance.

F1 : Face à un médecin, on attend un bon diagnostic, euh, et un suivi, euh un suivi de précision.

H4 : Chaque métier, quand on est vraiment dans un métier, on doit être un pro de son métier!

H5 : Voilà, ce que je recherche avant tout, voilà, c'est la compétence, et que la personne soit en mesure d'apporter des réponses aux questions qu'on peut avoir !

- **Disponibilité**

La disponibilité du médecin, et le fait de prendre du temps avec le malade semblait compter pour établir une relation de qualité.

H1 : Moi, j'ai un cardiologue, si je dois rester heu… je sais pas 20 minutes, bah je vais rester 20 minutes, mais si je dois rester une heure, il va me prendre une heure !

IP : Est-ce que vous pourriez me dire quelles sont vos attentes envers votre médecin traitant ?

H5 : […] la disponibilité.

La patiente F4 faisait remarquer qu'au-delà de la durée de la consultation, c'était surtout l'attention du médecin qui était importante.

F4 : Le temps n'est pas toujours une question de durée ! […] Donc le temps, oui : il faut un minimum de temps pour pouvoir soigner selon moi, ou en tout cas, diagnostiquer, etc. Et puis aussi, pas que le temps, mais… euh… le comportement de mon médecin ! Justement, ça peut être rapide, mais s'il est attentionné…

b. Liens entre la qualité de la relation médecin-patient et la qualité des soins

Plusieurs patients ont établi un lien entre la qualité de la relation et la qualité des soins, soit spontanément, soit lorsque la question leur a été posée.

Le fait d'avoir une bonne relation avec le médecin facilitait l'accès aux soins, et incitait à une meilleure observance, pour le patient H3.

H3 : comme je sais que ça se passe bien, j'hésiterai peut-être moins à aller la voir en cas de besoin. C'est-à-dire, le seuil de consultation pourrait être abaissé. […] Et puis, j'aurai plus tendance à faire ce qu'elle me dit !

D'autre part, la parole était plus libre et plus facile lorsque la relation était de qualité, ce qui permettait une meilleure prise en charge.

H5 : effectivement si j'étais pas à l'aise avec elle, il pourrait y avoir des sujets que je ne pourrais pas évoquer !

F4 : Que si on est pris comme une machine, comme un numéro, je trouve que ça rend la médecine déjà très inhumaine et puis ça ne permet pas de s'ouvrir au médecin et de lui donner les clés quoi ! Pour qu'il puisse bien nous soigner !

Pour la patiente F2, une relation de partenariat, où l'avis du patient compte, permettait d'améliorer la prise en charge.

F2 : parce que elle demande notre avis ! Donc, je pense que c'est pour aller, pour euh… justement faire au mieux !

Enfin, la patiente F5 témoignait qu'une relation de confiance permettait au patient d'aller mieux, voire de guérir.

IP : est ce que ça peut avoir des implications sur la qualité des soins qu'elle vous donne ?
F5 : Ah oui, oui, tout à fait ! Ça aide ! Ça aide le patient à aller vers… vers le mieux et à… à la guérison en fait !

<u>Pour résumer :</u> Les patients interrogés donnaient de l'importance à la relation médecin-patient, et l'associaient à une meilleure qualité de la prise en charge.

La qualité de la relation médecin-patient repose pour eux sur une bonne entente entre les deux protagonistes, et se base avant tout sur la confiance réciproque. Celle-ci nécessite le respect du secret médical de la part du médecin, et l'honnêteté du patient. Un accueil personnalisé, avec une éventuelle dimension sociale est appréciée, et participe à la prise en charge « humaine » attendue par les patients. Le fait d'être connu de leurs médecins, au travers de leur dossier médical notamment, était important. Ils apprécient l'efficacité et les compétences médicales du médecin, mais attendent également qu'il soit à l'écoute et qu'il leurs manifeste son intérêt. La disponibilité, l'attention et le temps accordés au patient font aussi partie des critères de qualité de cette relation.

2.5.3. Place centrale du médecin traitant

La place du médecin traitant a été abordée spontanément à de nombreuses reprises, et avec force, par les patients interrogés.

a. Aspect réglementaire

Les patients F5 et H3 ont évoqué l'aspect règlementaire, voire obligatoire, de la déclaration d'un médecin traitant auprès de la sécurité sociale, ce qui semblait minimiser son rôle relationnel, ou du moins le rendre imposé.

F5 : et finalement à un moment, il a fallu avoir un médecin référent, parce qu'en fait c'était mon mari qui était mon médecin généraliste, quoi ! […] Mais il fallait vraiment une adresse, et donc je lui ai demandé si elle acceptait, et voilà…

H3 : C'est un truc à déclarer obligatoirement à la sécurité sociale…

b. Médecin de 1er recours

Le patient H3 relevait également la position de premier recours du médecin traitant.

H3 : Et je dirai que c'est le médecin que je vais voir en première intention quand j'ai un pépin de santé.

c. Notion de « médecin de famille »

Plusieurs patients ont formulé l'importance de la place du médecin traitant en tant que « médecin de famille ». Ce terme signifiait, en fonction des participants à l'étude, le fait que le médecin connaisse le patient dans sa globalité et dans la durée, qu'il prenne en charge aussi la famille du patient, ou qu'il soit particulièrement disponible.

F1 : Moi j'ai la chance comme je suis sur Y0. (lieu), et c'est un médecin de famille, donc moi j'essaie principalement d'aller consulter Dr T. (médecin traitant)

F2 : […] c'était que on voulait vraiment que ce soit un médecin de famille. C'est-à-dire que, moi, pas un médecin, ma fille un autre médecin, mon mari pareil et voilà… donc du coup, non ! On voulait que ce soit vraiment notre médecin !

H1 : Parce que c'est vrai que, si vous voulez, moi, j'ai connu -enfin, vu mon âge- j'ai connu le médecin de famille, moi j'ai connu tout ça ! Le mec, jour et nuit quoi !

d. Prise en charge globale, et centrée sur le patient

Le rôle particulier du médecin traitant a été un sujet central lors de l'entretien de la patiente F4. Il était attendu de lui une prise en charge globale, prenant en compte les aspects somatiques et psychologiques, le contexte et l'environnement.

F4 : J'vais pas voir n'importe quel médecin comme un médecin traitant ! J'attends vraiment de ce médecin… plus de liens […] Ce médecin fait des liens entre nos maux aussi moraux, ce qui se passe au travail… avec ce qui nous arrive au niveau physique.

e. Choix du médecin traitant

Au cours des entretiens, nous avons posé la question de l'importance du genre du soignant dans le choix de leur médecin traitant. Les patients y ont répondu et ont d'autre part expliqué spontanément les autres raisons qui les avaient poussés à faire leur choix. Tous n'y accordaient pas la même importance, mais ce choix n'était pas fait au hasard. La patiente F2 a notamment fait part de ses difficultés pour trouver un médecin traitant qui lui convienne.

F2 : Moi, j'ai essayé plusieurs médecins traitants […] 'fin c'est très difficile de trouver vraiment son médecin traitant…

- **Place du sexe féminin**

Pour les patients H1 et H2, le sexe féminin était un critère explicite dans le choix de leur médecin traitant.

H1 : […] j'ai voulu rester avec une femme (ndlr médecin traitant) !

IP : Au final, est ce que vous pensez que le sexe féminin de votre médecin, ça a pu être un critère ou un frein dans le choix de votre médecin traitant ?
H2 : Ouais, un critère.

Pour deux patientes (F1 et F2), cet élément ne faisait pas clairement partie des critères, mais pouvait influencer leur choix de façon plus ou moins consciente.

IP : […] si vous deviez refaire un choix, le sexe du médecin aurait de l'importance ?
F1 : […] inconsciemment, je pense que oui, parce que je réfléchis sur des situations où j'ai dû consulter d'autres médecins - sur des cas d'urgence, vous voyez, il faut consulter de suite - et spontanément, euh, bah quand je recherche un médecin, oui, je vais consulter des femmes, effectivement.

F4 : Si j'ai un médecin traitant qui a la façon d'exercer la médecine qui me convient et que c'est un homme, ce serait pas rédhibitoire, mais j'aurai tendance entre 2 médecins, à choisir la femme.

Au contraire, pour la patiente F5, le fait que son médecin traitant soit une femme, avait été vécu initialement plutôt comme un frein, sans que cela ne contrarie son choix, motivé par d'autres raisons.

F5 : Au départ, je me suis dit, c'est un peu bizarre en effet que ce soit une femme. Tout à fait au départ… […] mais c'est vrai que j'aurais pas été spontanément vers une femme ! Mais plutôt vers un homme !

Néanmoins, pour une part importante des patients, le genre du médecin ne faisait pas partie des éléments pris en compte dans leur choix.

F2 : Moi, un médecin, c'est un médecin : qu'il soit homme ou femme… Pour peu qu'on se sente bien… comme j'ai dit, en confiance.

F3 : Non, j'pense qu'on m'aurait indiqué un homme, euh, je serai allée voir… j'serai allée voir cet homme.

H5 : j'avais déjà eu d'autres médecins traitants dans les zones où j'habitais avant, et ça avait été indifféremment soit des hommes, soit des femmes !

- **Proximité**

Certains patients ont évoqué des raisons géographiques pour expliquer le choix de leurs médecins traitants. Ils étaient attentifs à la proximité du cabinet et de leur domicile.

H3 : C'était le médecin qui était au bout de la rue.

H4 : j'ai dit « bon bah, c'est bête, elle, elle est sur X0 (lieu, domicile du patient), pourquoi je vais toujours à Y13 (lieu)… »

H5 : Mon critère de choix, c'était la proximité du domicile

- **Recommandations**

Les patients F2, F3 et H4 se sont fiés aux recommandations de leur entourage.

F2 : déjà c'était mon ami, […] qui était allé la voir pour un problème bronchique. […] lui l'avait trouvé bien, elle consultait super bien… du coup, ma fille y est allée, et pareil, ma fille euh… à ça pour ça, elle était absolument contente…

F3 : […] j'ai pris cette médecin parce que mes voisins me l'ont indiquée, donc je suis allée au plus facile, j'ai pas cherché… […] plutôt que d'aller au hasard !

- **Succession du précédent médecin traitant**

Les patients F1, H3 et H6 ont poursuivi leur prise en charge avec le successeur de leur médecin traitant parti en retraite.

F1 : Non, en fait, c'est un peu un hasard : j'avais un médecin de famille qui était un homme, et puis c'est le Dr B. qui a repris le cabinet.

H3 : Bon j'ai pris celle-là, et quand elle est partie en retraite, j'ai hésité justement à prendre celui que j'avais vu en … pour la pneumonie là… […] Et puis je me suis dit, bon après tout, autant continuer avec la remplaçante.

H6 : […] mais, si vous voulez, quand il est parti, il m'a dit « bon, maintenant, tu… ce sera une femme ! » Voilà ! Et j'ai dit « Pourquoi pas !? »

- **Disponibilité**

Le patient H5 a évoqué la disponibilité de son médecin traitant pour justifier son choix.

H5 : Et il a fallu que j'aille voir un médecin, et c'était le médecin qui été disponible à ce moment-là !

- **Exercice particulier**

Une seule patiente a expliqué rechercher un médecin pratiquant un exercice particulier (homéopathe).

F5 : En fait, elle est allopathe et homéopathe, ce qui m'intéresse également !

<u>Pour résumer :</u> Le médecin traitant tient une place particulière pour les patients, malgré son caractère obligatoire. Médecin de 1er recours, sa spécificité repose sur sa prise en charge globale, centrée sur le patient, et sur son rôle de « médecin famille ».

Le choix du médecin traitant n'est pas fait au hasard. Il repose sur des recommandations, une recherche de proximité, d'un exercice particulier ou de disponibilité. La succession d'un précédent médecin peut aussi être la source de ce choix. Le sexe du médecin a également son importance pour certains patients, comme réel critère de choix, ou de façon plus inconsciente.

2.5.4. Ressenti général sur la féminisation des médecins généralistes.

a. Constatation du phénomène.

La part croissante des femmes parmi les médecins généralistes était observée par les patients, en particuliers au sein des cabinets qu'ils fréquentent.

F2 : […] même j'ai vu plus de femmes ou que d'hommes à la maison de santé !

H4 : c'est vrai que avant, c'était plutôt des hommes, surtout dans les campagnes…et maintenant, il y a plus de femmes…

H6 : quand j'étais beaucoup plus jeune, c'était surtout des médecins hommes ! […] Et le cabinet où je vais, et bien écoutez sur 5 médecins […] il y a 4 femmes ! Voilà ! Et c'est vrai que, honnêtement, pour quelqu'un de ma génération, c'est vraiment un changement !

Ce phénomène était même surestimé par la patiente F1.

F1 : J'aurai imaginé qu'il y avait déjà la parité, voire l'inverse en fait !

b. La féminisation de la médecine générale intégrée dans une féminisation professionnelle plus globale.

Cette évolution de la médecine générale a été rapprochée de la féminisation d'autres métiers.

F3 : j'vais dire que la féminisation de la médecine, ça va au même titre que la féminisation d'autres métiers, […] quand on regarde l'ensemble des métiers, ça se passe dans beaucoup d'autres aussi !

H3 : Alors, on a le même problème chez les vétérinaires, hein, parce que 70% des élèves des écoles vétérinaires sont des femmes…

H6 : Je vais vous dire franchement, ça, je suis pas trop étonné, parce que je crois qu'à l'hôpital c'était, moi je vous dis, 75-80% de soignants (sous-entendu féminins). Il y avait des infirmiers, mais c'était surtout des infirmières !

c. Vision positive

Cette évolution était vécue de façon positive par les patients.

F1 : […] je trouve ça bien qu'il y en ait de plus en plus !

F2 : moi je trouve que c'est bien !

H5 : Si ça se féminise, tant mieux !

Pour le patient H4, les femmes médecins contribuaient à lutter contre les déserts médicaux.

H4 : Alors moi, ça ne me pose pas de problème que cette pénurie soit - comment dirais-je – remplacée par des femmes !

Le manque de médecins dans certains territoires était d'ailleurs au cœur des préoccupations des patients ruraux, rendant la question de la féminisation secondaire.

F2 : Euh que ce soit homme ou femme, euh, moi je… au contraire, hein ! Comme j'vous dis on manque de médecin, on va pas faire… on va pas être difficile quoi !

d. Craintes exprimées

La surreprésentation de femmes parmi les médecins généralistes, et donc la « raréfaction » de médecins généralistes masculins, pouvait représenter un risque pour les patientes F3 et F4.

F3 : faudrait pas non plus qu'il y ait que des femmes médecins, parce que, peut-être, les hommes, ils préfèrent être soignés par des hommes aussi !

F4 : c'est que je pense que c'est un métier qui a aussi besoin d'hommes, parce qu'ils n'exerceront pas de la même façon et je pense que c'est une perte si il y a moins d'hommes qui exercent la médecine !

Le patient H3 a, quant à lui, exprimé des réserves sur les conséquences de la féminisation sur l'accès aux soins et sur la démographie médicale, notamment dans les zones rurales. Cela était pour lui, lié à la situation familiale des femmes, en particulier, à l'emploi de leurs conjoints.

H3 : […] Et ensuite alors, sur un problème de lutte contre les déserts médicaux, c'est encore plus important parce que, en général, les femmes médecins sont mariées …. Sont mariées ou en couple avec des hommes qui sont souvent eux-mêmes diplômés de

l'enseignement supérieur, qui cherchent un boulot, et quand vous aller à M (lieu), il y a rien ! Il y a rien, quand vous allez en campagne, il n'y a rien… comme métier.

e. Primauté de la personnalité du médecin par rapport à son genre

Lors de presque tous les entretiens, les patients ont cherché à nuancer une éventuelle influence du sexe du médecin sur son exercice, et en particulier sur la relation de soins, en mettant en avant la personnalité du médecin. L'importance de celle-ci primait sur le reste.

F1 : voilà, je vais voir mon médecin en qui j'ai confiance, et quelque part, c'est la personne aussi qui va faire le reste.

F3 : Bon après c'est pareil, ça tient à la personnalité du médecin qu'on voit hein ! Le fait que ce soit une femme…

F4 : J'aurai tendance à dire qu'un homme fait ça plus facilement, mais je pense que c'est plus une question de caractère que… que de femme ou homme.

F5 : Je crois qu'on peut aussi discuter avec certains hommes hein ! Les femmes sont… 'fin ça dépend de l'humanité du médecin !

H2 : Je pense pas qu'un médecin homme ou qu'un médecin femme ait des qualités…. 'fin c'est plutôt l'individu qui fait les qualités et pas le sexe.

H5 : Il y a des personnes qui sont plus à l'écoute que d'autres, plus ouverts que d'autres mais que ce soit un homme ou une femme, donc euh… […] Après ça dépend, ça va dépendre - je pense hein! - de la personne qu'on a en face, quel que soit son sexe.

<u>Pour résumer :</u> Au-delà de notre étude, les patients avaient constaté – parfois à une échelle très locale – la féminisation de la médecine générale. Cela n'était pas forcément un sujet pour eux, mais ils y voyaient une évolution positive, s'inscrivant dans une féminisation plus globale. Certaines craintes étaient cependant rapportées, sur l'accès aux soins et sur la diminution de médecins généralistes hommes, apportant eux aussi leurs spécificités. Quoiqu'il en soit, la personnalité du médecin revêtait, pour eux, plus d'importance que son genre.

3. Discussion

3.1. Méthode : des forces et des limites

Les choix que nous avons fait dans la préparation et la conduite de cette étude nous ont paru les plus appropriés, mais certains ont pu induire des biais, lors des différentes étapes, limitant sa

validité interne. Cette étude a été pour nous l'occasion d'un apprentissage, sans prétention de perfection, et qui mérite donc d'être discutée et critiquée.

- **Population étudiée**

Afin d'apporter une réponse à notre question de recherche, nous avons choisi de restreindre la population de l'étude aux patients ayant déclaré un médecin traitant féminin. Cela différenciait notre travail des thèses de Caroline Tirilly [10], de Vélanie Mallet [8], et d'Emmanuelle Videcoq [9], qui regroupaient les ressentis de patients de médecins généralistes, hommes ou femmes, sur la féminisation de cette profession. Pour notre part, nous avons considéré que l'étude de la relation médecin-patient - ici auprès d'un médecin traitant féminin - nécessitait un vrai lien établi, et ne pouvait se contenter d'opinions de patients ne vivant pas eux-mêmes cette relation.

- **Recrutement et caractéristiques de l'échantillon**

Pour cette étude qualitative, la représentativité de l'échantillon n'était pas recherchée, puisque les résultats d'une telle étude ne sont pas généralisables, ni quantitativement significatifs. En revanche nous désirions un panel hétérogène, dit « en variation maximale ».

Le recrutement des patients, en utilisant 3 types d'intermédiaires différents (médecins traitants, autres professionnels de santé, milieu associatif) a permis de limiter un éventuel biais de sélection et de garantir l'hétérogénéité de l'échantillon. En effet, on peut supposer que les médecins sollicités ont proposé des patients avec qui ils entretiennent plutôt une bonne relation. Les patients recrutés par les autres biais ont permis d'apporter plus de diversité : N'étant pas « envoyés » par leurs médecins, ils disposaient peut-être d'une plus grande liberté de parole.

D'autre part, la maitrise de certains paramètres, tels que le sexe, l'âge, la catégorie socio-professionnelle, et la zone de résidence, participait aussi à obtenir cette hétérogénéité. Nous avons ainsi tenu compte des zones d'installation des médecins (urbaines/ semi-rurales/ rurales). La définition arbitraire, qui en a été faite, est critiquable, mais le zonage en aires urbaines, utilisé par l'INSEE depuis 2011, ne nous a pas semblé adapté à notre travail car trop complexe.

D'autre part, nous n'avons pas pris en compte le taux de féminisation dans les cantons concernés et les zones les moins féminisées du département (Sud-Médoc) n'étaient pas représenté dans notre échantillon. On peut supposer que la part, plus ou moins grande, de femmes médecins installées sur un territoire, influe sur les opinions et le comportement des patients de ce territoire, vis-à-vis de la féminisation de la médecine générale. A posteriori, nous

pensons qu'il aurait été judicieux d'intégrer ce paramètre, même si cela aurait compliqué encore un peu plus le recrutement.

Enfin, dans notre échantillon, aucun patient ne bénéficiait de visite à domicile de la part de son médecin. Il n'a donc pas été possible de recueillir leur témoignage sur ce point. Pourtant, sachant que les femmes médecins réalisent moins de visites que leurs confrères masculins [45], il aurait été intéressant d'inclure ce sujet à notre travail.

- **Mode de recueil : Entretiens téléphoniques**

La réalisation d'entretiens téléphoniques, et non en face à face, s'est imposée du fait de la distance géographique entre les participants, en Gironde, et la thésarde, résidant en Polynésie Française au moment de l'étude. Cette méthode n'est cependant pas celle recommandée [52] car elle implique une perte d'information (notamment les données non verbales) qui pourrait compromettre la contextualisation et l'interprétation des données [53]. D'autre part, les aléas techniques, inerrant à l'usage du téléphone ou des communications par internet, sont également à mentionner. Les coupures de sons ou de réseau, en particulier dans le cas d'appels longue distance, comme cela était notre cas, ont entravé la fluidité de certains entretiens.

Il faut cependant noter que, malgré ces inconvénients, l'usage du téléphone pour réaliser les entretiens, rend l'exercice plus détendu pour les répondants, facilite la discussion autour de sujets sensibles ou intimes et participe à libérer la parole [53]. L'entretien en face à face étant au contraire plus intimidant pour le patient interrogé.

- **Mode de recueil : entretiens individuels semi-dirigés**

Le recueil des données qualitatives via des entretiens semi-dirigés individuels nous a paru adapté au sujet exploré. L'entretien individuel, plutôt que le focus group, rendait l'évocation du ressenti ou d'expériences personnelles, parfois intime, plus facile.

La forme semi-dirigée nous permettait de donner un cadre à l'entretien sans pour autant le contraindre, d'aborder les thèmes qui nous intéressaient tout en préservant la spontanéité des propos. Cette spontanéité était recherchée car elle augmentait la validité des données recueillies [50], [51].

Le guide de l'entretien a d'ailleurs été élaboré dans cet esprit, en rédigeant des questions volontairement larges afin de laisser au participant toute la latitude possible dans sa réponse. Cela a parfois nécessité des précisions lorsque le patient ne comprenait pas le sens de la

question. Les exemples donnés pour clarifier la question ont pu orienter les réponses et induire un biais d'information. Cela était probablement dû à l'inexpérience de la thésarde dans la conduite des entretiens, bien qu'une certaine aisance de soit installée au fur et à mesure des interviews, limitant les interventions ou les exemples trop orientés dans les derniers entretiens.

- **Investigatrice principale**

D'autre part, pour le sujet de notre étude abordant la question de la féminisation, le sexe féminin de la thésarde, effectuant les entretiens, a également pu être problématique. L'hypothèse d'opinions favorables, voire partisanes, de l'enquêtrice a pu orienter ou refreiner les propos des participants, pour ne pas aller contre nos idéologies supposées. Pour essayer de contrer ce biais, nous avons tenté d'être le plus neutre possible dans la conduite de l'entretien, mais avons conscience que cela n'a pas forcément toujours été le cas.

- **Analyse des données**

L'analyse des données a été faite selon la méthode de la théorisation ancrée. L'usage du logiciel N Vivo a permis de faciliter ce processus, d'être systématique et d'éviter la perte d'information. Une triangulation a d'autre part été réalisée, afin d'augmenter la validité interne de notre étude. Les deux codages ont été homogènes, ce qui a permis de renforcer l'analyse. Cependant, par manque de temps, cette triangulation n'a pas eu lieu pour l'ensemble des entretiens, mais pour 6 d'entre eux seulement.

3.2. Discussion autour des résultats

3.2.1. Une relation médecin-patient de qualité

En se basant sur la satisfaction des patients, la durabilité de la relation (9,5 ans en moyenne) et la fidélité des patients pour leur médecin traitant, on peut donc dire que la relation de soin de nos enquêtés, auprès de médecins généralistes femmes, est de qualité. Le genre du médecin n'est pas un élément anodin pour les patients que nous avons interrogés, car, sans que ce soit forcément un critère déterminant dans le choix de leur médecin traitant, ils en perçoivent des avantages et s'accommodent des inconvénients.

3.2.2. Avantages de la relation avec un médecin femme.

- **Une meilleure écoute pour aller vers un partenariat ?**

Dans notre enquête, la relation avec un médecin femme est associée à une meilleure écoute de la part du médecin, et à des facilités de communication. Cette hypothèse est corroborée par d'autres études : Une revue de la littérature, intégrant notamment 31 essais cliniques randomisés, associait ainsi le genre féminin du médecin, à une meilleure écoute thérapeutique [54].

La qualité de cette écoute pourrait reposer, non seulement sur le temps qui y est consacré, mais aussi sur l'aspect non verbal et sur l'attitude du médecin. Le fait de regarder le patient permettrait, par exemple, de lui témoigner son intérêt et de transformer l'écoute en écoute active, « faisant ainsi parler » plus aisément le malade.

D'autre part, on peut noter que contrairement aux patients des focus group de l'enquête de Marie-Cécile Dedianne [11], aucun patient de notre étude n'a évoqué d'interruptions et de coupures de parole comme freins ou limites à cette écoute. Cela pourrait peut-être participer à la qualité de l'écoute décrite par les patients de médecins féminins.

Cette écoute qui semble quantitative et qualitative, correspond, en tout cas, aux attentes des patients dans le domaine de la relation de soin, telles qu'elles nous ont été formulées, ou telles qu'elles ont été mises en lumière dans d'autres enquêtes [8], [9], [10], [11], [12]. Elle s'inscrit dans une relation participative, où la seule parole qui compte n'est plus uniquement celle du médecin, et où le déséquilibre entre un médecin sachant et tout puissant, et son patient ignorant, s'estompe pour que chacun se mette à l'écoute de l'autre. Se sachant écouté et considéré, le patient peut alors faire part de ses préférences et s'impliquer dans une décision partagée. Cette implication du patient, inséparable de l'écoute qui lui est portée, semble, elle aussi, plus naturelle chez les femmes médecins, comme l'étaye une méta-analyse de 26 études déjà citée [48].

- **Une prise en charge centrée sur le patient, pour une médecine humaine**

Une prise en charge personnalisée, à travers une activité féminine dite moins mécanique et moins ancrée dans des habitudes, était aussi perçue comme un avantage par les participants. Cela peut être rapproché de l'attente très prégnante d'une médecine à visage humain, et de l'importance, pour les participants à notre étude, de connaitre et d'être connu de leurs médecins. Cette attente était d'ailleurs confirmée par l'étude de l'IRDES de 2011 sur les préoccupations des usagers de la médecine générale [12].

- **Des médecins empathiques, facilitant l'abord des questions psychosociales et des enfants**

Pour les patients interrogés, l'empathie était une disposition plus féminine. Cette dimension était rapportée au travers de l'écoute, du soutient, du réconfort, de la réassurance, de l'intérêt pour l'aspect psychosomatique, qui semblaient plus naturels chez les femmes. On approche là, le concept du CARE anglo-saxon [55] qui différencie l'attitude du « guérir » technique de celle du « prendre soin de ». Les qualités dites « féminines » des médecins, telles que la douceur, la sérénité, le calme, pourraient aussi participer à la construction d'un climat propice à une relation empathique.

Ces qualités et dispositions expliquent probablement les préférences des patients interrogés (hommes et femmes) pour un médecin femme dans le domaine psycho-social, où le CARE revêt une importance particulière.

De même, en ce qui concerne la pédiatrie : plus que les compétences techniques et biomédicales, la prise en charge empathique, parfois maternante, constitue un avantage certain dans la relation à l'enfant. Une étude américaine, publiée en 2014, montrait ainsi une différence dans la façon dont les pédiatres femmes interagissaient avec les petits patients et leur famille : elles leurs accordaient plus de temps, abordaient davantage de sujets sociaux, fournissaient plus d'encouragements et de réconfort, et étaient plus susceptibles de recueillir les informations auprès des enfants eux-mêmes. [56] Dans cette étude, les parents interrogés – souvent des mères – préféraient les pédiatres femmes. Une autre étude s'est intéressée aux enfants, qui eux aussi étaient plus nombreux à préférer être pris en charge par une femme (38% contre 8% qui préféraient un médecin masculin) [57].

- **Des qualités d'organisation, possiblement liées à la recherche d'équilibre entre travail et vie de famille.**

L'hypothèse de femmes plus organisées, et par là, gagnant en performance et en efficacité, a été soulevée dans notre étude. Pour le Dr Monique Caron, c'est la gestion simultanée de la vie de famille et de la vie professionnelle qui amène les femmes médecins à être plus organisées : *« Par ailleurs, l'équilibre entre un exercice professionnel de qualité et une vie de famille épanouie impose des qualités d'organisation qui constituent une spécialité féminine. »* [58]

En effet, si l'exercice libéral se définit par une grande liberté, il implique également son lot de contraintes et d'obligations, qui ne se conjuguent avec une vie familiale – encore

majoritairement gérée par les femmes, malgré un rééquilibrage observé chez les jeunes générations – qu'au prix d'une solide organisation [59]. Il faut d'ailleurs noter qu'avec une durée de travail moyenne hebdomadaire de 53h, et même en remettant en cause le principe de disponibilité permanente, les femmes médecins consacrent nettement plus de temps à leur profession que les autres françaises actives [45] [59]. Il est donc légitime de penser qu'elles puissent développer des qualités d'organisation, utiles à la fois dans leur vie personnelle et dans leur pratique professionnelle. Le souci des jeunes médecins hommes de s'investirent davantage dans une « paternité active » [59] pourrait cependant, à terme, faire disparaitre cette spécificité féminine, ou du moins l'étendre aussi aux hommes.

3.2.3. Inconvénients de la relation avec un médecin femme.

Dans le domaine strictement relationnel, les patients que nous avons interrogés, ne voyaient pas de défauts spécifiques ou plus particuliers au genre féminin de leurs médecins.

- **Un temps de travail réduit, mais une disponibilité pas forcément moins grande.**

En revanche, une moindre disponibilité, liée aux choix familiaux des femmes médecins, a été évoquée par les patients, et rendait parfois difficile l'obtention d'un rendez-vous. Il s'agit bien là d'une réalité, puisque les femmes travaillent non seulement moins d'heures en moyenne par semaine, mais également moins de demi-journées. Elles sont aussi plus nombreuses à opter pour un temps partiel [45]. Elles justifient ce choix par des raisons familiales, alors que les hommes justifient leurs absences plutôt par des raisons individuelles, et la recherche d'un équilibre personnel. [59]

Sans être directement liée à la relation médecin-patient, cette moindre disponibilité d'horaire et de temps peut cependant aussi se traduire par une disponibilité morale et psychologique plus faible. C'est d'ailleurs ce que nous a expliqué un patient rural, dont le territoire manque de médecin. La prise en charge global en pâtit alors, segmentant les demandes du patient en d'innombrables consultations ou ne les prenant en compte que partiellement. Une certaine auto-censure du malade peut en découler, afin de ne pas surcharger le médecin.

Cependant, cette attention plus faible n'est heureusement pas toujours la règle : au contraire, pour d'autres patients, les femmes faisaient preuve d'une disponibilité plus grande, malgré un temps de travail réduit. La qualité de l'écoute et de l'attention du médecin, et une prise en charge centrée sur le patient pourraient contrebalancer ce manque de temps. Il faut également noter que malgré un temps de travail hebdomadaire moins important que leur celui de leurs confrères

masculins, les consultations des femmes médecins sont plus longues car elles pratiquent quantitativement moins d'actes qu'eux.[45].

Le temps accordé au patient semblait d'ailleurs nécessaire pour entretenir la relation de soins et assurer une prise en charge de qualité, en particulier pour les patients les plus âgés. Il est donc possible que ceux-ci s'orientent vers un médecin féminin, en partie pour bénéficier de consultations plus longues [45].

- **Les patients comprennent les contraintes de leurs médecins**

Une des surprises de notre étude a été d'observer que les patients comprenaient et acceptaient les contraintes – familiales, personnelles, professionnelles – de leurs médecins. Ils semblaient notamment accepter la fin de la disponibilité permanente, liée au modèle du médecin de famille.

Cette constatation doit cependant tenir compte du fait que les patients que nous avons interrogés, avaient dans l'ensemble un suivi médical occasionnel, et pouvaient donc, peut-être, plus facilement s'accommoder de ces contraintes. D'autre part, s'ils acceptaient que leurs médecins s'absentent, ils appréciaient qu'une permanence des soins soit assurée, grâce à des remplaçants.

En 2004, Dedianne et al. relevaient l'attente, de la part des focus group de patients, d'une grande disponibilité de leurs médecins [11]. On peut donc se demander s'il s'agit là d'une évolution de ces 15 dernières années, et si les patients de médecins femmes, plus habitués à un praticien moins disponible (en termes de temps de travail), sont précurseurs dans cette acceptation.

3.2.4. Dyades de genres.

Si les femmes de notre étude trouvaient qu'il était plus aisé de s'adresser à un médecin du même sexe qu'elles, les hommes, en revanche, ne semblaient pas souffrir de cette différence de genre.

- **Patientes féminines- médecin féminin**

L'aisance décrite par les participantes concernait à la fois l'échange avec une femme médecin et l'examen physique par une femme médecin. Dans l'échange, elles se sentaient mieux comprises par une femme, et en particulier mieux comprises dans leur féminité. Leur façon de percevoir leurs maux, les répercussions de ceux-ci en tant que femme, étaient plus à la portée d'un médecin, femme également. Le fait que le médecin puisse elle-même connaître les mêmes douleurs ou les mêmes soucis constituait un avantage dans sa compréhension de ceux-ci.

Plusieurs études s'accordent pour dire qu'il serait plus facile pour les patients de s'adresser à un médecin du même sexe qu'eux [8], [60]. L'influence de ces dyades de genre s'observe en effet sur plusieurs aspects de la consultation tels que sa durée, le style de communication, le contenu de la discussion, la communication non verbale et les démonstrations de pouvoir [60]. Dans l'étude menée par Harbinter Sandhu au Royaume Unis, les dyades femme/femme étaient associée aux consultations les plus longues, à un style de conversation plus encourageant (verbal et non verbal) et incluaient le plus de discours psychosocial. [60]

Dans le domaine gynécologique et intime en général, la préférence d'un médecin femme était fréquente, bien que non systématique. Les touchers intimes notamment étaient mieux acceptés lorsqu'ils étaient réalisés par une femme.

La pudeur des patientes était mieux vécue grâce à une relation de femme à femme, car le regard du sexe opposé pouvait être problématique. Cependant, au-delà du sexe du médecin, son professionnalisme et les explications données au fur et à mesure d'un examen physique facilitait l'aisance des patientes. Il faut noter qu'il existe très peu de littérature scientifique sur la notion de pudeur en médecine générale.

- **Patients masculins-médecin féminin**

Les hommes que nous avons interrogés étaient satisfaits de leur relation avec leurs médecins généralistes femmes. Leurs perceptions des avantages et des inconvénients cités plus haut ne se différentiaient pas de celle des femmes, même s'ils étaient avant tout attentifs à la compétence de leurs médecins.

Certains patients hommes ont avoué une préférence pour un médecin féminin, en raison d'une écoute jugée meilleure, de la douceur des femmes dans la relation, d'une prise en charge plus centrée sur le patient et d'une meilleure compréhension. Cette préférence se traduisait pour certains, par un choix délibéré pour un médecin traitant féminin.

Le fait d'avoir un médecin féminin pouvait aussi impacter le comportement du patient lui-même, par une sorte de galanterie : l'homme se rendant plus aimable et plus conciliant face à une femme, la relation s'en trouvait plus apaisée. A ce titre, le cas du patient H3 est intéressant : dans une relation marquée par le modèle informatif (*la relation… en caricaturant un peu, c'est la même qu'avec le technicien SAV de chez Darty !)* où le pouvoir décisionnel revient au patient, il semblait plus facile pour lui d'assumer cette position dominante face à un médecin femme.

Afin d'éviter une relation conflictuelle, basée sur un rapport de force, le choix d'un médecin femme permettait pour lui d'apaiser la relation.

Ces résultats contrastent donc en partie avec ceux de l'étude d'Harbinter Sandhu, citée plus haut : En effet, les dyades médecin femme/ patient homme étaient celles où la relation présentait le moins de facilité, et où l'on observait le plus de tension, notamment dans les conflits de rôle entre homme et femme, ce qui rendait plus difficile la négociation. Cependant, l'étude montrait que les hommes abordaient plus leurs sentiments et émotions qu'avec un médecin homme.[60]

Dans le domaine urologique ou sexuel, certains hommes de notre échantillon avouaient une gêne face à une femme en général, mais la qualité de la relation établie, le tact et le professionnalisme du médecin, où encore une évolution des mentalités permettait de dépasser cette gêne initiale, de sorte que l'évocation de ces sujets ne posaient finalement plus de problèmes.

3.2.5. Un modèle maternaliste ?

Face aux spécificités de la relation de soin avec un médecin féminin, évoquées par les patients, on peut se questionner sur l'existence d'un exercice féminin, mais surtout d'un modèle relationnel spécifique s'appuyant sur une relation empathique et s'approchant de la relation maternelle dont nous ont parlé certains patients.

Ce modèle, basé sur l'empathie, est qualifié de « maternaliste » par Geraldine Bloy, qui le différencie du modèle paternaliste, dans lequel le médecin a plus une position d'autorité [61]. La sociologue Anne Chantal Hardy pose également l'hypothèse du remplacement du modèle paternaliste par un modèle maternaliste, plus soucieux des thèmes sociaux et de santé publique (notamment la prévention) et associé un temps de consultation plus long [2].

Il est d'ailleurs intéressant de constater que de façon consciente ou inconsciente, certains patients consultaient principalement des médecins femmes, y compris pour les médecins spécialistes. On peut donc se demander si ce comportement traduit une recherche d'un tel modèle relationnel.

3.2.6. Primauté de la personnalité du médecin sur son sexe

Ce modèle empathique, valorisant l'écoute, la douceur, la décision partagée, et la prise en charge globale, plus que l'autorité, n'exclut cependant pas les médecins de sexe masculin. Tout

au long des entretiens, les participants à notre étude ont évoqué des exemples d'hommes médecins qui présentaient ces qualités et ont affirmé accorder plus d'importance à la personnalité de leur praticien, plutôt qu'à son sexe.

Ces aptitudes, si elles sont naturelles pour certains, peuvent aussi constituer un apprentissage. La formation, initiale ou continue, représente à ce titre un levier efficace pour améliorer les qualités de communication des médecins et des internes [29], [30] en particulier par le biais de jeux de rôles, comme le préconise la conférence de consensus de Toronto [31]. D'autre part, la participation à des groupes de pairs, et notamment à des groupes Balint, permet grâce à une meilleure connaissance de soi, à une autocritique et à une remise en question constante de son exercice, d'améliorer la prise en charge globale et centrée sur le patient, de favoriser l'alliance thérapeutique, de mieux identifier les attentes du patient [62]. Ainsi après une année au sein d'un groupe Balint, les participants parlaient moins mais écoutaient d'avantage, posaient des questions plus ouvertes et essayaient moins de convaincre leurs patients [63].

3.2.7. Déterminants de la relation médecin-patient.

La qualité de la relation de soin était importante pour les patients que nous avons interrogés, puisqu'elle était impliquée dans la qualité de la prise en charge, en améliorant l'observance, en facilitant l'accès aux soins, en libérant la parole des patients et au travers de « l'effet-médecin ».

- **Entente du « couple » médecin-patient**

Comme dans toute relation humaine, les participants à notre étude accordaient de l'importance à l'entente avec le médecin, afin de former un véritable « couple » médecin-patient. L'usage d'un vocabulaire presque amoureux *(« qu'il se passe quelque chose entre nous »)* marque ainsi la dimension émotionnelle particulière de cette relation. Ce champ lexical amoureux est d'ailleurs très présent dans la littérature médicale, si bien que l'interruption de cette relation est qualifiée de rupture, voire de divorce, dont le vécu peut être douloureux et éprouvant pour les deux parties [64], [65].

Cette entente entre patient et médecin s'appuie sur le tempérament et les qualités humaines de chacun et sur le partage d'expériences ou d'intérêts communs. Au-delà du souci commun d'œuvrer pour la santé du patient, la recherche - au travers de conversations sociales - d'autres éléments partagés, parfois secondaires (âge des enfants, ville d'origine, passion, etc) participait pour nos enquêtés et leurs praticiens à mieux se connaître et se comprendre, et semblait donner

au patient l'impression d'avoir une relation singulière, presque privilégiée avec son médecin. Dans ce contexte, les dyades féminines pouvaient constituer un élément en commun qui facilitait le lien.

La mise en avant de ce lien particulier, et des éléments qui y contribuent est innovant dans la recherche des déterminants de la relation médecin-patient : les études réalisées en France en focus group [11], [12] évoquant seulement la nécessité d'un bon contact.

- **La confiance : clé de voute de la relation médecin-patient**

Pour nos participants, la confiance était capitale dans la relation médecin-patient. Cette confiance était d'ailleurs décrite comme un cheminement, sans cesse expérimenté, ce qui lui donnait d'autant plus de valeur. Indispensable à une relation de soin de qualité, elle est ainsi pour John J Conley, la clé de voûte qui maintient deux arches, représentant le patient d'une part, et le médecin ou le système de soin d'autre part [66].

La confiance du patient pour son médecin est difficile à théoriser. Pour Bernard Barber, elle repose sur 3 conditions : [67]

-Elle s'appuie sur un ordre moral persistant (le médecin agit pour le bien du patient)

-Le médecin doit remplir son rôle technique avec compétence

-Le médecin rempli son rôle avec fidélité pour le patient

D'autre part, difficile à mesurer, elle était associée de façon positive à la continuité de soins, à la capacité de communication du soignant et à sa compétence clinique dans une étude publiée en 2019 par Health Economics [68].

Notre enquête a, par ailleurs, montré que cette confiance devait être mutuelle. Elle impliquait à la fois la responsabilité du médecin, au travers du respect du secret médical, et du patient, au travers de son honnête et de sa franchise. Thom et al. confirment cette réciprocité et ont étudié la confiance du médecin pour son patient. La responsabilité du patient y était importante, puisque l'observance et la participation active aux soins, le respect du timing du médecin, l'absence de demande déraisonnable, et le fait de ne pas manquer les rendez-vous permettait d'améliorer celle-ci, et augmentait en même temps la satisfaction du médecin vis-à-vis de sa pratique [69].

- **Nécessité d'une relation humaine.**

Une relation humaine, où le patient est considéré comme une personne était fortement attendu par les patients de notre enquête.

La phase d'accueil de la consultation était pour eux déterminante, en participant à l'instauration d'un contact chaleureux, respectueux, et qui était l'occasion d'une attention sociale, participant à la prise en charge globale. En effet, les modalités selon lesquelles le médecin entre en contact avec son patient peuvent déterminer la suite de l'entrevue, et cette phase sociale en particulier, créait un environnement favorable au bon déroulement de la consultation [70]. Rey-Bellet et al relayaient ainsi la volonté des patients d'être traités comme une personne à part entière, et non seulement comme patient. Le rôle primordial du « bavardage » a d'autre part été prouvé, dans l'établissement d'une relation détendue et de confiance, et l'augmentation du temps de conversation non médical est, par exemple, corrélée à l'augmentation de la satisfaction du patient [71].

Cette volonté d'une prise en charge humaine, se traduisait aussi par l'attente d'une relation empathique, caractérisée par une écoute attentive de la part du médecin, et une attitude de disponibilité. Celle-ci n'étant d'ailleurs pas uniquement évaluée par le temps consacré au patient, même s'il était apprécié d'en disposer. L'analyse de Marco Vannotti confirme en cela nos résultats, et considère l'empathie comme un élément fondamental pour une prise en charge humaine, mais néanmoins comme une des tâches les plus complexes du rôle du médecin [72].

- **Compétence et efficacité du médecin**

Les compétences biomédicales et techniques du médecin étaient déterminantes pour les patients de notre étude, dans la mesure où, elles étaient le support de la relation de confiance et de la satisfaction de ces derniers. Un défaut de compétence ou une erreur médicale pouvait ainsi ternir durablement la relation par le biais d'un effritement de la confiance du patient pour son médecin. Les conséquences d'un tel manquement semblaient avoir plus d'impact - en intensité et dans la durée – qu'un défaut d'information par exemple.

De même, lorsque la relation médecin-patient était de type informative, les attentes relationnelles faibles du patient étaient contrebalancées par l'importance d'autant plus grande données aux compétences et à l'efficacité du médecin.

Ces aptitudes du médecin étaient jugées sur la justesse du diagnostic, l'efficacité et la rapidité des prises en charge entreprises. Le soin de l'examen clinique était également apprécié des

patients, ce que confirment les études en focus group de Dedianne et al. [11] et de Krucien et al. [12].

Notre étude montre donc l'importance des compétences techniques et biomédicales dans la relation médecin-patient, et est appuyée en cela par l'étude de Krucien et al. qui conclue que la relation médecin-patient n'est pas suffisante pour assurer un soin de qualité du point de vue des usagers [12].

- **Pas de critère économique dans la relation de soin**

Nos participants n'ont pas évoqué la dimension pécuniaire de leur relation à leurs médecins. De même, la tenue des locaux, leur éventuelle modernité, ou l'aspect extérieur et la prestance du médecin n'ont pas été abordé spontanément. Seule la présence de jeux, signe d'une attention particulière pour les enfants et les familles a été rapportée comme un élément positif.

Le peu d'importance donnée à ces aspects est confirmé par les enquêtes de Dedianne et al. et de Krucien et al. précédemment citées où les patients n'accordaient que peu d'attention aux caractéristiques de la structure (propreté, confort…) [12] et à la dimension financière du fait du système de remboursement [11].

3.2.8. Vision de la féminisation

Les patients interrogés semblaient avoir intégré cette évolution, qu'ils identifiaient comme une transformation plutôt positive. Avoir un médecin femme était pour eux une donnée normale, presque banale, vécue et expérimentée depuis plusieurs années. S'ils étaient conscients de certaines particularités féminines, notamment en termes de disponibilité, aucun n'a abordé une quelconque dévalorisation de la profession, pourtant crainte par certains sociologues [4],[73]. Ils avaient en revanche intégré la fin du principe de disponibilité permanente, et respectaient le droit à une vie privée de leurs médecins.

Enfin, conscients de la complémentarité des pratiques, où chacun apporte quelque chose en fonction de ce qu'il est, certains patients jugeaient bon que cette féminisation soit régulée afin que les patients qui souhaitent choisir un médecin homme, puissent le faire sans difficulté.

CONCLUSION

L'avenir de la médecine sera-t-il féminin ? Malgré un accroissement constant de la part des femmes en médecine, depuis la seconde Guerre Mondiale, on peut se demander si cette transformation va se poursuivre au cours des prochaines années.

Cela n'est pas certain pour la sociologue Anne-Chantal Hardy, qui observe que le nombre de femme stagne, voire régresse dans certaines facultés, alors que le numérus clausus augmente [2]. Les réformes annoncées [74] pourraient aussi impacter la démographie médicale et les équilibres de genre actuels. D'autre part, la crise économique et les incertitudes des métiers de l'entreprise, pourraient faire revenir les jeunes hommes scientifiques vers les carrières médicales [2].

S'il n'est donc pas sûr que la féminisation de la médecine se poursuive, celle-ci a néanmoins contribué à transformer profondément l'exercice médical. Le modèle qui prédomine ainsi chez les jeunes générations des deux sexes, est celui porté par les femmes [2], s'attachant à la recherche d'un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle en mettant fin au dogme de la disponibilité permanente. Les améliorations sociales dans la prise en charge du congé maternité des médecins libéraux [75], par exemple, participent à cette évolution, dont on peut se réjouir, du point de vue des médecins.

Du point de vue des patients, cette féminisation semble être bien acceptée, malgré quelques craintes quant à l'accès aux soins des patients désirant consulter des médecins hommes, et l'augmentation de déserts médicaux dans les zones rurales. Les contraintes et la non-disponibilité des médecins femmes sont comprises, et ne semblent pas être un frein dans la relation de soin. La relation médecin-patient présente d'ailleurs pour eux une grande importance, et des qualités trouvées chez leurs médecins féminins, telles que l'écoute, la douceur, la sensibilité et l'attention participent à établir une relation humaine, centrée sur le patient, en intégrant toute ses dimensions (environnement, contexte familial et professionnel...). In fine, cette relation de qualité améliore la prise en charge et la santé des patients.

Cela peut-il suffire à considérer que les femmes sont de meilleurs médecins ? Une étude quantitative comparative, évaluant la qualité des soins des médecins des deux sexes, pourrait peut-être répondre à cette question. Les critères de jugement seraient cependant discutables pour évaluer la qualité des soins : faudrait-il prendre en compte la satisfaction des patients, les

objectifs de santé (vaccinations, chiffres tensionnels, objectifs glycémiques...), le respect des recommandations des sociétés savantes, l'économie de la santé, ou encore la qualité de la relation médecin-patient ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Leblond V, et al. Les femmes médecins aujourd'hui : l'avenir de la médecine ? Les Tribunes de la santé. 2014 Mars;(44):43-9. [en ligne] Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2014-3-page-43.htm (page consultée le 15/03/2019)

2. Hardy AC. La féminisation de la médecine: faux problèmes et vraies questions. Université de Bordeaux; 2011. [en ligne] Page disponible sur : https://www.canal-u.tv/video/universite_de_bordeaux/la_feminisation_de_la_medecine_faux_problemes_et_vraies_questions.6439 (page consultée le 11/04/19)

3. Jakoubovitc S, Bournot MC, Cernier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. Mars 2012. N°797, [en ligne] Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf (page consultée le 24/09/2018).

4. Le Borgne C. Femmes médecins : Vont-elles révolutionner l'exercice médical ? Panorama du médecin. 2007 Fev 26;5049:20-2.

5. Abella A. Fantasmes inconscients dans la relation médecin-malade. Rev Med Suisse 2016;12:518-21.

6. More ES, Greer MJ. American women physician in 2000 : A history in progress. Journal of the American Medical Women's Association. 2000;55(1):6-9.

7. Roter DL, Hall JA et al. Physician gender effect on medical communication : a meta-analytic review. JAMA. 2002;288(6):756-64.

8. Mallet V. Conséquences de la féminisation de la médecine générale – le ressenti de 14 patients du département du Nord. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine générale] Lille : Université Lille 2 droit et santé Faculté de médecine Henri Warembourg;2015 [en ligne] Page disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d81f1ba1-b160-4bd2-b1a2-494b5eb46227 (page consultée le 6/04/2019)

9. Videcoq E. Ressenti des patients vis-à-vis de la féminisation de la médecine générale en Haute Normandie. Approche qualitative. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine générale] Rouen : Université de Rouen Faculté Mixte de médecine et de pharmacie;2017 [en ligne] Page disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01484731/document (page consultée le 6/04/2019)

10. 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 pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine générale] Nantes : Université de Nantes Faculté de médecine; 2011 [en ligne] Page disponible sur : http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=83e4508a-8059-49c3-a7c5-5eab737ab834 (page consultée le 6/04/2019)

11. Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Moreau A. Relation médecin-malade: qu'attendent les patients ? Investigation par méthode « Focus group ».Rev Prat Med Gen 2003;17 :653-6.

12. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? IRDES. Questions d' économie de la Santé. 2011;163:1-6.

13. Little P, White P, Kelly J, et al. Verbal and non-verbal behaviour and patient perception of communication in primary care: an observational study. Br J Gen Pract 2015;65:e357-65.

14. Moreau A, Dedianne MC, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Etude qualitative par la méthode du *focus group*. Rev Prat Med Gen 2004 Dec 20;18(674/675) :1495-98.

15. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br J Gen Pract*. 2012 Jul;62(600):346-7.

16. Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy and, professionalism climate. Acad Med. 2010;85(10 Suppl):S33-36.

17. Shanafelt TD, West C, Zhao X, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. J Gen Intern Med. 2005;20(7):559-564.

18. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ.1996 Mar 1;30(2):83- 9.

19. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2001 Apr;76(4):390–3.

20. Côté L, Savard A, Bertrand R. Evaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient. Elaboration et validation d'une grille [Evaluation of the physician-patient relationship competence. Development and validation of an assessment instrument]. Can Fam Physician. 2001;47:512-8.

21. Clément Boguet, Clémentine Ariot. Construction d'une échelle d'évaluation de la relation médecin-patient en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine générale] Grenoble. Université Joseph Fourier. 2015. [en ligne]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01168404/document (Page consultée le 5 Jan 2019).

22. Emmanuel E.J., Emmanuel L.L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA. 1992;267:2221-2226.

23. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé publique. 2007;19(5) :413-25. [en ligne]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.htm (Page consultée le 15 Fev 2019).

24. Flora L, Karazivan P, Dumez V, Pomey MP. La vision « patient partenaire » et ses implications : le modèle de Montréal. La Revue du praticien. 2016 Avr;66(4):171-175.

25. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot, 1966.

26. Moreau A, Boussageon R, Girier P et al. Efficacité thérapeutique de «l'effet médecin» en soins primaires. Presse Med 2006;35(6):967-73.

27. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA et al. Components of placebo effect : randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ 2008;336:999-1003.

28. Kelley J. M., Kraft-Todd G., Schapira L., Kossowsky J., Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS ONE. 2014 Apr F9;9(6):e101191

29. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. Lancet 2002;359:650-6.

30. Smith RC, Lyles JS, Mettler JA, Marshall AA, Van Egeren LF, Stoffelmayr BE, et al. A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomised study. Acad Med 1995;70:729-32.

31. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor patient communication : the Torento consensus statement. BMJ 1991;303:1385-7.

32. Sansone RA, Sansone LA. Doctor shopping: a phenomenon of many themes. *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(11-12):42-6.

33. Kasteler J, Kane RL, Olsen DM, Thetford C. Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behavior. J Health Soc Behav. 1976;17:329–339.

34. Service-public.fr. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant. 2018. [en ligne] Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163 (Page consultée le 9 Jan. 2019).

35. Service-public.fr. Remboursement d'une consultation médicale. 2018. [en ligne] Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1069 (Page consultée le 9 Jan. 2019).

36. Blum-Boisgard C, Dachicourt P. Étude de la justification médicale du nomadisme. Paris: Assurance maladie des professions indépendantes (AMPI). 2001.

37. Ellouze F, Cheour M, Karoui D, Khaloui M, Hssairi A. Le médecin généraliste face aux troubles somatoformes. Soins Psychiatrie. 2011 Sep-Oct;(276):42-4.

38. Demondion B, Huguet A, Patrouillault C. Les troubles somatoformes : de la nécessité d'une prise en charge médicale adaptée. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 2000 Jan-Mar;1:1-13.

39. Malak S, Elias-Shamieh R, Glaisner S. Au-delà du médicament : l'importance de la relation de soins. Hématologie. 2014 Mar-Avr;20(2):111-5.

40. Haskard Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to treatment : A Meta-analysis. Med Care. 2009 Aug;47(8):826-834.

41. Noens L, van Lierde MA, De Bock R, et al. Prevalence, determinants, and outcomes of nonadherence to imatinib therapy in patients with chronic myeloid leukemia: the ADAGIO study. Blood 2009;113:5401-11.

42. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. Medecine. 2006 Nov;2(9):411-5.

43. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographique médicale en France. Situation au 1er Janvier 2018. [en ligne] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_1.pdf (page consultée le 18/03/2019).

44. ARS. Cartosanté. [en ligne] Disponible sur : https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&f=0&i=gene_popage.tx_femme&s=2017 (page consultée le 19/03/2019).

45. Drees. Etudes et statistiques. [en ligne] Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3804 (page consultée le 19/03/2019).

46. Collège santé de l'université de Bordeaux. Equipe pédagogique DMG. 2019. [en ligne] Disponible sur : file:///C:/Users/Soline/Downloads/Equipe%20pedagogique.pdf (page consultée le 20/03/2019).

47. ARS Aquitaine. SROS Schémas régionaux. 2011 Dec. 5-28.[en ligne] Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-

12/PRS_SROS%20revise_PRS_Aquitaine_2012_2015.pdf (page consultée le 20/03/2019)

48. Levinson W, Lurie N. When most doctors are women : what lies ahead ? Ann Intern Med. 2004;141:471-4.

49. Meliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Recherches qualitatives. 2013;Hors série(15):435-52.

50. Salès-Wuillemin E. Méthodologie de l'enquête, in : M., Bromberg et A., Trognon (Eds.) Psychologie Sociale 1, Presses Universitaires de France; 2006. p.45-77.

51. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM. France; 2010 [en ligne] Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/document (page consultée le 6/04/2019)

52. Holt A. Using the telephone for narrative interviewing: a research note. Qualitative Research. 1 févr 2010;10(1):113- 21.

53. Novick Gina. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? Research in Nursing & Health. 17 janv 2008;31(4):391- 8.

54. Aspegren K. BEME Guide No. 2: teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles. Med Teach 1999;21:563–70.

55. Casagrande A, Délivré O. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. ANESM; 2008

56. Spector N, Cull W, Daniels S, Gilhooly J. Gender and Generational Influences on the Pediatric Workforce and Practice. Pediatrics. 2014;133(6):1112–21.

57. Turrow JA, Sterling RC. The role and impact of gender and age on children's preferences for pediatricians. Ambul Pediatr. 2004;4(4):240–3.

58. Ordre national des médecins. Les filles d'Hippocrate – quand la médecine se féminise. Dix-neuvième jeudi de l'ordre;2003. [en ligne] Disponible sur : https://www.conseil-

national.medecin.fr/sites/default/files/fillesd%27hippocrate_0.PDF (page consultée le 9/04/2019)

59. Lefeuvre N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances, Familles, Générations. 2013;18 :72-93.

60. Sandhu H, et al. The impact of gender dyads on doctor–patient communication: A systematic review. Patient Education and Counseling. 2009jul10;(76) :348-55

61. Bloy G. Les déclinaisons de la prévention selon les styles relationnels en consultation. In : Bujon T, Dourlens C, Le Naour G, directeurs d'ouvrage. Aux frontières de la médecine. Paris. Editions des archives contemporaines; 2014. p17-18.

62. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine générale] Bordeaux : Université de Bordeaux UFR des sciences médicales;2014 [en ligne] Page disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017336/document (page consultée le 13/04/2019)

63. Khöle K, Obliers R. Les modifications dans le dialogue entre le médecin et le patient après un travail en groupe Balint. Etude psycho linguistique de cohorte de l'Université de Cologne en Allemagne, citée en 2002 par le Dr Heide Otten, présidente de The International Balint Fédération.

64. Delbancut C. Les processus de la rupture de la relation médecin-patient en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Médecine générale] Nantes : Université de Nantes, Faculté de médecine;2016 [en ligne] Page disponible sur : file:///C:/Users/Soline/Downloads/delbancutMED16.pdf (page consultée le 13/04/2019)

65. Stokes T, Dixon-Woods M, McKinley R. Breaking up is never easy: GP's account's of removing patients from their lists. Fram Pract. 2003;20(6):628-34.

66. Pellegrini CA. Trust : The Keystone of the Patient-Physician Relationship. J Am Coll Surg. 2017 feb;224(2): 95-102.

67. Barber B. The Logic and Limits of Trust. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1983.

68. Kovacs RJ, Lagarde M, Cairns J. Measuring patient trust: Comparing measures from a survey and an economic experiment. Health Economics. 2019;28(5):641-52.

69. Thom DH, Wong ST, Guzman D, et al. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. Ann Fam Med 2011;9:148-154.

70. Rey-Bellet S, et al. Comment commencer l'entretien médical ? Réflexion sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. Rev Med Suisse. 2008;4:418-21.

71. Roter D. Which facets of communication have strong effects on outcome:A meta-analysis. In Stewart M & Roter D, eds: Communicating with medical patients. Newbury Park, London: Sage, 1989:183-96.

72. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2002;29(2):213-37. [en ligne] Page disponible sur : https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm (page consultée le 10/04/2019)

73. Cacouault-Bilaud M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? Travail, genre et sociétés. 2001;5(1):91-115. [en ligne] Page disponible sur : https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2001-1-page-91.html (page consulté le 5/04/2019)

74. Lecuit C. Réforme des études de médecine : les députés votent la fin du numerus clausus. Le Figaro étudiant. 2019 Mars 19. [en ligne] Page disponible sur : https://etudiant.lefigaro.fr/article/reforme-des-etudes-de-medecine-les-deputes-votent-la-fin-du-numerus-clausus_2e874190-496c-11e9-8a9c-cf6259d2906a/ (page consultée le 19/04/2019)

75. Legifrance. Avis relatif à l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016. JORF n°0101 du 29 avril 2017. [en ligne] Page disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034513589 (page consultée le 19/04/2019)

ANNEXES

Annexe 1 : Grille Calgary Cambridge simplifiée

GUIDE DE L'ENTREVUE MEDICALE : GRILLE CALGARY CAMBRIDGE SIMPLIFIEE

	Fait	Fait de manière incomplète	Non fait
Débuter l'entrevue :			
Prépare la rencontre			
Etablit le premier contact			
Identifie la (les) raison(s) de la consultation			
Recueillir l'information : explore les problèmes du patient pour découvrir			
La perspective biomédicale			
La perspective du patient			
Les informations de bases et le contexte			
Expliquer et planifier			
Fournit la quantité et le type adéquat d'information			
Aide le patient à comprendre et à retenir les informations			
Arrive à une compréhension partagée en intégrant la perspective			
Planifie une prise de décision partagée			
Construire la relation			
Utilise un comportement non verbal approprié			
Développe une relation chaleureuse et harmonieuse			
Associe le patient à la démarche			
Structurer l'entretien			
Rend explicite son organisation			
Prête attention au déroulement de l'entrevue			
Terminer l'entrevue			
Planifie les prochaines étapes			
Prépare la fin de l'entrevue			

Annexe 2 : « Grille d'évaluation des compétences relationnelles du médecin de famille avec les patients » de Luc Coté et coll.

Pour chacun des items, encerclez le chiffre correspondant à votre opinion

	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD 1	PLUTÔT EN DÉSACCORD 2	PLUTÔT EN ACCORD 3	TOUT À FAIT EN ACCORD 4
COMPRÉHENSION DE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE DU PATIENT				
1. Invite le patient à décrire comment ses problèmes de santé affectent sa vie quotidienne	1	2	3	4
2. Invite le patient à exprimer sa perception de ses symptômes	1	2	3	4
3. Invite le patient à exprimer ses inquiétudes par rapport à ses symptômes	1	2	3	4
4. Invite le patient à partager ses attentes face à la consultation	1	2	3	4
5. Tient compte de l'opinion et des inquiétudes du patient tout au long de l'entrevue	1	2	3	4
6. Laisse au patient le temps de s'exprimer et, s'il doit l'interrompre, le fait avec tact	1	2	3	4
7. Utilise adéquatement les questions ouvertes et fermées	1	2	3	4
8. Réagit de façon appropriée à la communication non-verbale du patient	1	2	3	4
COMMUNICATION EFFICACE ET RESPECTUEUSE				
9. Évite d'être hautain et brusque avec le patient	1	2	3	4
10. Respecte les opinions du patient	1	2	3	4
11. Regarde le patient quand il lui parle et lorsque ce dernier s'exprime	1	2	3	4
12. S'exprime avec clarté et précision	1	2	3	4
13. Explique la conduite proposée	1	2	3	4
14. Évite le jargon médical	1	2	3	4
15. Vérifie la compréhension du patient tout au long de l'entrevue	1	2	3	4

Annexe 3 : American board of internal medecine patient assessment for continuous professionnal development

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE PATIENT ASSESSMENT FOR CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT

HOW IS THIS DOCTOR AT…	RATING SCALE
1. Telling you everything; being truthful, upfront and frank: not keeping things from you that you should know	
2. Greeting you warmly; calling you by the name you prefer; being friendly, never crabby or rude	
3. Treating you like you're on the same level; never "talking down" to you or treating you like a child	
4. Letting you tell your story; listening carefully; asking thoughtful questions; not interrupting you while you're talking	
5. Showing interest in you as a person; not acting bored or ignoring what you have to say	
6. Warning you during the physical exam about what he/she is going to do and why; telling you what he/she finds	
7. Discussing options with you; asking your opinion; offering choices and letting you help decide what to do; asking what you think before telling you what to do	
8. Encouraging you to ask questions; answering them clearly; never avoiding your questions or lecturing you	
9. Explaining what you need to know about your problems, how and why they occurred, and what to expect next	
10. Using words you can understand when explaining your problems and treatment; explaining any technical medical terms in plain language	

1 = Poor
2 = Fair
3 = Good
4 = Very Good
5 = Excellent
 # = Unable to Evaluate

Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortna GS. The value of patient and peer ratings in recertification. Acad Med J Assoc Am Med Coll. oct 2002;77(10 Suppl):S64-66.

Annexe 4 : Rochester Communication Rating Scale

Rochester Communication Rating Scale, 2002 version – Competency I: Effective Communication

(For obtaining patient feedback. To be completed by patients or standardized patients)

I felt the student:

1.	Took interest in even my smallest problems and concerns.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3605)
2.	Body language and tone of voice communicated caring and concern.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3606)
3.	Made me feel I could tell him/her anything, even something personal.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3607)
4.	Did not seem distracted.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3608)
5.	Attended to my physical comfort during interview and physical exam (ie: offered tissue; pulled out leg rest; warmed hands, stethoscope, assisted me with difficult movements…).	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3609)
6.	Greeted me warmly.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3610)
7.	Let me explain my problem without interruption.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3611)
8.	Asked about all of my concerns early in the interview (usually by asking 'anything else").	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3612)
9.	First asked about my general concerns, then asked about specific details.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3613)
10.	Allowed me to tell my story in my own words.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3614)
11.	Summed up and made sure they understood what I said (without putting words in my mouth).	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3615)
12.	Tried to understand how I see my illness or problem. ("What do you think is going on?" "What worries you the most?" "What were you hoping we would do next?")	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3616)
13.	Asked how the illness affects my life at home or at work.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3617)
14.	Made an effort to understand my feelings and emotions.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3619)
15.	Clearly explained my problem and its treatment using language that I could understand.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3620)
16.	Asked me if I had any questions.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3621)
17.	Encouraged me to participate in treatment decisions to the extent I wished.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3622)
18.	Checked to see if I was willing and able to follow through with the treatment plan.	*Strongly Disagree*	*Disagree Slightly*	*Agree Slightly*	*Agree*	*Strongly Agree*	*NA*	(3623)

Annexe 5 : Méthodologie de référence MR-003.

ETUDE sur LA PROTECTION des PERSONNES

ENGAGEMENT de CONFORMITE dans le cadre d'une THESE en médecine générale

Méthodologie de référence : MR-003

1. Cadre

La présente étude vient justifier le choix d'une déclaration CNIL sous forme d'engagement de conformité dans le cadre d'un travail de thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, spécialité médecine générale. L'ensemble des conditions nécessaires à l'application de la méthodologie MR-003 sont respectées. Entre autres, les participants recevront tous une information générale et individuelle orale et écrite concernant à la fois le déroulé de la recherche et leurs droits.

Ce travail de thèse se présente sous forme d'une étude transversale non interventionnelle qualitative, par entretiens semi-dirigés auprès de patients ayant déclaré un médecin traitant féminin en Gironde. Il a pour objectif d'analyser le ressenti des patients sur leur relation avec leur médecin traitant femme, d'en dégager ce qui est vécu comme avantage ou inconvénient, afin d'améliorer celle-ci, ce qui relève des soins courants.

L'analyse des données concerne des informations de santé personnelles. Un avis auprès du Comité de Protection des Personnes – CPP Ouest VI tiré au sort lors de la procédure- a été sollicité.

2. Analyse des données

Les données collectées se limiteront strictement aux informations nécessaires et pertinentes pour répondre à la question de recherche.
Nous chercherons à recueillir le ressenti des patients quant à la relation de soins établie avec un médecin généraliste féminin, en particulier en ce qui concerne les spécificités liées au sexe du médecin (disponibilité/ compétence/ communication/ empathie).

Le nom des participants ne sera noté que sur le journal de bord lors de la prise de rendez-vous pour la réalisation des entretiens téléphoniques, permettant ainsi d'établir une table de correspondance. Il ne sera pas enregistré sur le fichier audio en début d'entretien. Ensuite, le chercheur s'engage à traiter le verbatim de façon aussi confidentielle que possible. Seront retirées toutes informations pouvant permettre d'identifier en son nom propre le participant. Seuls les deux investigateurs (thésarde et directeur de thèse) auront accès à l'identité rattachée à chaque verbatim. Ils sont soumis au secret professionnel.

Le « talon sociologique » sera collecté de façon systématique mais les questions posées lors des entretiens seront ouvertes et susceptibles d'être enrichies au fur et à mesure de l'avancé de l'étude comme dans toute démarche qualitative.

Ces informations sociologiques comprendront :

-Concernant le patient interrogé : le sexe/ l'âge/ la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'étude/ le lieu de vie (rural, semi rural, urbain)

-Concernant son médecin traitant déclaré : le sexe/ l'âge approximatif/ la durée de la relation médecin-patient établie.

Les données numériques seront stockées sur l'ordinateur personnel du chercheur principal protégé par un mot de passe conforme aux recommandations de la CNIL, équipé d'un anti-malware régulièrement mis à jour et connecté à la WIFI uniquement en cas de besoin.

Elles seront transmises via une clé USB dédiée au deuxième investigateur pour la réalisation d'un double codage. Compte tenu de l'éloignement géographique entre les deux investigateurs, cette transmission se fera par voie postale par recommandé avec accusé de réception. Cette clé fera également office de première sauvegarde. Une deuxième sauvegarde sera conservée sur une seconde clé USB dédiée. Le PC et les 2 supports de stockage seront conservés au domicile du thésard et accessibles de lui seul.

Les notes manuscrites seront prises sur un seul carnet de bord seulement complété par l'investigateur principal. Il sera également conservé au domicile du thésard.

L'ensemble sera détruit une fois la soutenance achevée ou les résultats publiés s'il y a lieu.

3. Les investigateurs

-promoteur et investigateur principal :
Soline Becquet de Mégille (thésarde auprès de l'université de Bordeaux, doctorat en médecine générale)

-directeur de thèse :
Dr Nousone Nammathao (médecin généraliste)
Cabinet médical. Lieu-dit Jean Crabe 47360 LAUGNAC

Département de médecine générale de l'université de Bordeaux
Responsables de l'enseignement : Jean-Philippe Joseph et William Durieux
Responsable administratif : Chantal Bonnin
146 rue Léo Saignat, case 148, 33076 Bordeaux 05.57.57.13.11

MESURES DE PROTECTION MISES EN OEUVRE

Catégorie de mesures sur les données du traitement	Description des mesures mises en œuvre
Enregistrement audio des entretiens téléphoniques.	-Utilisation du téléphone personnel de l'investigateur principal. Numéros d'appel des participants non enregistrés dans le répertoire, et effacés du journal des appels à l'issue de l'entretien. -Utilisation d'un dictaphone unique et dédié. -Pseudonymisation : le nom des participants ne sera pas enregistré sur le fichier audio. Identification par un code alphanumérique de l 'entretien. -Recueil uniquement des données strictement nécessaires à l'étude, en conformité avec la méthodologie choisie. -Retranscription du verbatim mots à mots, avec suppression des passages permettant directement ou indirectement une identification de l'interviewé en son nom propre
Notes manuscrites	-Carnet de bord unique, dédié et personnel, appartenant à l'investigateur principal et accessible de lui seul. -Le carnet de bord cité ci-dessus étant le seul support comprenant les noms et coordonnées des participants à l'étude (agenda des RDV)
Catégorie de mesures générales sur le système d'information.	**Description des mesures mises en œuvre**
Accès aux données	-données audiophoniques : accessible à la seule thésarde (investigateur principal) -données numériques : accessible uniquement aux deux investigateurs (thésarde et directeur de thèse) -données manuscrites : accessible à la seule thésarde (investigateur principal)
Support des données	-données audiophoniques : conservées en lieu sécurisé (domicile de la thésarde) -données numériques : Travail sur l'ordinateur personnel de la thésarde (Windows 10), protégé par un mot de passe conforme aux recommandations de la CNIL, et muni d'un antivirus régulièrement mis à jour. Connexion WIFI personnelle si besoin. (Recherche bibliographique, etc.…) Analyse des données grâce au logiciel Nvivo (licence personnelle, valable un an) 1ère sauvegarde sur une clé USB dédiée, sécurisée par un mot de

	passe conforme aux recommandations de la CNIL, permettant les échanges par voie postale avec accusé de réception entre investigateurs du fait de leur éloignement géographique. 2ème sauvegarde sur une seconde clé USB dédiée. L'ensemble des supports numériques sont conservés au domicile de la thésarde. -données manuscrites : conservées en lieu sécurisé (domicile de la thésarde)
Catégorie de mesures organisationnelles	Description des mesures mis en œuvre
Gestion des données	- nombre très limité d'investigateurs, soumis à la confidentialité dans le cadre du secret professionnel - pas de transferts de données sensible (verbatim) par mail entre les investigateurs - destruction de l'ensemble du recueil de données après la soutenance et/ou publication des résultats
Droits des patients	- lettre d'information écrite remise par le biais du médecin traitant, en complément de l'information orale : décrit les modalités d'opposition, d'accès aux données et de retrait à faire valoir par les participants s'ils le souhaitent.

Violation potentielle des données du traitement	Gravité	Menaces rendant possible les violations de données	Vraisemblance	Justifications
Accès illégitime aux données	Limité	-Source humaine externe :	Négligeable	Matériel dédié, limité et sécurisé (antivirus/mots de passe/ envoi postal avec accusé de réception), seulement deux investigateurs
Modifications non désirées des données	Négligeable	-Source humaine externe	Négligeable	Risque de piratage à distance ou d'accès physique aux données limité par les mesures mises en place
Disparition des données	Négligeable	-Source humaine externe -Source non humaine	Négligeable	Deux sauvegardes différentes sur support hors réseau en lieu sécurisé.

Annexe 6 : Version 1 du Guide d'entretien

Caractéristiques patient :

Age/ Profession du participant
Médecin traitant (+ âge et mode d'installation) / durée de la relation

Suite entretien qualitatif :

Est-ce que le sexe de votre médecin a pu être un critère ou un frein dans le choix de votre médecin traitant ?

Avez-vous le sentiment d'avoir la même facilité/difficulté d'accès aux soins lorsque vous consultez auprès d'un homme ou d'une femme médecin ?

Voyez-vous des différences dans la façon dont elles organisent leur temps de travail ?
(Questions de relance : pour les visites à domicile, pour les horaires et la durée des consultations, pour sa ponctualité, les vacances ou éventuel jour off)

Pensez-vous qu'il y ait des qualités ou défauts relationnels particuliers aux femmes ou aux hommes ? Si oui, lesquels, et pourquoi ?

Voyez-vous des différences dans votre participation/ votre implication aux décisions médicales ?
Dans l'écoute qui vous est portée ? Votre possibilité de poser des questions si besoin ?
Et pour votre compréhension des informations ou des recommandations de votre médecin H/F ?
Avec un langage compréhensible ? Pas trop jargon médical ?

Y a-t-il des domaines pour lesquels vous préférez consulter auprès d'une femme médecin généraliste ? Pédiatrie/ Gynécologie/ Urologie/ Psychiatrie/ Urgences

Au contraire, y a-t-il des domaines pour lesquels vous évitez de consulter une femme médecin généraliste ? Pourquoi ?

Pensez-vous qu'il y ait des domaines médicaux dans lesquels les femmes seraient plutôt moins compétentes/ plus compétentes ? la prévention/ l'aspect social et administratif ? / la prise de décision/ le fait de travailler en concertation avec d'autres professionnels de santé ?

Avez-vous constaté des différences dans la façon dont une femme médecin-généraliste vous examine ? (Plus ou moins complet/rapide...) Et en ce qui concerne votre pudeur ?

Savez-vous ce que c'est que l'empathie ? (Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent/ Larousse). Pensez-vous que le sexe du médecin puisse influencer dans cela ?

Vous sentez-vous plus à l'aise dans le respect de vos opinions, de votre façon de vivre avec un homme/ une femme ? Notion de jugement ?

Maintenant, j'aimerai connaître votre ressenti global sur la féminisation des médecins généralistes.

Est-ce que cela change quelque chose quant à votre vision de cette profession ?

Voulez-vous rajouter autre chose ? Avez-vous des questions ?

Annexe 7 : Version 2 du Guide d'entretien

1)Présentation du travail de thèse et objectif de l'étude :

Bonjour, je m'appelle Soline de Mégille, je suis médecin remplaçant et je travaille actuellement sur une thèse concernant la relation entre le malade et le médecin lorsque celui-ci est une femme. Le but est de voir - côté patient - s'il existe des particularités à cette relation et quels en sont les avantages et les inconvénients.

Je vais vous poser plusieurs questions et vous pourrez y répondre comme vous le souhaitez, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui m'intéresse, c'est de connaître votre point de vue en tant que patient. L'entretien sera bien sur anonymisé lors de la retranscription. Si vous le voulez bien, j'utiliserai un dictaphone pour ne rien perdre de celui-ci.
Je vous rappelle que vous pouvez suspendre ou vous retirer à tout moment de l'entretien et vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions. Vous pouvez également à tout moment faire valoir un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à vos données auprès de l'investigateur principal. Aucune justification n'est nécessaire.

2)Informations patient :

Age/ Profession/ Domicile
Médecin traitant (+ âge et mode d'installation) / durée de la relation.

3)Entretien

Qu'est-ce que vous évoque la relation médecin-patient ? Si je vous parle de relation entre le médecin traitant et le patient : qu'est-ce que ça vous évoque ?
Relance : Quels implications peut-elle avoir dans la qualité des soins/ Eléments qui y contribuent ou la desservent ?

En tant que patient, qu'est-ce que vous attendez/recherchez face à un médecin femme ?
Relance : Qu'est-ce qui est positif/ négatif dans le fait que votre médecin soit une femme ?

Qu'est-ce que vous considérez être plus du ressort d'un médecin généraliste femme ?

Relances : Pensez-vous qu'il y ait des qualités ou défauts relationnels particuliers aux femmes ? Si oui, lesquels, et pourquoi ?

Y a-t-il des domaines pour lesquels vous préférez consulter auprès d'une femme médecin généraliste ?
Relances : Si vous avez des enfants, ou petits enfants à amener chez le médecin ? Gynéco ? (Pour les examens intimes...) Psychiatrie ? Pourquoi ?

Au contraire, y a-t-il des domaines pour lesquels vous évitez de consulter une femme médecin généraliste ? Pourquoi ?

Pensez-vous qu'il y ait des domaines médicaux dans lesquels les femmes seraient plutôt moins compétentes/ plus compétentes ? *(La prévention/ l'aspect social et administratif ?) / la prise de décision/ le fait de travailler en concertation avec d'autre professionnels de santé ?*

Que pensez-vous de la façon dont une femme médecin généraliste vous interroge ? Si vous deviez un peu me parler de la façon dont se passent vos échanges avec votre médecin traitant lors des consultations : Qu'est-ce qui vous met à l'aise ou vous met moins à l'aise ?
Que pourriez-vous dire de votre participation/ votre implication aux décisions médicales ?
Dans l'écoute qui vous est portée ? Votre possibilité de poser des questions si besoin ?
Dans la compréhension des informations ou des recommandations de votre médecin ? Avec un langage compréhensible ? (Pas trop jargon médical)

Que pensez-vous de la façon dont votre médecin vous examine ? (plus ou moins complet/rapide...) Qu'est-ce qui vous met à l'aise ou au contraire vous gêne dans l'examen ? *Et en ce qui concerne votre pudeur ?*

Savez-vous ce que c'est que l'empathie ? (Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent/ Larousse). Pensez-vous que le sexe du médecin puisse influencer dans cela ? Quelle place ont vos émotions, ou celles de votre médecin lors des consultations/ dans la relation que vous avez avec elle ?
Relance : Pour reconnaître vos émotions, et en tenir compte ? Notion de jugement

Comment voyez-vous l'accès aux soins lorsque vous consultez auprès d'une femme médecin ? Voyez-vous des particularités dans la façon dont elles organisent leur temps de travail ? Que pensez-vous de sa disponibilité ?

Relance : pour les visites à domicile, pour les horaires et la durée des consultations, pour sa ponctualité, les vacances ou éventuel jour off.

Est-ce que le sexe féminin de votre médecin a pu être un critère ou un frein dans le choix de votre médecin traitant ?

Et enfin, j'aimerai connaître votre ressenti global sur la féminisation des médecins généralistes. Est-ce que cela change quelque chose quant à votre vision de cette profession ?

Voulez-vous rajouter autre chose ? Avez-vous des questions ?

Bleu : parties ajoutées au cours des entretiens

Rouge : Parties supprimées au cours des entretiens (trop suggestif/ pas d'intérêt pour la question de recherche)

Annexe 8 : courrier destiné aux médecins

Chères consœurs,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse intitulée : **Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : étude qualitative auprès de patients ayant déclaré un médecin généraliste femme en Gironde**, dirigée par le Dr Nousone Nammathao, médecin généraliste à Prayssas (47).

Le but de cette étude est de décrire -du point de vue des patients- les avantages et les inconvénients relatifs à la relation médecin-patient lorsque le médecin est une femme. Comprendre les paramètres spécifiques de cette relation, à l'aune de la féminisation croissante de la médecine générale, et mettre en lumière les attentes des patients, pourrait permettre d'améliorer la relation médicale en général et la qualité des soins qui en découle.

Je sollicite votre accord, pour recruter environ 2 ou 3 de vos patients, afin de réaliser auprès d'eux un entretien téléphonique d'une vingtaine de minutes, selon leurs disponibilités.

Concrètement, il suffit pour vous (secrétaire ou médecin) de récupérer les coordonnées (Nom, prénom, numéro de téléphone, éventuellement adresse mail) des patients qui pourraient être intéressés, de me les transmettre par mail et de remettre en échange la fiche individuelle d'information au patient. Je m'occupe de les recontacter pour fixer avec eux un rendez-vous téléphonique afin de réaliser l'entretien.

Voici les critères d'inclusion :
-Être majeur et en capacité de donner son accord.
-Avoir déclarer un médecin généraliste femme

Je joins également à ce courriel la fiche individuelle d'information à remettre au patient, ainsi que la trame de l'entretien afin que vous vous rendiez compte des thèmes que nous aborderons.

Je me tiens par ailleurs à votre disposition pour plus de renseignements concernant mon travail.
Espérant une réponse favorable de votre part, je vous adresse mes confraternelles salutations,

Soline PETIT, épouse Becquet de Mégille

Annexe 9 : Fiche d'information destinée aux patients participant à l'étude.

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Soline de Mégille, je suis médecin généraliste et je réalise actuellement mon travail de thèse de fin d'étude. Pour cela, je vous propose de participer au projet intitulé « Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : étude qualitative auprès de patients ayant déclaré un médecin généraliste femme en Gironde »

1. Le projet : en quoi consiste la recherche

Le but de cette étude est de décrire -du point de vue des patients- les avantages et les inconvénients relatifs à la relation médecin-patient lorsque le médecin est une femme. Comprendre les paramètres spécifiques de cette relation, à l'aune de la féminisation croissante de la médecine générale, et mettre en lumière les attentes des patients, pourrait permettre d'améliorer la relation médicale en générale et la qualité des soins qui en découle.

Je vais donc lors d'un entretien téléphonique vous poser quelques questions afin que vous puissiez m'exposer votre point de vue. Nous parlerons de ce que vous attendez d'un médecin généraliste femme, des forces et des difficultés que vous pouvez rencontrer dans votre relation avec elle. Cela durera une trentaine de minutes. Avec votre accord, j'enregistrerai vos réponses et prendrai quelques notes. J'en analyserai ensuite le contenu afin de répondre à la question de recherche. Votre participation ne modifiera en rien la prise en charge habituelle par votre médecin.

2. Vos droits

Cette étude est menée conformément à la loi informatique et liberté (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et a fait l'objet d'une demande d'accord d'un Comité de Protection des Personnes. La participation est libre et le recrutement fait sur la base du volontariat. Vous pouvez suspendre ou vous retirer à tout moment de l'entretien et vous pouvez également choisir de ne pas répondre à certaines questions. Vous pouvez également à tout moment faire valoir un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à vos données auprès de l'investigateur principal. Aucune justification n'est nécessaire.

Votre parole sera retranscrite le plus fidèlement possible sur une base de données informatisées. L'entretien sera intégralement anonymisé et seul le thésard connaitra votre identité et vos coordonnées. Toutes informations susceptibles de vous identifier en nom propre seront retirées afin de garantir un maximum de confidentialité.

Vous pourrez si vous le souhaitez être informé des résultats globaux de l'étude. Ces résultats seront susceptibles de faire l'objet de publications scientifiques ou d'une communication en congrès mais ne seront pas utilisés dans un autre cadre.

L'ensemble de vos requêtes pourront être adressées à l'investigateur principal (étudiant thésard) par mail ou téléphone, dont les coordonnées sont notées ci-dessous.

En vous remerciant de votre confiance.

Soline de Mégille.

Coordonnées de l'investigateur principal :
Soline Petit, épouse de Mégille
Thésarde de médecine générale, Université de Bordeaux II, Département de Médecine Générale
11 rue de Tilly, 14250 Audrieu
solinepetit@hotmail.fr
0673994421

Département de médecine générale
Responsables de l'enseignement : Jean-Philippe Joseph et William Durieux
Responsable administratif : Chantal Bonnin
146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux
05 57 57 13 11

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Soline PETIT, épouse BECQUET DE MEGILLE Thèse N°94

« Femmes médecins généralistes et relation médecin-patient : Etude qualitative auprès de patients ayant déclaré une femme médecin traitant en Gironde. »

RESUME en français :

Introduction : La féminisation médicale est un phénomène croissant, et la parité devrait être atteinte en France en 2020. La pratique des femmes diffère de celle des hommes dans leur organisation, mais aussi dans le domaine relationnel. Il est établi qu'une relation médecin-patient de qualité améliore la qualité des soins. Nous avons interrogé les patients ayant choisi un médecin traitant féminin afin de recueillir leur ressenti sur leur relation avec leur médecin et étudier la qualité de celle-ci.

Méthode : Une étude qualitative par 11 entretiens téléphoniques semi-dirigés, auprès de patients aux profils variés, a été menée. L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée, avec l'aide du logiciel N Vivo.

Résultats : Les patients interrogés sont satisfaits de leur relation avec leurs médecins, basée sur la confiance. Ils apprécient la douceur, la sensibilité et l'aspect maternel de leurs médecins. Une plus grande écoute, une attitude plus empathique, et une prise en charge plus centrée sur le patient, sont les avantages observés, tandis qu'un temps de travail réduit est l'inconvénient principal. La relation de femme à femme est facilitée, tandis que les patients hommes ne sont pas gênés par la différence de sexe qui n'entraine pas de tabou, grâce à une relation de qualité. La qualité de la relation repose sur une bonne entente, une prise en charge humaine, la compétence et la disponibilité.

Conclusion : Des qualités dîtes féminines améliorent la relation et la qualité des soins, même si la personnalité du médecin prime sur son sexe.

TITRE en anglais : **« Women general practitioners and physician-patient relationship: Qualitative study with patients who reported a woman general practitioner in Gironde (France). »**

DISCIPLINE : Diplôme d'État de Docteur en Médecine spécialité Médecine Générale

MOTS-CLES : Relation médecin-patient, qualité des soins de santé, femmes médecins

INTITULEE de l'UFR :
Université de Bordeaux UFR des sciences médicales,
Département de médecine générale
146 rue Léo Saignat, Case 148,
33076 Bordeaux cedex